



Forord

Denne masteroppgaven representerer avslutningen for min mastergrad i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Veien har vært lang og kronglete men også lærerik og spennende.

Prosjektet startet i utgangspunktet i Ås, men siden oppstart har tema for studien og bosted for min del endret seg. Mange har støttet meg og bidratt til at prosjektet nå er gjennomført.

Takk til informantene ved frisklivssentralen (FLS) som tok seg tid til å bli intervjuet i en svært hektisk hverdag. Takk til veileder ved NMBU, Ruth Kjersti Raanaas, som har bidratt med tilbakemeldinger på veien. En ekstra stor takknemlighet har jeg til ekstern veileder Kjersti Grønning ved Senter for helsefremmende forskning. Hun har bidratt med optimisme og selvtillit i tillegg til det faglige perspektivet. Det har jeg hatt bruk for.

Kollegaer ved Avdeling for gravide og småbarnsfamilier, Lade behandlingssenter, har bidratt med tilrettelegging, vist interesse for prosjektet og gitt meg rom og støtte i en belastet tid ved avdelingen. Takk!

Sist men ikke minst takk til familie og venner og da i sær til min mann Odd Rune som har gitt meg muligheten i form av økonomiske prioriteringer og en stor forståelse for viktigheten av å gjennomføre, trass i utfordringer på veien.

Trondheim, desember 2015

Hanne Forve

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Da første del av samhandlingsreformen ble lansert i 2012 ble det satt fokus på å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet og mer ansvar ble lagt på den enkelte kommune (Helsedirektoratet 2014). Et av tiltakene myndighetene initierte var FLS rundt om i norske kommuner. FLS er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste. Her kan personer som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger oppfølging fra fagpersoner, få hjelp til å mestre egen helse og å endre levevaner (Helsedirektoratet 2011). En gjennomgang av tidligere forskning viser at det er gjort få evalueringsstudier på FLS og de studier som er gjennomført omhandler i stor grad fysisk form og vektreduksjon. Få studier omhandler deltagerens opplevelse og erfaringer med atferdsendingsprosessen på lengre sikt, og så vidt meg kjent finnes det ikke studier som omhandler fagutøvers forståelse og opplevelse av å jobbe helsefremmende.

Formål: Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om hva fagutøveren i FLS legger i begrepet helsefremmende, og hvordan de selv forstår og erfarer at de jobber på en helsefremmende måte.

Metode: For å få svar på problemstillingen er det valgt en kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. Det kvalitative forskningsintervjuet er det som anbefales når formålet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv (Kvale og Brinkmann 2009). Utvalget i studien utgjorde 6 informanter, hvorav alle var kvinner ansatt ved FLS i Sør-Trøndelag. Tre jobbet fulltid og tre jobbet deltid ved FLS. Tre av informantene var utdannet fysioterapeut, to var sykepleiere og en var ernæringsfysiolog. Fenomenologisk analyse modifisert av Malterud som systematisk tekstkondensering var den valgte analysestrategien (Malterud 2013).

Resultater: Jeg fant fem hovedtema som representerer hva fagutøver legger i begrepet helsefremmende og hvordan fagutøver i FLS forstår og opplever det å jobbe helsefremmende. Et av funnene skiller seg ut fra de øvrige funn da det sier noe om forståelsen av begrepet «helsefremmende» som sådan, og presenteres under kapittel «Helsefremmende arbeid - hva er det?». Videre var hovedfunnene som informantene vekta som viktig i forståelsen og erfaringen av hvordan de jobber helsefremmende ved FLS: «mestring, små skritt hele veien fram», «endring på deltagerens vilkår- samarbeid og autonomi», «overføring av makt-informasjon og ferdighetslæring», «motiverende intervju - fremelsk dine ressurser».

Konklusjon: Denne kvalitative studien baserer seg på relativt få informanter og mer forskning er nødvendig for å få en bedre forståelse for hvordan fagutøvere forstår og erfarer det å jobbe helsefremmende. Studien antyder at begrepet «helsefremmende» er dårlig implementert i vokabularet hos ansatte ved FLS. På den andre siden viser studien at fagutøveren på alle måter i praksis både jobber på en helsefremmende måte og har et helsefremmende perspektiv i møtet med deltagerne ved FLS.

ABSTRACT

Background: When the «*Samhandlingsreformen*» was launched in 2012 the focus was on strengthening both health prevention and health promotion in Norway. More responsibility was placed on the individual municipality (Helsedirektoratet 2014). One of the measures the authorities initiated was healthy living centers (FLS). FLS is a municipal health promotion and health prevention health care service. People who are at risk of, or who have developed disease and need follow-up by professionals, get help to cope with their own health and to change their behavior (Helsedirektoratet 2011). A review of previous research shows that there are few evaluation studies done in FLS but the studies that have been conducted are dealing mainly with physical fitness and weight reduction. Few studies deal with the participants' experience and experiences with behavioral change in the longer term. As far as I know, there are no studies that deal with the professionals understanding of and experiences with health promotion.

Purpose: The purpose of this study was to gain more knowledge about what professionals working in FLS understand with health promotion and how they experience that they work in a health-promoting way.

Methods: To get answers to the issue I chose qualitative method with a phenomenological approach. Phenomenology is based on an underlying assumption that reality is as perceived by the people (Kvale and Brinkmann 2009). The study's purpose is to gain insight into experiences of professionals at FLS. The qualitative research interview is recommended when the purpose is to understand aspects of the informant's daily life. The range in the study accounted for six informants, all of whom were women employed by FLS in Sør-Trøndelag county. Three of the informants worked full time and three worked part time at FLS. Three of the informants were physiotherapists, two were nurses and 1 was nutritionist. The analysis

strategy selected was phenomenological analysis modified by Malterud as systematic text condensation.

Results: I found five main themes that represent what professionals working in FLS understand with health promotion and how they experience that they work in a health-promoting way. One of the findings stand out from the other findings as it says something about the concept of «health promotion» as such. This is described in the chapter «health promotion - what is it? ». The main findings that describes how professionals experience and understand how they work in a health promoting way was: «coping, small steps all the way forward», «changes and clients autonomy», «the transformation of power, to give information and increase skills» and «motivational interview, forth love your resources».

Conclusion: This qualitative study is based on relatively few informants and more research is needed to gain a better understanding of how professionals experience and understand how they work in a health- promoting way. This study suggests that the term “health promotion” is poorly implemented in the vocabulary of professionals at FLS. On the other hand, the study shows that the professionals both are working in a health-promoting way and have a health promotion perspective in their practice at the FLS.

INNHold

Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
1 Innledning	8
1.1 Målsetning og problemstilling.....	9
2 Bakgrunn og teori.....	9
2.1 Forebyggende arbeid.....	9
2.2 Helsefremmende arbeid	10
2.3 Salutogenese	10
2.4 Empowerment.....	13
2.5 Motiverende intervju og atferdsendring.....	15
2.6 Frisklivssentralen.....	17
2.6.1 Tiltak ved FLS	18
2.7 Tidligere forskning	19
3 Metode	21
3.1 Kvalitativ forskningsmetode	21
3.1.1 Det kvalitative forskningsintervju.....	22
3.1.2 Rekruttering og utvalg.....	22
3.1.3 Datainnsamling	23
3.1.4 Analyse av funn	26
3.2 Ethiske overveielser.....	26
4 Presentasjon av funn.....	27
4.1 Helsefremmende arbeid - hva er det?.....	27
4.2 Motiverende intervju- fremelsk dine ressurser.....	29
4.3 Mestring, små skritt hele veien fram	31
4.4 Endring på deltagerens vilkår- samarbeid og autonomi	32
4.5 Overføring av makt- informasjon og ferdighetslæring	34
5 Drøfting av funn	36
5.1 Helsefremmende arbeid - et begrep uten tydelige rammer	36
5.2 Motiverende intervju, en empowermentstrategi for helsefremmende arbeid	38
5.3 Helsefremmende arbeid, salutogenese og empowerment, tre sider av samme sak?	43
6 Drøfting av metode.....	45
6.1 Validitet.....	45

6.1.1 Deskriptiv validitet.....	45
6.1.2 Fortolkende validitet	46
6.1.3 Teoretisk validitet	48
6.1.4 Evaluerende validitet.....	48
6.1.5 Generalisering.....	49
7 Oppsummering, konklusjon og implikasjoner for praksis	50
Vedlegg.....	51
Litteraturliste.....	55

1 INNLEDNING

Flere og flere av oss blir syke av egen livsstil. Livsstilsrelaterte sykdommer er en samlebetegnelse på sykdommer eller lidelser et menneske kan få som resultat av livsstil. Livsstilsrelaterte sykdommer blir ofte omtalt som vår tids store helseutfordring (Helsedirektoratet 2011). Her inkluderes blant annet overvekt, type II diabetes, lungekreft, muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og det ansees som sannsynlig at også flere av kreftformene som eksisterer skyldes livsstil (Helsedirektoratet 2011). I den nye folkehelseloven er folkehelsearbeid definert som ikke bare å jobbe for å fjerne risiko for sykdom, men også å fremme helse (Helsedirektoratet 2011). Helsefremmende arbeid skal gjøre folk i stand til å forbedre og bevare sin helse. Helsefremmende tiltak har til hensikt å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel og handler i stor grad om å skape mestring (Helsedirektoratet 2011). Helsefremmende arbeid er et sentralt begrep gjennom studiet «Master i folkehelsevitenskap» og viser til den innsatsen som gjøres for at folk blir i stand til å bedre og bevare sin egen helse.

Folkehelsevitenskap er et bredt fagområde som favner innsatsen som gjøres på alle arenaer der mennesket befinner seg. Da samhandlingsreformen ble lansert i 2013 ble det satt fokus på å styrke det forebyggede og helsefremmende arbeidet, og mer ansvar ble lagt på den enkelte kommune (Helsedirektoratet 2014).

Norge har gitt sin tilslutning til et vedtak fattet av Verdens Helseforsamling, om å redusere for tidlig død av sykdommene kreft, kroniske lungesykdommer, hjerte- og karsykdommer og diabetes, med 25 % innen 2025 (Helsedirektoratet 2011).

For å få dette til er det en målsetning at befolkningen i større grad gjøres i stand til å ta gode helsevalg. Et av tiltakene myndighetene har initiert er FLS rundt om i norske kommuner. FLS er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste. Her kan personer som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger oppfølging fra fagpersoner, få hjelp til å mestre egen helse og å endre levevaner (Helsedirektoratet 2011). FLS i Norge er en videreføring av det som tidligere var ”grønn resept” og er en del av innsatsen som gjøres for å fremme helsen i samfunnet.

I følge Helsedirektoratet var det i 2014 etablert mer enn 210 kommunale FLS og flere er under etablering (Helsedirektoratet 2011). Helsedirektoratet (2011) legger vekt på at FLS og

dens intervensjoner skal ha en salutogen tilnærming. Hensikten er å hjelpe sårbare grupper til å endre livsstil (Helsedirektoratet 2011).

De som bruker FLS trenger hjelp til å finne passende tjenester, bygge motivasjon og støtte til å bygge strategier for å opprettholde endringer over tid. Å endre adferd over tid kan være en lang og vanskelig prosess, og oppleves forskjellig fra person til person. Hva som oppleves som hensiktsmessig for den enkelte pasient kan variere. Variasjon i framgangsmåte, holdning, kunnskap og erfaring vil også finnes hos ansatte ved FLS. Så langt har jeg ikke funnet studier som utforsker hva ansatte ved FLS forstår og erfarer rundt prosessen som skal gjøre folk i bedre stand til å bevare sin egen helse.

1.1 MÅLSETNING OG PROBLEMSTILLING

Kompetanse hos fagutøver er en forutsetning for at de skal kunne fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen. Helsedirektoratet (2011) påpeker viktigheten av det helsefremmende perspektivet i arbeidet ved FLS. Hensikten med denne studien er å se nærmere på hvordan ansatte ved FLS i Trondheim og i Trondheimsregionen ivaretar denne målsettingen, og på hvilken måte de har fokus på og forstår dette perspektivet i sitt daglige å arbeide.

Problemstillingen for studien var derav:

«Hva legger fagutøvere ved FLS i begrepet «helsefremmende» og hvordan forstår og erfarer de selv at de jobber for å fremme helse?»

2 BAKGRUNN OG TEORI

I deler av studien der jeg referer til teori og forskning bruker jeg uttrykket *fagutøver* når jeg referer til personen som yter helsehjelp. Der hvor jeg referer til funnene mine bruker jeg ordet *informant*. I drøftingsdelen vil disse to uttrykkene brukes om hverandre, da jeg vekselvis referer til funnene og til teori og forskning.

I teoridelen, hvor jeg referer til personer som mottar hjelp til adferdsendring på et generelt plan, benyttes ordet *pasient* eller *den hjelpetrequende*. I funnene bruker jeg ordet deltager om personen som benytter seg av tiltak ved FLS. Uttrykkene vil i drøftingsdelen brukes vekselvis da jeg også her refererer til både funn og teori og forskning.

2.1 FOREBYGGENDE ARBEID

Forebyggende helsearbeid slik Mæland (2010) beskriver i sin bok *Forebyggende helsearbeid*, favner både det å forebygge sykdom og det å fremme helsen. Sykdomsforebyggende arbeid har til hensikt å redusere eller fjerne risiko for sykdom, skade og død. Denne typen arbeid har som målsetning å identifisere risikogrupper og er ekspertstyrt (Naidoo og Wills 2009).

I denne studien vil det sykdomsforebyggende perspektivet kun sees i sammenheng med et helsefremmende perspektiv, i og med at helsefremmende og forebyggende arbeid er komplementære innen det forbyggende helsearbeidet.

2.2 HELSEFREMMEDE ARBEID

Ottawa-charteret ble utformet på den første konferansen om helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada i 1986 (WHO 1986). Den helsefremmende fremgangsmåten ble lansert som en motsats til den sykdomsforebyggende. Arbeidet baserer seg på å styrke ressursene for god helse. Disse ressursene kan være samfunnsmessige, sosiale, kulturelle eller individuelle forutsetninger for god helse. Helse betraktes ikke som et mål i seg selv, men heller et middel til å oppnå ønskelige mål som gir økt livskvalitet.

Sentralt i den helsefremmende fremgangsmåten står tanken om at mennesket og lokalsamfunnet må ha makt og kontroll over egen helse. Helsefremmende arbeid defineres av Verdens helseorganisasjon som den prosess som setter folk bedre i stand til å få økt kontroll over og forbedre og bevare sin helse (WHO 1986).

Nutbeam (1986) sier tilsvarende at helsefremmende arbeid er den prosess som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen og derav bedrer egen helse.

I Ottawa-charteret, som ble skrevet og godkjent på den første internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada i 1986, understrekes det at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer, og med lokalmiljøet rundt oss.

2.3 SALUTOGENESE

Patogenese bygger på pathos som betyr sykdom, og gjengir sykdomsfremkallende forhold (Mæland 2010). Patogenese har vært det tradisjonelle fokus innen den vestlige biomedisinske helsemodellen, hvor man har fokusert på de risikofaktorene som fører til sykdom og dårlig

helse (Naidoo og Wills 2009). Sykdomsframkallende forhold kan være forurenset luft og vann, virus og risikofaktorer som tobakk og alkohol (Starrin 2007).

Antonovsky (2012) hevdet at helsefremmende arbeid var i ferd med å stagnere i mangel på et teoretisk grunnlag. Antonovsky lanserte «salutogenese» som teoretisk ideal for helsefremmende arbeid. Salutogenese som ideal i helsefremmende arbeid retter blikket mot mennesket, uavhengig av helsestatus og fokuserer på salutogene faktorer (Antonovsky 2012). Antonovsky (1979) hevdet at når vi fokuserer utelukkende mot en negativ helseforståelse, blir vi mer opptatt av sykdomsforebyggende enn helsefremmende arbeid. Antonovsky mente det kan være uheldig når målet er å bedre helsen ikke bare redusere sykdom (Antonovsky 1979). Salutogenese består av *saluto* som betyr helse eller å være hel, og *genese* som betyr opphav (Lindström og Eriksson 2009). Salutogenese handler dermed om det som gjør oss friske. Hanson (2007) løfter fram at salutogenese er selve essensen i helsefremmende arbeid, og at det vesentlige er å finne fram til de salutogene faktorene i menneskers liv. Salutogene faktorer er helsefremmende faktorer som øker trivsel og styrker helse til tross for at man utsettes for risiko eller sykdomsframkallende faktorer (Antonovsky 1987). Salutogene faktorer kan være alt fra fysiologiske behov som frisk luft og vann, til forhold som fremmer selvrealisering og vekst, som en god samtale eller kulturopplevelse (Mæland 2010).

De generelle motstandsressursene vi disponerer og benytter i møte med mulige stressorer regnes også som salutogene faktorer (Langeland 2007, Antonovsky 1987) fokuserte på at menneskets stressorer i livet potensielt kunne være helsefremmende framfor sykdomsbringende. Antonovsky søkte å finne svar på hvorfor noen mennesker overvinnet motstand, kriser og voldsomme begivenheter uten å bli syke (Antonovsky 1987). Mennesker innehar ulike indre og ytre motstandsressurser som gjør det lettere å møte livets utfordringer (Lindström og Eriksson 2009). Motstandsressurser kan være materielle som eksempelvis god økonomi eller genetiske og psykologiske prosesser som sosial støtte, mestringsstrategier, kunnskap og selvtillit (Lindström og Eriksson 2005). Uavhengig av hvilke ressurser man har, er det essensielle at man er i stand til å benytte seg av ressursene til fordel for eget liv og egen helse (Lindström og Eriksson 2009).

Sosial støtte er forstått som en viktig motstandsressurs (Stansfeld 2006). Den sosiale støtten kan være følelsesmessig, bekreftende, informerende eller instrumentell (FHI 2014).

Følelsesmessig støtte er den man får fra sine omgivelser, og som kan gi oss et bedre selvbylde og selvtillit (Stansfeld 2006). Slik støtte kan være tillit, kjærighet og omsorg (FHI 2008).

Bekreftende støtte er tilbakemeldinger i form av bekreftelser fra familie, venner, arbeidskollegaer og sosiale instanser (FHI 2014). Videre er informerende støtte rådgivning, og anbefalinger som kan hjelpe den enkelte med problemløsning i forhold til sosiale og personlige utfordringer (FHI 2014). Til slutt er instrumentell støtte den mest konkrete form for støtte, og inkluderer økonomisk støtte og praktisk hjelp fra offentlige instanser eller omgangskrets (FHI 2014).

Antonovsky (1987) hevdet at en viktig salutogen faktor er opplevelsen av verden som rimelig sammenhengende og forutsigbar, og kalte dette opplevelse av sammenheng (OAS). OAS reflekterer menneskets syn på livet og evnen til å respondere på stress i ulike situasjoner. Antonovsky mente at fellesnevneren for de helsefremmende faktorene er at de på ett eller annet vis gir oss en opplevelse av sammenheng i livet (Lindström og Eriksson 2005). Det er menneskets tanker, væren og handlekraft som gjør mennesket i stand til å identifisere, dra nytte av, bruke og gjenbruke ressurser som er tilgjengelige.

For at mennesket skal kunne benytte seg av de tilgjengelige ressurser og oppnå en opplevelse av sammenheng i livet mente Antonovsky at komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet må være til stede (Lindström og Eriksson, 2005). Begripelighet er den kognitive komponenten av OAS og sier noe om evnen vi har til å ta til oss informasjon å tolke og forstå sammenhenger. Håndterbarhet er den mer instrumentelle/atferdsmessige komponenten av OAS og fokuserer på evnen og muligheten vi har til å påvirke situasjonen vår og omgivelsene våre. Meningsfullhet er motivasjonskomponenten av OAS og refererer til i hvilken grad mennesket kjenner at livet er meningsfullt og at det er verdt å investere tid og krefter i. Problemer sees i større grad som en utfordring enn en byrde.

Antonovskys (1979) teori om salutogenese representerer et bredere helseperspektiv enn det tradisjonelt sykdomsforebyggende. Antonovsky (1979) beskriver helse som en stadig bevegelse på en akse hvor dårlig helse og god helse befinner seg i de to polene av aksens. Nøkkelen til en salutogenetisk utvikling, mener Antonovsky først og fremst ligger i å orientere seg mot problemløsning (Lindström og Eriksson 2005). I tillegg understreker Antonovsky evnen til å benytte seg av de ressursene som er tilgjengelige som betydningsfull. (Lindström og Eriksson 2005). Mestring og mestringsstrategier blir herav sentrale begreper for å kunne bevege seg mot god helse.

Teorien om salutogenese er ikke ment som en erstatter av den biomedisinske modellen, eller patogenesen (Antonovsky 1987). De er tenkt som komplementære tilnærminger. I tillegg til behandling av syke, har vi behov for en rettesnor til ikke bare hvordan vi skal møte stress og motgang, men hvordan vi kan vokse på det (Antonovsky 1987). Teorien om salutogenese fokuserer på de faktorer som fører til mestring og helse, og vil dermed være aktuell for flere profesjoner i sitt arbeid med ulike brukere (Langeland 2006). Istedenfor å ha fokus på diagnoser, ser salutogenesen på mennesket som helhet slik det fungerer i sin egen sosiale kontekst og i sitt eget miljø (Lindström og Eriksson 2009).

2.4 EMPOWERMENT

Empowerment som ideologi bygger på syn rundt frigjøring og bevisstgjøring av undertrykte. Målet med empowerment er å redusere maktesløshet, få kontroll over hverdagen og endre livsbetingelser, både individuelt og kollektivt (Slettebø 2000). På norsk er empowerment forsøkt oversatt med ulike begrep som myndiggjøring, maktmobilisering og styrking (Stang, 2006). Denne studien bruker begrepet empowerment uten å oversette det da det regnes som kjent i fagdisiplinen for helsefremmende arbeid.

Empowerment som ideologi står sentralt i helsefremmende arbeid (Starrin og Askheim 2007; Naidoo og Wills 2009). Nutbeam (1998:6) definerer empowerment som «*a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health*».

Empowerment, lik helsefremmendearbeid, blir dermed en «bottom up» tilnærming, der man gir folket større makt og deltagelse i beslutninger om egen helse (Nutbeam 1998).

Empowerment er et nivåoverskridende begrep og benyttes både på individ, organisasjon og systemnivå (Stang 2006). I denne studien er det imidlertid empowerment av individet som er i fokus. Empowerment på individnivå refererer til menneskets individuelle mulighet til å ta beslutninger og ha kontroll over eget liv. Nutbeam (1998) kaller dette psykologisk empowerment.

Empowerment kjennetegnes som en prosess hvor mennesket oppnår mestring over livet (Stang 2006). Ressursene som gjør at mennesket opplever mestring kan framelskes hvis det bli lagt til rette for, og slik kan mennesket løse sine egne problemer. Også kompetanse og ferdigheter, samt fysisk og psykisk kapasitet, virker inn på hvordan vi håndterer situasjonen (Stang 2006).

Fagutøvere som kjenner til viktige prinsipper for empowerment kan være viktig støttespiller i en empowermentprosess (Stang 2006). Stang påpeker at for å få dette til er det en forutsetning at fagutøvernes holdninger og adferd er i overensstemmelse med de verdier som ligger til grunn. Stang (2006) skriver at det først og fremst handler om respekt for den enkeltes autonomi. I tillegg må fagutøveren betrakte den en skal hjelpe som en aktiv samarbeidspartner, hvor dialogen har en sentral og naturlig plass (Stang 2006). Empowerment fordrer også at fagutøveren er villig til å sette den hjelpetrengendes meninger, ønsker og beslutninger over sine egne (Stang 2006).

Empowerment betegner den makten og de ressursene alle trenger i hverdagen for å håndtere livet på en helsefremmende måte. Det ideologiske og politiske grunnlaget er autonomi, likeverd og medbestemmelse. Det har en forankring i demokratisk teori hvor individets rettigheter, solidaritet med de svake og ansvar for kollektivet er essensielt (Stang 2006). Videre forutsettes demokrati og derav også empowerment at både individet og samfunnet tar ansvar.

Stang definerer empowerment som en prosess hvor mennesket oppnår mestring over livet. Troen på mennesket, og på at mennesket kan løse sine egne problemer er sentral. Alle mennesker kjennetegnes ved at det har ressurser som enten kommer til sin rett uten støtte fra andre, eller som kan fremelskes når forholdene legges til rette for det.

I følge Stang (2006) viser forskning at empowermentprosessen fremmes dersom man får støtte fra andre mennesker og at empowerment således er relasjonelt betinget. Enkeltmenneskets vilje og rolle er avgjørende for empowermentprosessen, men det er også avgjørende med dialog og samarbeid for å unngå maktesløshet (Stang 2006). Maktesløshet kan skapes der mennesket ikke har de ressurser som skal til for å oppnå mestring over eget liv (Stang 2006). Fagutøveren kan være en slik støttespiller i en empowermentprosess men det fordrer at fagutøveren har fokus på autonomi, dialog og setter den hjelpetrengendes meninger, ønsker og beslutninger over sine egne (Stang 2006).

Empowerment kan også sees på som prosess (Stang 2006). Når empowerment sees på denne måten viser det til de anstrengelser mennesket gjør for å få kontroll over de faktorer som er viktig i ens liv (Stang 2006). Prosessen kan være veien fram til et bestemt mål, men også en kontinuerlig tilstand uten begynnelse eller slutt. Stang (2006) beskriver denne prosessen som en bevisstgjørende utviklingsprosess hvor mennesket modnes. Modningsprosessen vil være

avhengig av den sammenhengen mennesket lever i og menneskets personlige utgangspunkt. Grunntanken i prosessen er at det er mulig å stimulere til slike modningsprosesser ved å fremelske menneskets iboende ressurser. Stang (2006) hevder at for å lykkes kreves bevisstgjøring og reaksjon overfor undertrykkende og diskriminerende faktorer. Dette krever at en ikke tilbys løsninger som fraviker det som er ens interesser og at fagutøver har evne til kritisk refleksjon i forhold til maktutøvelse.

Empowerment som prosess har både en mellommenneskelig komponent og en personlig komponent. Den mellommenneskelige komponenten viser til maktforholdet i en asymmetrisk relasjon. Empowerment har til hensikt å utjevne asymmetrien slik at den med minst makt kan oppleve kontroll over det som er viktig i ens liv. Den personlige komponenten belyser empowermentprosessen som personens egen anstrengelse for å oppnå kontroll over eget liv. Stang (2006) påpeker at empowerment sådan er tosidig og sammenkoblet hvor både fagutøver og den som mottar hjelp sin kompetanse er likestilt. I den forbindelse er det menneskets unike kompetanse på eget liv og fagutøvers kompetanse, posisjon og holdning som er avgjørende for prosessen (Stang 2006).

2.5 MOTIVERENDE INTERVJU OG ATFERDSENDRING

Motiverende intervju (MI) er et samtaleverktøy som brukes for å hjelpe mennesker til å endre adferd (Miller og Rollnick 2013). Denne formen for intervju ble utviklet av Miller (1983) og videreutviklet av professor William R. Miller og professor Stephen Rollnick. MI er også omtalt som endringsfokusert rådgivning og har sitt utgangspunkt i Carl Rogers prinsipper om pasientsentrert behandling (Helsedirektoratet 2012). Grunnholdningene har fokus på samarbeid, respekt og empati. Endring på egne vilkår er kjernen i metodikken og har elementer fra ulike faglige retninger som sosialpsykolog, kognitiv atferdsteori mm (Helsedirektoratet 2012).

MI blir brukt ved FLS og skal være en metode som stimulerer mennesker til atferdsendring og motivasjon til å fremme egen helse (Miller og Rollnick 2013). Miller og Rollnick (2013) viser til studier om at MI øker sannsynligheten for at individet treffer et valg og gjennomfører en mer helsefremmende atferd.

MI defineres som en pasientorientert, førende metode for å fremme indre motivasjon for endring ved og utforske ambivalens gjennom kommunikasjon (Miller og Rollnick 2013). Samtalen baserer seg på åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer for både å hente

fram og forsterke motivasjon og mestringsevne. Metoden har fokus på fagutøveren som en samarbeidende part der pasienten er ekspert på seg selv og sitt liv.

Rollnick et al (2007) formidler 4 grunnleggende teknikker som er avgjørende kommunikasjonsferdigheter for å oppnå endring hos mennesker og som omtales som empatisk lytting. Det engelske akronymet OARS står for «open ended questions», «affirmations», «reflective listening» og «summaries»(OARS). Oversatt til norsk som «åpne spørsmål», «bekreftelse», «refleksjon» og «oppsummering». Målet med å bruke OARS er å stimulere til endringssnakk (Rollnick et al 2007). Fagutøver legger forholdene til rette slik at man kan komme med motiverende utsagn, og gi uttrykk for motiver, ønsker og planer for endring. Fagutøver støtter, speiler og fremkaller egne utsagn for endring, og fungerer således som en som viser vei.

MI støtter seg til Prochaska og DiClementes (1984) modell fra 1982, kalt «The Transtheoretical modell of Change». Den beskriver hva som skjer når en person forsøker å gjøre endringer i forhold til en problematferd. De hevder at slik atferdsendring er en motivasjonsprosess som foregår gjennom flere stadier. Modellen deler opp endringsprosessen i identifiserbare stadier, og gir forklaringer på irrasjonelle fenomen, som tilsynelatende mangel på motivasjon eller tilbakefall. Fagutøveren kan øke effekten av sin rådgivning hvis han/hun tilpasser sine tiltak til det stadium av endringsprosessen mennesket befinner seg i.

Det er mange faktorer som påvirker motivasjon for atferdsendring, og det er utviklet mange ulike teorier. I tillegg til modellen til Prochaska og DiClemente, (1984) velger jeg å nevne Banduras sosialkognitive læringsteori. I følge Rollnick et al (2007) spiller effekten av tro og håp en viktig rolle. For at man skal endre atferd, må man tro og ha håp om at man kan klare det. Personen må også forvente at endringen vil føre til ønsket utfall. Gunnar Mæland (2010) viser til Banduras sosialkognitive læringsteori i sin bok «*Forebyggende helsearbeid*». Teorien understreker de kognitive aspektene knyttet til menneskets valg, i tillegg til det stadige samvirket mellom adferd og kognitive prosesser (Mæland 2010). Bandura har fokus på mestringsforventning i personens avveininger og valg av adferd. Den som skal endre adferd må ha tiltro til at han/hun klarer det for og i hele tatt skulle kunne forsøke (mestringsforventning). I tillegg må personen forvente at endringen vil føre til ønsket utfall (resultatforventning). Mens resultatforventninger primært påvirker motivasjon til å handle vil mestringsforventninger påvirke både beslutningen og gjennomføring av handlingen (Mæland 2010).

I følge Banduras teori er det 4 forhold for påvirkning av mestringsforventning. Disse er: *Autentiske mestrings erfaringer, vikarierende erfaringer, verbal overtalelse og fysiologiske reaksjoner og psykisk tilstand.*

Autentisk mestrings erfaring er i følge Bandura (1986) den mest betydningsfulle og krever erfaring med å mestre noe. Suksess gir en sterk tro på at man kan noe, på samme måte som nederlag vil motarbeide den samme troen (Kähler 2012).

Vikarierende erfaringer er å se eller visualisere andre mennesker, med samme forutsetninger som seg selv, gjennomføre aktiviteter med suksess. Dette kan øke mestringsforventningen til observatøren ved at de selv opplever at de har evner til å mestre lignende aktiviteter (Bandura 1986).

Verbal overtalelse er ifølge Bandura (1986) en utbredt metode brukt for å overtale mennesker til å tro at de innehar evner som vil gi mulighet til å oppnå det de ønsker. I følge Bandura (1986) kan overtalelse alene være begrenset i forhold til å skape varig mestringsforventning, men bidra til gode resultater og suksess om den forsterkede samtalen har realistiske målsetninger. Mennesker som blir overtalt til at de innehar evner til å mestre gitte oppgaver vil sannsynligvis mobilisere en større vedvarende innsats enn om de bærer på lav mestringsforventning, og tviler på egne evner når problemer oppstår (Bandura 1986).

Fysiologiske reaksjoner og psykisk tilstand henviser til at jo sterkere de indre og emosjonelle reaksjonene er, jo vanskeligere er det for mennesker å fokusere sin oppmerksomhet på andre forhold. Det er den kognitive tolkningen av de indre emosjonelle tilstandene som påvirker opplevelsen av personlig kompetanse og mestringsforventninger (Kähler 2012).

2.6 FRISKLIVSSENTRALEN

FLS er i følge Helsedirektoratet (2011) et ledd i det nasjonale folkehelsearbeidet med tilbud til personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd. Norge støtter vedtaket fattet av Verdens helseforsamling om å redusere økningen i ikke smittsomme sykdommer som hjerte-karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes med 25 % innen 2005 (Helsedirektoratet 2011). I følge Helsedirektoratet (2011) er etablering og organisering av FLS et viktig bidrag i dette arbeidet.

FLS er et tilbud til personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for, eller begynnende utvikling av sykdom som er relatert til levevaner (Helsedirektoratet 2011).

FLS har fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse. Helsedirektoratet (2011:10) definerer helsefremmende arbeid slik:

«Helsefremmende arbeid er prosessen som setter personer i stand til økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør den i stand til å ta valg som fremmer helsen.»

I FLS skal det benyttes en salutogen tilnærming der det skal fokuseres på de faktorer som fremmer helse (Helsedirektoratet 2011). Det er fokus på at det er individet selv som eier endringsprosessene og man skal derav vektlegge mestring og mestringsressurser på det individuelle plan. Målet er å styrke deltagerens rolle i sitt eget liv gjennom å jobbe for økt mestringstillit, fremming av indre motivasjon både gjennom kompetanse, tilhørighet og autonomi. Veilederen har fokus på å ta hele mennesket i betraktning og å se ulike livsområder i sammenheng. FLS gir strukturert oppfølging, primært gjennom individuell helsesamtale og ulike gruppetilbud innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. I følge Helsedirektoratet (2011) er det deltagerens syn på egen situasjon som er i fokus og slik skal endring på deltagerens vilkår være en målsetning.

2.6.1 TILTAK VED FLS

FLS skal som minstemål gi tilbud om individuell veiledning knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt, gruppetrening to ganger per uke (Helsedirektoratet 2011) Bra Mat-kurs, snus- og røykesluttkurs, samt temabaserte samlinger skal inngå som del av behandlingsplanen og tilpasses den enkelte deltaker (Helsedirektoratet 2011).

Helsesamtalen gjennomføres før, etter og eventuelt underveis i oppfølgingsperioden ved FLS. Helsesamtalen har en salutogen tilnærming og mestring og empowerment vektlegges. Helsesamtalen har MI som utgangspunkt og har til hensikt å hjelpe deltageren med å finne egne grunner til å ville endre atferd. (Helsedirektoratet 2011) Helsesamtalen skal være motiverende og mestringsfremmende for den enkelte deltager (Helsedirektoratet 2011). I samarbeid med deltageren skal det utarbeides mål og plan for perioden ved FLS.

FLS skal tilby trening som følger nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet og helse (Helsedirektoratet 2011). Gruppetilbud skal være en sentral del av behandlingen pga av det sosiale aspektet og pga av kostnadseffektivitet (Helsedirektoratet 2011). Det fokuseres på aktiviteter som deltagerne kan overføre til eget liv i etterkant av perioden på FLS. Målet skal være at deltagerne selv er i stand til å vedlikeholde økt fysisk aktivitet gjennom økt egenaktivitet og i sitt eget lokalsamfunn i etterkant av perioden på FLS. Bevisstgjøring og betydningen av hverdagsaktivitet fremheves også som viktig i denne sammenheng (Helsedirektoratet 2011).

«Bra mat for bedre helse» beskrives som et inspirasjonskurs for endring av levevaner (Helsedirektoratet 2011). Kurset baserer seg på nasjonale kostholdsråd og vektlegger kostholdsendring over tid. Kurset har tema som «sunne matvarevalg», «fem om dagen», «regelmessige måltider», «porsjonsstørrelser», «varedeklarasjon», «vann», «kostfiber», «salt og sukker», «fettkvalitet» i tillegg til praktisk matlaging (Helsedirektoratet 2011).

FLS anbefales å ha tilgjengelig gratis informasjonsmateriell om tobakksavvenning fra Helsedirektoratet. De anbefales også å ha kompetanse i «slutteveildening» og å tilby snus- og røykesluttkurs (Helsedirektoratet 2011).

Tilbudet gjennom FLS er tenkt å fremme deltagerens psykiske helse gjennom økt velvære, optimisme, positiv adferd, mestring og evne til å takle motgang og belastninger. Fysisk aktivitet og styrking av sosiale nettverk kan også være tiltak som bidrar som en bivirkning til bedret psykisk helse (Helsedirektoratet 2011).

I tillegg kan FLS tilby «Kurs i mestring av depresjon» eller veiledet selvhjelp. Høsten 2013 satte helsedirektoratet i gang et pilotprosjekt som skulle øke kompetansen på søvnsykdommer. På sikt er det tenkt at FLS skal få kompetansehevende kurs også innen dette fagområdet (Helsedirektoratet 2011).

2.7 TIDLIGERE FORSKNING

Mange studier har undersøkt effekten av MI. Armstrong et al, (2011) viser i sin review studie at MI har effekt i forhold til fysisk aktivitet, endrede kostholdevaner, vekt og kroppsmasseindeks. Studiene er for det meste randomiserte kontrollerte kliniske studier, og inkluderte flere av virkemidlene som ligger til grunn for MI som metode, dvs. åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer, for både å hente fram og forsterke motivasjon og

mestringsevne. Studiene inkluderer behandling bestående av varierende antall økter av varierende varighet. Rose et al (2013) oppsummerer at fagutøvere som benytter seg av MI oppnår en større grad av endring og engasjement hos pasientene.

Forskning på effekt av det totale frisklivstilbudet er begrenset. Av nyere forskning utført på FLS har Følling et al (2015) nylig publisert funn som problematiserer effekten av tiltakene basert på den emosjonelle byrden og det den enkelte pasient har med seg i ryggsekken fra tidligere i livet. Følling (2015) argumenterer for at fler studier som belyser effekten av tiltakene, og hvem som på sikt faktisk greier å endre adferd, bør igangsettes. Hennes studie indikerer at det er behov for mer sammensatte intervensjoner av sosial og psykologisk karakter.

I forbindelse med utarbeiding av ny veileder for FLS bestilte helsedirektoratet en systematisk oppsummering av kunnskapsgrunnlaget for FLS tilbud fra kunnskapssenteret (Denison et al 2012). Rapporten indikerer at brukerne av FLS hadde økt fysisk aktivitet tre måneder etter avsluttet reseptperiode. Rapporten mangler dokumentasjon for å kunne si noe om langtidseffektene av tilbudene til FLS.

I en undersøkelse av Oldervoll og Lillefjell (2011) i regi av Senter for helsefremmende forskning ble det sett på tilgjengelig informasjon fra etablerte FLS i Norge. Formålet med kunnskapsoversikten var å få en pekepinn på hva, utfra det vi vet i dag, er den beste praksisen for organisering, og hva innholdet ved FLS bør være. Funnene fra denne kunnskapsoversikten forteller også at det primært har vært fokus på å måle effekt på fysisk form og fysisk aktivitetsnivå. Det er i liten grad brukt målemetoder som måler individets evne til mestring og deltakelse i arbeidslivet eller samfunnet for øvrig (Oldervoll og Lillefjell 2011).

Oldervoll og Lillefjell (2011) hevder at det er nokså godt dokumentert at røyking, inaktivitet og usunt kosthold fører til kronisk sykdom og for tidlig død. De hevder at når det gjelder prosesser knyttet til atferdsendring og effekt av tiltak innenfor frisklivstilbudene så er imidlertid bildet mer sammensatt (Oldervoll og Lillefjell 2011). Oldervoll og Lillefjell (2011) fant i sin rapport at «trening på resept» har en effekt på kort og mellomlang sikt. De fant lite om effekten på lengre sikt. Oldervoll og Lillefjell fant at fokuset på fysisk trening er gjennomgående i frisklivssatsningen, mens de fant lite dokumentasjon på effekten av fysisk trening utover endring i fysisk kapasitet. Forfatterne antydte at når vi snakker om livsstilsendring er fysisk form, kost og røyk kun enkeltfaktorer i et komplisert

behandlingsforløp (Oldervoll og Lillefjell 2011). Kunnskapsgjennomgangen får frem at det er et stort behov for mer kunnskap, da det i de fleste studier er effekten av fysisk aktivitet og kroppsmasseindex som har vært i fokus.

Oldervoll og Lillefjell (2011) uttrykker at en utfordring framover er å måle individets mestringskapasitet og deltagelse i arbeidslivet. I tillegg ligger det utfordringer for hvordan FLS kan øke aktiviteten i hverdagen til folk og få de til å fortsette med egenaktivitet etter at de er ferdige med reseptperioden (Oldervoll og Lillefjell 2011).

I Norge har det vært mest fokus på prosessutredningen av grønn resept/frisklivsresept. Helgerud og Eithun (2010) har utført en evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Helsedirektoratet ga i 2005 midler til Båtevik og medarbeidere ved Høyskolen i Volda og Møreforskning. Studiet deres gikk ut på å evaluere modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold. Resultatet var en rapport som ble utgitt fra Møreforskning i 2008 «*Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold*» (Båtevik et al 2008).

Jeg har valgt å se på ansatte i FLS sin forståelse og erfaring med helsefremmende arbeid. Livsstilsendring handler om sammensatte prosesser hvor forskning blant annet viser at kunnskap, evne til mestring og det å kunne ta kontroll over eget liv er viktige forutsetninger. Oldervoll og Lillefjell (2011) påpeker at kunnskapsgjennomgangen synliggjør behovet for tydeligere fokus på helsefremming. I dette øyemed blir kunnskap om hvordan fagutøvere i FLS forstår og erfarer det å jobbe helsefremmende, et eget bidrag til å kunne si noe om det jobbes slik at dette behovet og denne forventningen blir møtt.

3 METODE

3.1 KVALITATIV FORSKNINGSMETODE

For og få svar på problemstillingen er det valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ forskningsmetode forsøker å forstå sosiale fenomener ut fra informantens ståsted. Deretter beskrive, så presist og fullstendig som mulig, verden slik informanten opplever den (Kvale og Brinkmann 2009).

Min teoretiske forankring for valg av metode er i hovedsak inspirert av fenomenologien. Videre vil jeg ikke legge særlig stor vekt på fortolkninger av informantenes utsagn, men mer å

forsøke å finne fellestrekk i det informanten forteller og innta en relativt åpen forståelse av fenomenet slik informantene opplever det.

«Jeg ønsker å forstå verden fra ditt ståsted. Jeg vil vite det du vet, på din måte. Jeg ønsker å forstå betydningen av dine opplevelser, være i ditt sted, føle det du føler, og forklare ting slik du forklarer dem. Vil du være læreren min og hjelpe meg med det?»
(Spradley 1979:34).

Det mest sentrale innen fenomenologien er å forstå fenomener på grunnlag av informantens perspektiv, og å beskrive omverdenen slik den erfares av dem (Kvale og Brinkmann 2009).

Det er åpent for intervjupersonens erfaringer og presise beskrivelser fremheves.

Fenomenologien forsøker å se bort fra forhåndskunnskaper, og søker etter beskrivelsenes sentrale betydninger (Kvale og Brinkmann 2009). Dette fordrer at jeg ser bort fra min ytre verden og sentrerer min interesse rundt fenomenet slik informanten opplever det.

3.1.1 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU

Studiens formål er å få direkte innsyn i erfaringene ansatte ved FLS har. Det kvalitative forskningsintervjuet er det som anbefales når formålet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv og er derav valgt som metode (Kvale og Brinkmann 2009). Jeg forsøker ikke å finne en generaliserbar teori, men så mye kunnskap som mulig av god kvalitet for og få forståelse av fenomenet (Johannessen, Tuft og Christoffersen 2010). For denne studien ble det valgt semistrukturert forskningsintervju. Det at intervjuet er semistrukturert vil si at samtalen verken er en åpen samtale uten bestemte tema eller en lukket spørreskjemasamtale.

Intervjuene lå nært opp til en samtale i dagliglivet, men hadde et profesjonelt formål (Kvale og Brinkmann 2009). Samtalene ble gjennomført i overensstemmelse med en intervjuguide som sirklet inn bestemte tema som det var ønskelig å få kvalitative data om (Kvale og Brinkmann 2009). Intervjuguiden ble laget utfra at informantene fritt og åpent skulle snakke om sine erfaringer og opplevelser. Bakgrunns spørsmålene omhandlet yrkeserfaring, stilling, antall år ansatt og alder og utdanning.

3.1.2 REKRUTTERING OG UTVALG

Det ble bestemt på forhånd at målsetningen skulle være å få åtte informanter. I utgangspunktet er det vanlig at forskeren fortsetter å innhente data inntil man tenker at man har nådd et metningspunkt og ingen ny informasjon kommer fram. Målsetningen om åtte informanter ble

valgt fordi der var gjennomførbart innenfor rekkevidden av masteroppgaven på 30 studiepoeng.

Kriteriene for utvalget i min studie var at informantene skulle ha personlig erfaring med å jobbe helsefremmende i en FLS. Det ble i samarbeid med Senter for helsefremmende forskning, NTNU forsøkt rekruttert åtte ansatte ved FLS i Sør-Trøndelag. Senter for helsefremmende forskning gjorde en førstekontakt til FLS i Trondheim per e-mail og overlot videre kontakt til meg. Det viste seg at FLS i Trondheim ikke hadde tilstrekkelig med ansatte til å tilfredsstille målsetningen om åtte informanter. I tillegg hadde FLS i Trondheim travle dager og lite ressurser til å bruke på andre oppgaver enn deltagere på FLS. Det tok tre måneder fra første kontakt til jeg fikk avtaler med tre informanter ved FLS i Trondheim. I mellomtiden ble det tatt kontakt med flere FLS i Sør og Nord-Trøndelag. FLS i Malvik, Gauldal, Orkdal og Værnesregionen ble kontaktet. Resultatet ble en informant fra Malvik og to fra Gauldal. Totalt deltok seks informanter i studien. Intervjuene startet så fort studien ble tilrådt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 1) i januar 2015. Tidsrammen i etterkant av rekrutteringen ble for knapp og det ble derav sendt søknad om endring av prosjektslutt. Denne ble innvilget og personvernombudet registrerte ny dato for prosjektslutt til 15.12.2015.

Det var direkte kontakt, enten per e-post eller telefon med informantene. Det ble inngått avtaler om møtetidspunkt og sted. Informasjonsbrev og samtykke ble sendt som vedlegg i e-post. Informasjonsskriv og samtykke (vedlegg 2) ble også medbragt i papirutgave til alle intervjuer og lest og signert før selve intervjuet. Det første intervjuet ble utført i januar 2015 og det siste i mars 2015.

Utvalget i studien utgjorde seks informanter, hvorav alle var kvinner ansatt ved FLS i Sør-Trøndelag. Tre jobbet fulltid og tre jobbet deltid ved FLS. Tre av informantene var utdannet fysioterapeut. To informanter var sykepleiere og en var ernæringsfysiolog.

3.1.3 DATAINNSAMLING

I og med at alle informanter brukte av sin arbeidstid var det naturlig for meg å komme til FLS de jobbet på, slik at de ikke måtte bruke tid på reising. Dette innbar at jeg tok turen til Gauldal og Malvik i tillegg til FLS på Tempe i Trondheim. Alle hadde et rom eller kontor tilgjengelig hvor vi kunne sitte uforstyrret. En gunstig setting ble etablert der jeg på en naturlig måte fikk hilst og introdusert meg selv i starten av møtet. Jeg opplevde at alle informanter følte seg

trygge og verdsatt og at de snakket fritt og åpent om temaer som var relevant for studien. Intervjuet startet med en briefing. Jeg hadde snakket på telefonen og/eller korrespondert med e-post med samtlige informanter slik at briefing ble kort da informasjon om studien var formidlet til informantene i forkant av møtet.

Noen av informantene var bekymret i starten og hadde tanker om at de ikke kunne nok om temaet. Jeg forklarte at jeg ville være opptatt av erfaringer og refleksjoner rundt problemstillingen fremfor faktakunnskap. Jeg var av den oppfatning at alle var trygge før oppstart av selve intervjuet. Samtykket ble signert i forkant av intervjuet.

Det ble utformet en kort intervjuguide bestående av få spørsmål (vedlegg 3) med bakgrunn i problemstillingen. Spørsmålene skulle sikre at alle kom inn på tema som ville utdype problemstillingen for studien. Spørsmålene hadde til hensikt å være enkle, nøytrale og åpne. Intervjuguiden skisserer hovedtema; bakgrunnsfaktorer, tilbud ved den aktuelle FLS, helsefremming, atferdsendring, bemyndigelse/empowerment. Dette var enkle overordnede tema. Gjennom intervjuet stilte jeg få direkte spørsmål som omhandlet de overordnede tema. Jeg forsøkte, der det lot seg gjøre, å gripe tak i det informanten selv begynte å fortelle om, for så å stille oppfølgende spørsmål om tema som omhandlet det jeg var interessert i. For eksempel var det flere som fortalte at deltagerne av og til ikke møtte opp til planlagte samtaler. Jeg fulgte da opp med spørsmål og informanten ville selv komme inn på det at deltageren må ansvarliggjøres for å kunne oppnå resultater. Slik fikk jeg informanten til å fortelle meg om tanker han eller hun hadde rundt for eksempel empowerment.

For hvert hovedtema var det satt opp noen mulige spørsmål, tenkt som en hjelp og støtte til intervjueren mer enn en spørsmålsrekke som skulle besvares. Siden det også ble foretatt intervju ved flere FLS ble det fort tydelig at tilbudet varierte og at det derav var greit å spørre hvilket tilbud den enkelte FLS hadde i den enkelte kommune.

Johannessen, Tuft, og Kristoffersen (2010) påpeker at det er viktig å holde seg til lette spørsmål i starten for å etablere en god relasjon hvor informanten føler seg trygg. En kunne merke at flere av informantene var bekymret for at spørsmålene skulle bli vanskelig å besvare. Noen påpekte at de hadde vært ansatt i en kort periode. I innledningsfasen var det derfor viktig å holde seg til spørsmål som var enkle å svare på, men som likevel peilet samtalen inn mot hovedtemaene.

Det ble stilt et ”ja/nei” spørsmål innledningsvis: «*Kjenner du til «veilederen for gjennomføring og etablering av frisklivssentralen?»*» Noen svarte at de bare delvis kjente til den. Noen av informantene var også usikre på begrepet helsefremmende arbeid. Det ble da innledet med å gi en kort redegjørelse for det helsefremmende perspektivet som veilederen fokuserer på. Ved flere anledninger ble definisjonen veilederen bruker av begrepet ”helsefremmende” lest opp for informanten.

Hvert intervju varierte stort og alle hadde ulike behov for oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene ble tilpasset etter beste evne. Gjennom intervjuet kunne det være vanskelig å holde fokus på problemstillingen «Hva legger fagutøvere ved frisklivssentralen i begrepet «helsefremmende»., og hvordan forstår og erfarer de selv at de jobber for å fremme helse?». Det ble særlig vanskelig når informanten hadde lite eller ingen forhold til begrepet «helsefremming».

Selv om hovedspørsmålene som ble stilt den enkelte var like, kom flere av informantene inn på tema som det i utgangspunktet ikke var tenkt på. Temaene gjorde at tanker om nye spørsmål til neste intervju kom fram slik at jeg kunne få mer informasjon fra flere informanter angående samme tema. Informantene fikk fortelle mest mulig fritt om hvordan de erfarer og forstår jobben sin som ansatt i FLS. Gjennom å bruke intervjuguiden fleksibelt og uten fast rekkefølge på tema og spørsmål fikk intervjuene sine individuelle forløp der det ble forsøkt å la informanten styre samtalen. Samtidig ble det forsøkt å sikre konsistens mellom intervjuene. Intervjuene varierte mellom 43 og 79 minutter.

Etter at samtalen hadde vart i rundt en time og vært innom alle hovedtemaene i intervjuguiden avsluttet intervjuet med en defibrering. Det besto i å høre om de hadde noe å tilføye eller om de hadde spørsmål. Alle intervju ble avsluttet med at jeg sammenfattet hoveddeler av samtalen og spurte om informanten hadde tilføyelser. Sammenfatninger ble også gjort underveis. I følge Kvale og Brinkmann (2009) gir dette informanten mulighet til å oppleve delaktighet og at informasjonen som blir gitt er betydningsfull, interessant og riktig oppfattet. Alle samtaler ble gjennomført uforstyrret og ingen andre kunne høre hva som ble sagt. Det ble benyttet båndopptak, ved hjelp av en iPhone, under alle intervju. Flere av informantene fortsatte samtalen etter at lydopptaket var slått av. Det oppfattet jeg som en videreføring av engasjementet i intervjuet og ytterligere understrekinger av hva de tenkte var viktig.

Tre intervjuer ble gjennomført nokså fortløpende på en uke og ble transkribert i løpet av påfølgende uke. De tre siste intervjuene ble gjennomført med god tidsmargin, det vil si fire

uker. Intervjuene ble transkribert innenfor tidsrammen av to til tre uker. Etter hvert intervju ble inntrykk og refleksjoner notert ned for å kunne reflektere over hva som hadde kommet fram i samtalen. Samtidig var dette en forberedelse til neste intervju. Temaer som jeg ønsket å høre mer om kunne få fokus i neste samtale.

3.1.4 ANALYSE AV FUNN

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og i etterkant skrevet ut som vanlig tekst. Formålet med transkripsjonen var å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele. Teksten skulle best mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, særlig slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under intervjuet. Fenomenologisk analyse modifisert av Malterud som systematisk tekstkondensering var den valgte analysestrategien (Malterud 2013). Malterud beskriver analysen av meningsinnhold som fire steg. 1. Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold, 2. Koder, kategorier og begreper, 3. Kondensering, 4. Sammenfatning (Malterud 2013).

Etter transkribering leste jeg gjennom alle intervjuene for å bli kjent med materialet. Jeg kunne da finne noen foreløpige temaer som kunne fortelle noe om problemstillingen. Jeg samlet meg om ti tema som jeg mente utkrystalliserte seg. Deretter gikk jeg gjennom teksten på nytt i mer detalj. Jeg delte teksten inn i det som Malterud (2013) kaller meningsbærende enheter og skilte ut den delen av teksten hvor jeg ikke fant meningsbærende enheter. Resten av teksten ga jeg ulike koder som representerte ulike tema. Jeg startet så med en kodegruppe og sorterte all tekst som var i denne kodegruppen inn i ett tekstdokument. 5 av kodegruppene var fattige på beskrivelser eller viste seg i etterkant å kunne sortere inn under en av de andre kodegruppene. Slik ble jeg sittende igjen med fem ulike kodegrupper til slutt. Jeg hentet systematisk ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Videre skrev jeg resultatet ved hjelp av kondensat, sitat og egne ord. Jeg har lagt vekt på å få fram informantenes egne uttalelser og betraktninger i presentasjon av funnene.

3.2 ETISKE OVERVEIELSER

Forskningsetiske retningslinjer er vedtatt av Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (Johannessen, Tufte, og Kristoffersen, 2010). Deltageren har rett til selvbestemmelse og autonomi, forskeren forplikter seg til å respektere deltagerens

privatliv og forskeren har ansvar for å unngå skade. Når det er mulig å identifisere hvilke personer som skal delta i prosjekt vil det bli innhentet informert samtykke. Spørsmålene som stilles i intervjuet forsøkes å gjøres minst mulig belastende for informanten. Informasjonen vil ikke på noe tidspunkt bli brukt til annet enn denne studien. Alt som kan identifisere deltagerne vil bli holdt konfidensielt og makulert så fort som mulig. Studien ble tilrådt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 1) i januar 2015.

4 PRESENTASJON AV FUNN

Jeg har funnet fem hovedtema. Først beskrives funn i forhold til begrepet helsefremmende arbeid og informantenes forståelse av begrepet under tema «Helsefremmende arbeid - Hva er det?» Dette funnet skiller seg ut fra de øvrige funn da det ikke er med på å besvare problemstillingen men sier noe om begrepet «helsefremmende» som sådan. Videre presenteres hovedfunnene som informantene vekta som viktig i forståelsen og erfaringen av hvordan de jobber helsefremmende ved FLS. Disse er «Mestring, små skritt hele veien fram», «Endring på deltagerens vilkår- samarbeid og autonomi», «Overføring av makt- informasjon og ferdighetslæring», «Motiverende intervju- fremelsk dine ressurser».

4.1 HELSEFREMMENDE ARBEID - HVA ER DET?

«Helsefremmende arbeid» benyttes aktivt gjennom dokumentet «Veileder for kommunale frisklivssentraler - etablering og organisering» (Helsedirektoratet 2011). Samtlige informanter ble spurt om hva de legger i begrepet og hvordan de forstår at de jobber helsefremmende. Det viste seg å være et vanskelig spørsmål. En informant sier følgende:

«Helsefremmende? For det er jo noe annet enn å forebygge. Eller? Jeg husker ikke helt.»

Informantene forteller at de har brukt veilederen aktivt men at selve begrepet helsefremmende ikke er et begrep de forholder seg til i hverdagen. En av informantene reflekterer høyt og sier:

«å styrke helsa til folk slik at de ikke blir sjuke er jo forbyggende arbeid. Jeg tenker at vi er litt mer på det. På forebygging altså. Helsefremmende er kanskje tiltak som blir gjort etter at de har fått en sykdom. Vi gjør jo det også, for mange er i alle fall i faresonen for å bli syke.»

Informantene stiller spørsmålstegn ved selve begrepet og uttrykker at det ikke er helt klart for dem hva som er forebyggende arbeid og hva som er helsefremmende arbeid. På spørsmål fra intervjuer som inneholder begrepet "helsefremmende" blir informantene spørrende. De spør om det er Antonovsky og salutogenese intervjuer etterspør og forteller at i FLS har de fokus på ressursene til deltageren. Det er mulighetene som vektlegges, ikke hindringene, og informantene er tydelig på at alle har noe i seg som de kan bruke til sin fordel. Flere av informantene ber intervjuer om definisjon av begrepet for å få bedre tak i hva som etterspørres:

«Kan du definere ordet? Forebygging er jo det å jobbe før det blir skade, før ting oppstår. Men helsefremmende, hm, det går kanskje litt over i hverandre for meg. Hvordan vil du definere det da, så kanskje jeg kan si enda mer om det?»

Det stilles spørsmålstegn ved forskjellen mellom forebyggende og helsefremmende. Informantene antyder at helsefremmende er et antonym til forebyggende og resonnerer seg fram til en forståelse av begrepet slik som i dette sitatet:

«Det er ikke så mye helsefremmende arbeid her. Nei det er ikke det vi gjør tenker jeg. De fleste er jo allerede svært overvektige eller har alvorlig fedme. Det ligger en trussel der om diabetes eller hjerte-kar- sykdom.»

De ansatte ved FLS erfarer at de ikke jobber helsefremmende. De uttrykker at helsefremming og forebygging nødvendigvis må skje før det oppstår sykdom og at det derav ofte ikke er helsefremmende arbeid de driver med.

Etter at intervjuer leser definisjonen fra Helsedirektoratet (2011) viser det seg at informantene tenker at det er nettopp helsefremmende arbeid de driver med og uttrykker dette tydelig:

«Ja! Det er akkurat det vi gjør jo. Jeg bruker bare ikke begrepet så ofte. Vi gjør en kartlegging av hele personen. Styrker og svakheter. Vi finner ut sammen hva det er lurt å starte med og fyller på med kunnskap hvis det er nødvendig. Ofte handler det ikke om kunnskap men om å hente fram motivasjonen til endring. For den er der inne et sted. Slik er motiverende intervju en helsefremmende metode i seg selv. Den får folk i prosess. De blir i stand til å ta valg som fremmer helsen.»

Når definisjonen blir gitt til informantene bekrefter de at det er nettopp helsefremmende arbeid de gjør. Informantene forklarer at de gjennom informasjon, MI og treningsgrupper

hjelper den enkelte til å kunne ivareta sin egen helse bedre. De beskriver at de jobber systematisk med å gi den enkelte trua på at de selv kan gjøre noe for å bedre sin egen hverdag og sin egen helse. Her er hva en av informantene uttrykte etter at definisjonen av helsefremmende arbeid ble opplest:

«Det er empowerment det! Eller bemyndigelse om du vil. Det er det som er hele poenget. Å hjelpe de dithen at de ser selv hva de kan få til.»

Informantene opplever at det er nettopp det som gjør jobben spennende og meningsfull. At de kan vise deltagerne at de selv sitter med makt til å gjøre noe med problemene sine. Informantene bidrar med å stille de gode spørsmålene slik at deltageren selv kommer fram til løsninger som er til å leve med, og som derav gjør de i stand til å få økt kontroll over egen helse.

4.2 MOTIVERENDE INTERVJU- FREMELSK DINE RESSURSER

MI fremheves som et viktig verktøy for å få deltageren i prosess og til å se sine ressurser og krefter. Samtlige informanter forteller at de bruker MI aktivt i sin arbeidshverdag. De erfarer at det er et viktig verktøy der deltageren selv finner veien. Det å stille spørsmål på en god måte fremheves som viktig. Unngå konfrontering. Være mild og nysgjerrig. Unngå å sette deltageren i et hjørne der han eller hun føler seg angrepet. En av informantene sier for eksempel:

«Jeg bruker motiverende intervju for å få folk til å gå i seg selv og til å finne sin vei mot endring. Jeg spør hva de tenker må til for å lykkes, og hva som eventuelt er hindringene.»

Informantene forteller at de møter folk som sitter med mye dårlig erfaring. Mange har forsøkt å endre livsstil mange ganger. Deltageren sitter da med en tanke om at de ikke kommer til å lykkes denne gangen heller. Mange av deltagerne ser begrensningene sine og har fokus på det de ikke får til. Flere av deltagerne har mislyktes flere ganger og dette har satt spor som gjør at de har negative erfaringer med livsstilsendring. Informantene forteller at å hjelpe folk til å tenke nytt og annerledes er selve drivkraften i arbeidet med den enkelte deltager og at MI er hovedverktøyet for å oppnå dette. De uttrykker at de er bevisste på at endring tar tid og at MI er viktig for å hente fram deltagerens motivasjon for endring. De uttrykker det blant annet slik:

«Å endre tankesett er en prosess. Motiverende intervju er den røde tråden.»

Det blir stilt åpne spørsmål med fokus på hva som er viktig for deltageren. «*Hva skal dine mål være?*» «*Hva er viktig for deg?*» På en slik måte finner informantene deltagerens ressurser og hjelper de med å få disse ressursene og ønskene fram i lyset. De uttrykker at de er bevisste på at det er deltagerne som sitter på kompetansen om seg selv og at de fungerer som en støtte til å framelske det positive og være til støtte når en møter barrierer.

Informantene opplever at de aller fleste har en eller annen form for motivasjon til endring. Samtidig er mange ambivalente og informantene bruker da MI til å utforske ambivalensen. Ved å stille spørsmål hvor deltager får satt ord på hvordan han eller hun ønsker å ha det, kommer kontrasten til hvordan det er akkurat nå fram. Da blir det tydelig for deltageren at det ikke er samsvar og det henter fram motivasjon til endring. Slik hjelper de deltageren til å stake ut veien og i tillegg sørger de for at det er mål som er realistisk å oppnå.

De uttrykker at de bruker endringshjulet for å finne ut hvor deltageren er i endringsprosessen. Dette uttrykker de er viktig for å finne ut hva deltageren trenger her og nå. Her er hva en informant uttrykte i den forbindelse:

«Noen, kanskje i sær de som er henvist av NAV, er ikke noe særlig motiverte for endring. Jeg starter med å kartlegge hvor de er i endringshjulet. Også viser det seg at de ikke overveier endring en gang. Da er alt jeg kan gjøre å gi informasjon slik at de kanskje kan komme på andre tanker etterhvert.»

Det å være oppriktig nysgjerrig forteller de at er en viktig egenskap. Det må stilles åpne og gode spørsmål og lyttes aktivt for å skape engasjement og varme i samspillet mellom informant og deltager. Her er eksempler på spørsmål informantene kan stille for å utforske ambivalensen og utforske motstanden i deltageren:

«Hvordan er det nå? Hva er viktig for deg? Hva vil du oppnå ved å endre? Hva er hindringene? Hvilke ulemper er det ved å endre?»

Ved systematisk bruk av MI hjelper informantene deltageren til å framelske ressurser og til å bruke disse ressursene på en realistisk måte. Slik vil deltageren oppleve mestring og få mulighet til å gjøre livslange endringer. Informantene opplever i stor grad å lykkes ved bruk av MI og uttrykker det for eksempel slik:

«Jeg opplever mange ganger at hvis en deltager kommer inn døra demotivert, går han ut herfra med oppbrettet armer og kjempemotivert.»

4.3 MESTRING, SMÅ SKRITT HELE VEIEN FRAM

Informantene formidlet at de i sin arbeidshverdag jobbet aktivt med å få deltagerne i FLS til å sette seg mål som er realistiske å oppnå. De har flere eksempler på hvor urealistisk en deltager kan være f. eks i forhold til antall kilo de ønsker å gå ned i vekt. De gir eksempler på hvordan de gjennom MI og strukturerte samtaler aktivt bidrar til at deltageren formulerer mål som det er mulig for deltageren å nå utfra deltagers ståsted. Informantene nevnte dette flere ganger gjennom intervjuene og påpekte gjentagende at svevende, lite konkrete og urealistiske forventninger som deltageren kan ha er en trussel mot atferdsendringen og motstykke til mestring.

Informantene ønsker at deltagerne skal være 100 % sikker på at de får til endringen fram til neste avtale eller samtale. Målet skal være enkelt og gjerne målbart slik at deltageren kjenner på mestring fra første stund og uttrykkes av en av informantene på denne måten:

«Og da å sette for høye mål vil virke mot sin hensikt. Det gjør at de føler at de mislykkes. Mer enn at de mestrer.»

De forteller også at målene deltagerne setter seg må kunne være realistisk i det livet som deltageren lever og innenfor de rammene livet utfolder seg. Endringen må kunne integreres inn i hverdagen til deltageren og det må være realistisk å opprettholde det i et livslangt perspektiv. Informantene understreker at det handler om mål som deltagerne skal utføre på egen hånd og i sin egen hverdag. Det fordrer at de hjelper deltageren til å mestre sitt eget liv og møter de der de er. En informant sier for eksempel:

«For å kjenne på mestring så må det være endringer du selv kan jobbe for å få til. I heimen, på jobben, i din egen hverdag. Hvis ikke vil du gi opp ganske så fort.»

Informantene fortalte at de jobber aktivt med å sette både langsiktige og kortsiktige mål ved første møtet og beskriver dette som viktig for å lykkes i det videre arbeidet med deltagerne ved FLS. De formidler at hvis deltageren setter seg for store delmål vil deltageren ikke kjenne mestring, noe som igjen vil føre til at deltageren ikke når sine mål på sikt. Informantene jobber for å få deltagerne til å forstå at det handler om små endringer i første omgang. Hvis de små endringene vedvarer vil de oppnå stor endring på sikt.

I tillegg legger informanten vekt på tankeverket rundt selve målet. For eksempel at de ønsker å bli i bedre form, uten at de har noen konkrete mål eller tanker rundt hva det vil si. «Å bli sunnere» og «begynne å trene mer» kan være en målsetning som en deltager ved FLS tar med seg inn i første samtale. Her vektlegger informantene å hjelpe deltageren til å konkretisere og påse at målet er lite nok til å kunne gjennomføres både på kort og lang sikt. Her er hva en informant sier:

«Det må være mål som kan hakes av og ”bedre form” er for udefinerbart. For ofte er det avvik mellom, jo jeg ønsker vektreduksjon også har de ikke tenkt gjennom det. Hvor mye da? Hvilken buks størrelse? Hvor lang tid skal du bruke på dette? Det er ingen tankeverk rundt det. De ønsker bare vektreduksjon. Da blir det vanskelig for dem å nå målet sitt når de ikke vet hva målet er. Mestring er jo nettopp det å kjenne at man får til noe. At en lykkes i det en forsøker å oppnå.»

Et perspektiv som flere av informantene nevner er å komme tidligst mulig inn i forhold til symptomer. Flere av deltagerne som kommer til FLS har ekstrem overvekt, allerede forhøyet blodtrykk, diabetes eller annet. De erfarer at sannsynligheten for mestring er størst når de starter så tidlig som mulig. En av informantene refererer til forskning som viser at hvis deltageren først har kommet opp i en vekt og klarer å gå ned, så vil kroppen tilbake til den vekta deltageren opprinnelig var. Informantene formidler at det er viktig å stoppe vekta på et tidligst mulig tidspunkt, slik at sjansene for mestring er størst mulig.

Flere av informantene sier at deltagere som kommer, og som fortsatt er friske når de henvises, kanskje har bedre resultater. De opplever at denne deltagergruppen er mer motivert, og oppnår resultater forttere og kjenner derav på mestring. En informant uttrykker dette blant annet slik:

«Det er jo en gang slik at hvis problemet har fått utviklet seg så er veien tilbake lengre og vanskeligere. Jeg ønsker meg mer fokus på barna og at fastlegene henviser på et tidligere stadie.»

4.4 ENDRING PÅ DELTAGERENS VILKÅR- SAMARBEID OG AUTONOMI

Å spille på lag med deltageren er viktig. Det å se og forstå hva som er deltagerens forutsetninger understrekes som å være veien til mestring og derav endring. De beskriver at denne grunnleggende holdningen i MI er viktig for at deltageren skal kunne åpne seg og komme i en god prosess sammen med informanten. Holdningen beskrives da som undrende

og nysgjerrig og med fokus på å stille de riktige spørsmålene. På denne måten erfarer de at de hjelper deltageren med å stake ut veien. Informanten opplever at deltageren får verktøy for å kunne greie endringene. En av informantene beskriver det slik:

«Det blir som et dansende partnerskap, hvor jeg fører. Samtidig som jeg kjenner at jeg har vedkommende med meg på dansegulvet.»

Det at deltagerne forstår at de selv er ansvarlige for liv og helse er et grunnleggende fundament for å greie å gjøre endring. Informantene understreker at de ikke kan endre andre, men at deltagerne kan endre seg selv. De ser på seg selv som en aktiv deltager som hjelper deltageren til å finne de ressurser og krefter som skal til for endring. Her er hva en informant forteller:

«Det er ikke så uvanlig at de kommer også er det sånn; "Hjelp meg". Der er jeg litt streng. Det er ikke jeg som skal fortelle deg hva du skal gjøre. Du må tenke selv.»

De kommer til FLS og har en forventning om å bli holdt i hånda. Deltageren har ikke tatt innover seg at en må lære å stå på egne ben for å lykkes. Empowerment fremheves som en viktig strategi. Denne strategien beskrives som en bemyndigelsesprosess hvor de selv er deltagende i å styrke deltagers ressurser.

Det er viktig for informantene at deltagerne kjenner at FLS har en støttende funksjon hvor de både kan få rådgivning, praktisk tilrettelegging for å muliggjøre målsettingen og bekreftelse på at den jobben de gjør er god. Støtten som informanten gir til deltageren i den forbindelse uttrykkes for eksempel på denne måten:

«Jeg ønsker å være til støtte. Ved å lytte på en empatisk måte. Være oppriktig nysgjerrig, og vise forståelse for de utfordringer de står i. Tilrettelegge der jeg kan. Jeg forsøker å bekrefte de når de uttrykker fortvilelse og rose de for alt de faktisk får til.»

Informantene uttrykker at det er viktig å vite at ingen andre enn deltagerne selv har ansvar for sitt eget liv. I tillegg er det en stor fordel om det er tiltak de selv har lyst til å gjennomføre. De forteller at ikke alt nødvendigvis er lystbetont men at det er en forutsetning at de selv bestemmer og kjenner på en lyst til å gjennomføre. Det presiseres at deltageren er ansvarlig for sitt eget liv og sin egen helse og at det hele er en prosess. En empowermentprosess.

Å finne deltagerens motivasjon gjennom å stille gode spørsmål, slik at deltageren får formulert ordene på det de ønsker å gjøre noe med, er i fokus. Både deltageren og informanten er aktive deltagere i prosessen. Deltagers meninger, ønsker og beslutninger vektlegges og informanten forsøker å finne deltagers ressurser til å gjennomføre. Slik styrker de deltagerens tillit til seg selv. Her er hva en informant sa:

«Hvis de ikke vet hvorfor de skal spise det og ikke har lyst på avokado som mellommåltid for eksempel, så er sjansen liten for at de velger avokado. De må bestemme selv hva de skal ha som mellommåltid. Bare for å bruke den metaforen.»

Det påpekes at de som henvises til FLS kalles deltagere, og deltagere er ansvarlig for sitt eget liv og helse mer aktivt enn for eksempel en pasient.

4.5 OVERFØRING AV MAKT- INFORMASJON OG FERDIGHETSLÆRING

Informasjonsarbeidet de gjør ved FLS er en viktig del av behandlingen. FLS har både grupper og individuelle samtaler hvor mye er informativt. Tema er for eksempel ulike typer fett, karbohydrater, nøkkelhullsmerking, brødskala og sukker, i tillegg til praktisk matlaging og tilrettelagte treningsgrupper. God tilpasset informasjon blir fremhevet som viktig og nyttig og en informant uttrykte dette slik:

«Det som gjør at jeg føler at jeg lykkes i jobben min er at jeg får trygget folk og gitt god bakgrunnskunnskap slik at de blir trygge på å ta gode valg»

Det trekkes fram at flere av deltagerne ikke har forstått forskjellen på hva som er sunt og hvordan en går ned i vekt. Det viser seg at flere deltagere tenker at for eksempel lettmelk er sunt og drikker store mengder uten å tenke over kaloriinntaket. At det står «lett» på et produkt er med på å legitimere et større inntak og er på den måten misvisende. Det samme gjelder med nøtter som blir framstilt i media og reklame som et sunt alternativ til for eksempel sjokolade. Sannheten er at kalorinivået i nøtter er høyt og må begrenses. Det blir da viktig å informere deltagerne om hvordan regnestykket ser ut. En av informantene presiserer dette problemet i følgende sitat:

«Noen har ikke nok kunnskap. De tror de har det. Men så har de det ikke. Det er mitt inntrykk. Men mange vet mye og mangt om kosthold i dag. Det er mye informasjon. Men ikke all informasjon er god informasjon, mye viser seg å være direkte misvisende og gjør vondt verre»

Informantene opplever at informasjon fra media er en utfordring. Det blir nevnt at det formidles at for eksempel frokost er bra den ene uka og neste uke er det frokosten som gjør deg overvektig. Informantene opplever at det er nyttig å få trygget folk og gitt god bakgrunnskunnskap, slik at deltagerne kan ta gode valg basert på egen kunnskap. Selv om det er mye informasjon tilgjengelig påpekes det at mye drukner i medias synsinger. I tillegg opplever de at deltagerne tror de vet mer enn de gjør. Å gi god tilpasset informasjon trekkes fram som et viktig element i prosessen for å yte den beste hjelpen. Informasjon tilbys gjennom samtaler med deltageren og i grupper. Informantene forteller at det er viktig å ikke være for streng, ikke bruke pekefingeren, men be om tillatelse til å informere eller spørre om de skal se på noe sammen. Slik gir de deltagerne en reel mulighet til mestre det de skal gjennomføre.

Det er ofte er avvik mellom målet og hva som er realistisk å oppnå. Mange av deltagerne har et ønske om å gå ned et visst antall kilo og ofte viser det seg å være urealistisk i forhold til tiden de vil gjøre det på. En informant kom med følgende eksempel:

«Ofte kommer de med at de skal gå ned 10 kg på 3 måneder og sånn. De kommer med store tall. Det er fåtallet som får til det. Men det å se at det å gå ned 3 kg på 3 måneder. Hvis du klarer det, å vedlikeholde det og gå ned, så er det 12 kg på et år det. Jeg tenker små endringer. Som er lettest å leve med.»

I den sammenheng uttrykker informantene at det er viktig å by på kunnskap om hvordan kroppen fungerer for å øke mestringskompetansen. Slik kan deltageren få en ordentlig mulighet til å lykkes på lengre sikt.

Praktiske ferdigheter er viktig. Deltagerne må kunne finne fram i jungelen av treningstilbud og kunne nyttiggjøre seg disse i sitt eget nærmiljø. Dette hjelper de med gjennom praktisk veiledning og utprøving av tilbud i sitt eget nærmiljø. FLS tilrettelegger for trening utfra den enkeltes behov. Tilretteleggingen tenker informantene skal gi deltageren økt mestringsfølelse og derav makt og kontroll over egen situasjon i framtiden. I tillegg er det også kurs i praktisk matlaging for å sikre at deltageren har de ferdigheter som skal til for å få det til. Her er hva en informant sa:

«Gruppene er viktig. Der får de og vi en liten reality check på hva de får til. Ja, for vi har fokus på det deltageren faktisk kan få til med den handlingskompetansen

deltageren har og eventuelt spe på med litt kompetanse og ferdigheter der det er nødvendig.»

Informantene uttrykker at det er viktig å formidle at deltageren må lære å stå på egne ben, men at de må få den kompetansen på de ulike områdene som er viktige for å oppnå endring. Tiden på FLS er bare et sted å starte, og endringene skal vare evig. Endringene skal integreres i en hverdag og bli nedfelt i deltagerens daglige rutiner. Slik sett så er det avgjørende at deltageren forstår at behandlingen består av egeninnsats og ikke er en «*quick fix*» som FLS skal utrette. Informantene formidler at både kunnskap og ferdigheter er forutsetninger som må ligge til grunn for atferdsendring.

5 DRØFTING AV FUNN

«Hva legger fagutøvere ved frisklivssentralen i begrepet «helsefremmende» og hvordan forstår og erfarer de selv at de jobber for å fremme helse?»

Analysen av datamaterialet ga meg flere funn som kunne belyse problemstillingen. Etter analysen satt jeg igjen med 5 funn.: «*Helsefremmende arbeid- hva er det?*» «*Motiverende intervju- fremelsk dine ressurser*». «*Mestring, små skritt hele veien fram*» «*Endring på deltagers vilkår- samarbeid og autonomi*» og «*Overføring av makt- informasjon og ferdighetstrening*».

5.1 HELSEFREMMEDE ARBEID - ET BEGREP UTEN TYDELIGE RAMMER

Hos informantene flyter begrepene helsefremming og forebygging over i hverandre. Helsefremming har sitt utspring i Ottawa-charterets forståelse av helsefremming og har empowerment som strategi (Benson og Latter 1998). Empowerment kjennetegnes som en prosess hvor mennesket oppnår mestring over livet. Stang (2006) skriver at det først og fremst handler om respekt for den enkeltes autonomi. I tillegg må fagutøveren betrakte den en skal hjelpe som en aktiv samarbeidspartner, hvor dialogen har en sentral og naturlig plass (Stang 2006). Empowerment fordrer også at fagutøverene er villig til å sette den hjelpetregendes meninger, ønsker og beslutninger over sine egne (Stang 2006).

Noen av informantene var ukjente med begrepet helsefremming eller hadde en oppfatning av begrepet som var feilaktig i henhold til de ovenfornevnte teorier og definisjoner av begrepet.

Andre blandet begrepet med forebygging og uttrykte at helsefremming og forebygging var to sider av samme sak.

Det kan være ulike forklaringer på hvorfor begrepet helsefremmende skaper forvirring. Helsefremming og sykdomsforebygging defineres som forebygging i Mæland (2010) sin definisjon. Dette kan være med på å skape assosiasjoner til sykdom og vanskeliggjør et skille mellom helsefremming og forebygging. FLS bruker også begrepet frisklivsresept som viser til henvisningsblanketten som gir tilgang til tiltak ved FLS (Helsedirektoratet 2011). Resept har lange tradisjoner som gjør at mange assosierer ordet med behandling av sykdom.

Poskiparta et al (2001:35) har gjort studier av sykepleiere hvor det er funnet ut at de har en dårlig forståelse av helsefremming. «*The majority of nurses share a narrow, traditional diseasecentered model of health promotion.*»

Gammersvik og Alsvågsom (2009) har sett på forståelse av helsefremming i sykepleie og beskriver at man i rammeplan for sykepleierutdanningen kan se at helsefremming og forebygging beskrives som en enhet. De samme forfatterne påpeker også at begrepet er utelatt i rammeplanens kapittel om pleie, omsorg og behandling (Gammersvik og Alsvågsom 2009). I tillegg forklarer Gammersvik og Alsvågsom (2009) at helseopplysning og forebygging kobles sammen, noe som gjør at begrepet helsefremming oppfattes som synonymt med helseopplysning (Gammersvik og Alsvåg 2009). Man kan tenke seg at dette gjelder for flere grunnutdanninger og derav forsterker forvirringen rundt begrepet.

Jeg oppfatter at informantene har ulik og til dels uklar forståelse av begrepet. Dette kan være forårsaket av at begrepet ikke er gjort godt nok rede for. Andersen (1997) hevder at det er uenighet mellom fagfeltene om både framgangsmåte og målsetninger og at teorier er påvirket av biomedisinske forskningsmetoder.

Studien hadde i utgangspunktet ikke til hensikt å belyse begrepet «helsefremmede arbeid». Det viste seg nokså umiddelbart at flere av informantene ikke hadde begrepet under huden. Selv om helsefremming som begrep ikke er innarbeidet blant informantene, og trass i at det er forvirring rundt hva det innebærer å jobbe helsefremmende, viser funnene at det er nettopp helsefremmende arbeid informantene utfører. De beskriver en arbeidshverdag med fokus på å få frem deltagerens ressurser. De beskriver samtaler med fokus på å støtte den enkelte i prosessen og en aktiv samarbeidende dialog for å gjøre den enkelte i stand til og best mulig kunne ivareta egen helse.

De oppfatter begrepet som et ferdig definert begrep de ikke kjenner ordlyden til, men beskriver empowermentstrategier i sitt daglige arbeid for å hjelpe deltagerne til å oppnå mestring over livet.

5.2 MOTIVERENDE INTERVJU, EN EMPOWERMENTSTRATEGI FOR HELSEFREMMENTE ARBEID

Informantene ved FLS beskriver MI som en rød tråd gjennom arbeidshverdagen. MI er en empowermentstrategi som kan se alle funnene i denne studien i sammenheng. Funnene blir derfor videre drøftet i lys av MI som empowermentstrategi.

MI er et essensielt verktøy for å hente fram ressurser og hjelper informantene med å få deltagerne i prosess. Rakel og Rakel (2016) referer til en gjennomgang av meta-analyser og artikler på tvers av en rekke disipliner som har gitt evidens for at MI og andre individuelle empowermentstrategier gir positive helseutfall. Miller og Rose (2009) hevder at MI har positiv innvirkning på mange tilstander og gir positive helseutfall i ulike samfunnslag og ved ulike tilstander hvor atferdsendring er ønskelig.

I utgangspunktet ble metoden utviklet av Miller (1983), og ble sett på som en lovende metode for behandling av alkoholisme. Miller and Rollnick overførte kommunikasjonsmetoden til andre arenaer der endring av adferd var målsetningen (Miller and Rose 2009). Det finnes nå evidens for at metodikken er hensiktsmessig i ulike møter med mennesker som trenger hjelp, inkludert de med behov for endring i forhold til mat, fysisk aktivitet og tobakk.

Funnene viser at informantene jobber målrettet for at deltagerne selv skal finne sin egen vei mot endring og at de ved hjelp av MI utforsker ambivalens og bringer ressurser fram i lyset. Ved å stille åpne spørsmål og belyse fordeler og ulemper ved å gjennomføre tiltak hjelper de deltageren til å finne den indre motivasjonen for endring. Datamaterialet viser at måten å gjøre dette på er å være mild og nysgjerrig. Informanten stiller åpne spørsmål som f.eks. *«hva er viktig for deg?»* Spørsmålene stilles på en slik måte at de finner deltagerens ressurser og egne målsetninger.

Datamaterialet viser også at informantene møter konflikt mellom det deltageren ønsker å oppnå, og måten deltageren lever sitt liv på. Gjennom denne måten å kommunisere på blir kontrasten brakt fram i lyset, og de opplever at det er en oppvåkning som gir motivasjon for endring hos deltageren.

MI defineres som en pasientorientert, førende metode til å fremme indre motivasjon for endring ved og utforske ambivalens gjennom kommunikasjon (Miller og Rollnick 2013). Metoden blir også beskrevet som en strategi hvor fagutøveren samarbeider med pasienten på en måte som gjør at han/hun forbedrer sin egen helse, utforsker ambivalens og gir støtte til vedlikehold av endringer over tid.

Funnene uttrykker bevissthet rundt at det er deltagerne som sitter på kompetansen om seg selv. Jeg fant at informantene kartlegger hva som er realistiske mål for den enkelte deltager, gitt de forutsetningene deltageren har. Informantene presiserer at endringene må kunne integreres inn i hverdagen og livet til deltagerne. De uttrykker at det derav blir viktig å stille gode spørsmål som kaster lys over nettopp de ressurser og muligheter som deltageren har.

Endring på egne vilkår er kjernen i MI- metodikken. Fagutøveren skal motstå å komme med forslag. Metoden har fokus på fagutøveren som en samarbeidende part der pasienten er ekspert på seg selv og sitt liv. Grunnholdningene er samarbeid, respekt og empati. I motsetning til et paternalistisk verdsett hvor fagutøveren vet hva som er best for pasienten har MI horisontale linjer mellom den som gir og mottar hjelp. Pasienten har erfaring, kunnskap og ressurser og skal gis makt i forhold til saker som angår ens liv (Jensen og Johansen 2000). En pasientsentrert strategi har fokus på samarbeid. Dette er en kontrast til den eksperptstyrte tilnærming hvor fagutøverene formidler kunnskap og kommer med tiltak og mål han eller hun tenker er best. Samarbeid mellom fagutøver og pasient er essensielt i MI.

Antonovsky (1987) hevdet at en viktig salutogen faktor er opplevelsen av verden som rimelig sammenhengende og forutsigbar, og kalte dette OAS. Ved å øke fokus på empowerment og oppmuntre til deltagelse i beslutninger med mening for mennesket, kan opplevelsen av sammenheng økes (Lindstrøm & Eriksson 2009). Antonovsky (1979) mente at OAS ble dannet i barndom og tidlig voksen alder. Lindstrøm og Eriksson (2009) hevder at man i de senere år har funnet at OAS kan utvikles gjennom livet, og støtter derav FLS fokus på deltagelse og empowerment som strategi for å bedre helsen til den enkelte.

Funnene viser at informantene opplever at deltagerne ser begrensningene sine og har fokus på det de ikke får til. Informantene bruker da MI til å snu tankesettet og til å utforske uoverensstemmelse mellom hvordan deltager har det og hvordan han ønsker å ha det. De viser en undrende og nysgjerrig holdning med fokus på å stille gode og åpne spørsmål. Videre viser funnene at informantene forsøker å stille spørsmål på en slik måte at deltageren selv får

formulert ordene på det han eller hun ønsker å gjøre noe med. Det er viktig for informantene å være åpen overfor deltager om at deltager selv er ansvarlig for sitt liv og sin helse. De understreker at deltagers meninger, ønsker og beslutninger settes i høysetet, og at begge parter er aktive samarbeidspartnere i prosessen.

Ved å være aktivt lyttende, bruke åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummering samt understreke pasientens kontroll og frihet til å bestemme selv viser fagutøver at han/hun forstår pasientens opplevelse av seg selv, sin situasjon og andre mennesker (Helsedirektoratet 2011). Denne framgangsmåten fokuserer på mennesket som autonomt og er en motsats til det biomedisinske menneskesynet hvor det er lite rom for samarbeid mellom fagutøver og pasient. Gjennom samhandling inviteres pasienten til deltagelse og fagutøverene fungerer som en veileder (Tveiten 2007). Fagutøverene hjelper pasienten med og utforske ambivalensen ved å identifisere hindringer han/hun tenker at han/hun har for å kunne nå sine mål. Ved å gjøre dette vil fagutøverene forsterke pasientens mestringsforventning å bli en samarbeidende part i endringsprosessen.

Funnene viser at informantene møter deltagere som sitter med mye dårlig erfaring. Mange har forsøkt å endre livsstil mange ganger uten å lykkes. I denne forbindelse handler det om å møte deltageren der han eller hun er, og få en bedre forståelse av hvordan det er for deltageren å stå i de helseutfordringene han eller hun står i. Et grunnleggende prinsipp i MI er empati. Med et slik empatisk ståsted vil informant og deltager erkjenne at motivasjonen for endring kommer fra deltageren. Informanten hverken overtaler eller gir deltageren råd. Det engelske akronymet, OARS, representerer de fire basisteknikkene for pasientsentrert intervensjon og beskrives som verktøy for å oppnå en empatisk kommunikasjon (Miller and Rollnick 2013). Disse prinsippene er ferdigheter som har vist seg å være av dokumentert betydning for atferdsendring og blir referert til som «spiriten» i MI. Miller et al (2004) ser på disse prinsippene som helt nødvendig for å kunne anvende metoden på en god måte.

Både det å hjelpe deltageren med å sette seg mål som er små nok til å være oppnåelige og konkrete slik at de kan måles, er viktig for informantene. Målene må være så konkrete at de kan hukkes av når deltageren har nådd målet. I tillegg må det være så lite at man med 100 % sikkerhet har mulighet til å kunne gjennomføre tiltaket og nå målet. Dette kan forstås som at informantene jobber med mestringsforventning. Ved å finne tiltak som deltageren med 100 % sikkerhet kommer til å mestre å gjennomføre vil deltageren få positive erfaringer med tiltaket.

Sannsynligheten for at deltageren vil implementere adferden i sitt eget liv vil således forsterkes.

I følge Mæland (2010) er opplevelser av å lykkes den mest effektive måten å styrke mestringsforventningen på. Mæland (2010) trekker også fram små steg i riktig retning som et middel som bygger opp forventning om å kunne mestre ytterligere endringer. Strategien støtter seg til deltagers ressurser og at tiltakene må tilpasses den enkelte utfra ferdigheter og kunnskap. På denne måten støtter MI Banduras sosial kognitive teori (1986) om mestringsforventning. Tiltro til egen evne til å kunne gjennomføre en handling er helt nødvendig for i det hele tatt å kunne forsøke (Mæland 2010).

Miller et al (2004) inkluderer mestringsforventning som et av prinsippene i MI. I MI skal fagutøver aktivere og forsterke pasientens tiltro til egen mestringsevne ved og utforske negative og positive forventninger endringen fører til (Helsedirektoratet 2011).

Bandura (1986) identifisert fire hovedkilder til økt mestringsforventning: Autentiske mestringserfaringer, vikarierende erfaringer, verbal overtalelse og fysiologiske reaksjoner. Blant disse fant Bandura at «autentiske mestringserfaringer» var den faktoren som var av mest betydning for mestringsforventningen. Gjennom gjentatte suksesshistorier blir mestringsforventningen styrket og vil i seg selv også være selvforsterkende. Banduras teori om mestringsforventning støtter informantenes fokus på små endringer for å styrke den enkelte deltagers opplevelse av å mestre og derav sannsynligheten for å lykkes i atferdsendringen.

Dataanalysen viser at informantene har fokus på at det skal settes både langsiktige og kortsiktige mål og at disse må kunne utføres på egen hånd og integreres i egen hverdag. De påpeker også at det må være et tankeverk rundt selve målsetningen. Deltagere i FLS kan komme med urealistiske, svevende og lite konkrete planer om endring. I følge Banduras teori om resultatforventning er det viktig at deltageren har tro på at resultatet blir slik som forventet. Man kan derfor anse at det å sette konkrete mål som kan etterprøves vil være hensiktsmessig. Å gjøre en forhåndsvurdering av hva handlingen vil føre til vil således øke motivasjonen for å gjennomføre (Bandura 1986).

For at deltageren skal kjenne på opplevelsen av og lykkes må tiltaket gjennomføres og å utforske negative og positive forventninger alene tenker jeg derav at er utilstrekkelig. Slik blir kommunikasjonsmetoden kun en verbal påvirkning hvor informantene forsøker å påvirke

resultatforventningen. I en studie hvor MI ble gitt til pasienter med behov for å endre adferd i forhold til alkohol fant man at fagutøverene overholdt alle grunnleggende strategier for MI bortsett fra å styrke mestringsforventning. Dette kan tyde på at implementering kan være en utfordring også i FLS (Kadden og Litt 2011).

Funnene forteller også at deltagerens mening, ønsker og beslutninger spiller en sentral rolle i FLS. Deltagerne skal være aktive deltagere i prosessen og de er ansvarlige for sitt eget liv og sin egen helse. Dette fokuset fordrer en pasientorientert tilnærming. Informantene i denne studien var opptatte av at behandlingen var en kombinasjon av deltagerens ekspertise på seg selv og fagkunnskapen som informantene hadde. Informantene beskriver at de i tillegg til å bygge opp under deltagerens autonomi også hadde fokus på at de skulle ta informerte valg basert på god kunnskap og gode nok ferdigheter. Informantene opplevde at deltagerne ikke alltid hadde nok kunnskap og at de på en ikke dømmende måte ga informasjon til deltageren som kunne ha betydning for valg de stod overfor. Informantene trekker også fram at informasjonen må være tilpasset for å yte god hjelp til den enkelte.

Starrin (2007) viser til at helse fra tidligere av var basert på et paternalistisk verdsett. Denne tilnærmingen er ekspertstyrt og fagutøver sitter med svaret og kompetansen på hva pasienten trenger (Starrin 2007). I denne tilnærmingen er det fokus på fravær av sykdom og fagutøveren sitter med kontrollen og de riktige rådene (Starrin 2007). Motpolen til dette verdsettet er helsefremmende arbeid. I helsefremmende arbeid fokuseres det på samarbeid mellom fagutøveren og den som trenger hjelp (Benson og Latter 1998). Begge parter kompetanse er avgjørende og helse fremmes ved å styrke ressurser og handlingskompetanse (Gammersvik og Alvsvåg 2009).

I artikkelen til Elwyn et al (2014) skilles det mellom de to intervensjonene MI og det at fagutøver og pasient sammen tar en felles beslutning. Forfatteren beskriver at en felles beslutningsprosess er en intervensjon basert på at fagutøver og pasient tar beslutninger sammen, basert på tilgjengelige tiltak, informasjon om tiltaket og fordeler og ulemper ved de muligheter som finnes. Fagutøvers oppgave blir da å tilrettelegge for et informert valg og i tillegg hjelpe med å finne sine egne preferanser basert på de muligheter som finnes. Mine funn viser at informantene bruker en kombinasjon av å delta i en felles beslutningsprosess og MI.

Funnene viser også at informantene tenker at støtte fra FLS er viktig. De viser til at de gir råd og informasjon slik at deltager kan ta informerte valg. De gir praktisk hjelp slik at deltager finner treningstilbud de kan nyttiggjøre seg. De tilrettelegger for treningstilbud utfra den enkeltes behov og ferdigheter. Disse tiltakene er også med på å avdekke hvilket ferdighetsnivå den enkelte er på. Informantene understreker også at å bekrefte deltageren og møte han der han er er en viktig forutsetning for å lykkes.

Sosial støtte er forstått som en viktig motstandsressurs (Stansfeld 2006). Den sosiale støtten kan være følelsesmessig, bekreftende, informerende eller instrumentell (FHI 2014). I følge Schwarzer et al (2004) vil sosial støtte i møte med utfordringer i livet, kunne virke som en buffer og dermed ha en positiv effekt på helse og velvære (Schwarzer, Knoll og Rieckmann 2004).

Man kan tenke seg at denne kombinasjonen av informasjon, ferdighetstrening MI og sosial støtte alle er viktig i helsefremmende arbeid for å fremme autonomi og samarbeid. MI har empowerment som strategi og skal utjevne makt mellom fagutøver og den hjelpetrequende. Ved å overføre makt i form av informasjon og ferdighetslæring vil deltager oppleve kontroll over sin egen helse. Weiss (2007) understreker at pasienter må ha nok kunnskap for å være autonom. Ferdigheter og innsikt er avgjørende for å kunne ta avgjørelser om egen helse.

Finbråten og Pettersen (2009) hevder i sin artikkel at mange fagutøvere i sitt daglige virke driver helseinformasjon overfor personer som har svært ulike nivåer av bakgrunnskunnskap og forståelse av helse. Det kan derav argumenteres for at empowerment, ved å overføre makt i form av informasjon og ferdighetslæring, fordrer at kunnskapsnivået og deltagers reelle forutsetninger er kartlagt slik at intervensjoner er basert på en individuell tilpasning.

Både informasjon, ferdighetstrening, MI og sosial støtte fremmer empowerment som respekterer menneskets autonomi. Alle intervensjonene har fokus på å engasjere deltageren og få deltageren til å utforske sine egne meninger og synspunkter. Elwyn et al (2014) fremhever at disse intervensjonene i kombinasjon kan ha nytteverdi for å opprettholde en pasientorientert tilnærming. Utfordringen kan ligge, som Kari Martinsen (2005) uttrykker, å balansere intervensjonene slik at fagutøver hverken er ettergivent eller driver formynderi.

5.3 HELSEFREMMEDE ARBEID, SALUTOGENESE OG EMPOWERMENT, TRE SIDER AV SAMME SAK?

Funnene viser diskrepans mellom forståelse av begrepet «helsefremmende arbeid» og forståelse av hvordan informantene faktisk utøver jobben i FLS. De beskriver en arbeidshverdag med fokus på å utvikle ferdigheter hos deltageren som gjør deltagerne bedre rustet til å ta valg som fremmer deltagerens egen helse. Selv om informantene beskriver en helsefremmende arbeidsmetodikk så uttrykker de dårlig begrepsforståelse når ordet blir brukt direkte i en spørsmålsformulering. Så vidt kjent er det ikke gjort studier på forholdet mellom bevissthet rundt dette begrepet og hvordan det faktisk jobbes med dette.

Helsesdefinisjonen i Ottawa Charter of health promotion bygger på en helhetlig forståelse av helsefremmende arbeid. Helse forstås mer som et psykososialt begrep enn som et biologisk fenomen, og ansvaret for helsefremmende arbeid går ut over det helsevesenet tradisjonelt har kunnet bidra med (WHO 1986). Et individ eller en gruppe må være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstillende sine behov og endre eller mestre sitt miljø (WHO 1986).

Funnene viser at empowerment er et begrep som informantene er kjente med og bruker uoppfordret i sine beskrivelser. De varierer litt i forhold til om de bruker «styrking», «empowerment eller bemyndigelse i sine beskrivelser. Jeg forstår det slik at helsefremmende arbeid ligger så nært opptil empowerment som begrep at informantene står nærmere strategien (empowerment) som utøves i helsefremmende arbeid, enn det overordnede begrepet. Idealet for helsefremmende arbeid er empowerment som betyr «å sette i stand til» (WHO 1986). Veilederen definerer helsefremmende arbeid som prosessen som setter personer i stand til å ta valg som fremmer helsen (Helsedirektoratet 2011). Nyansene i begrepene gir ikke informantene stor muligheten til å kunne skille disse to.

Datamaterialet viser at også begrepet salutogenese kommer opp når forståelsen av helsefremmende arbeid etterspørres. Antonovsky er en kjent teoretiker for informantene og de beskriver at de gjennom MI forsøker å få fram de faktorene som bidrar til at deltageren bedrer og opprettholder egen helse. Antonovsky (2012) understreker evnen til å benytte seg av de ressursene som er tilgjengelige og fremhever mestring og mestringsstrategier som sentrale begreper for å kunne bevege seg mot god helse.

Det kan stilles spørsmålsteget ved hva som er forskjellen på Antonovskys definisjon av helse og helsefremmende arbeid slik Helsedirektoratet (2011:10) definerer begrepet:

«Helsefremmende arbeid er prosessen som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør dem i stand til å ta valg som fremmer helsen.»

I analysen av datamaterialet fant jeg at informanten har et helsefremmende fokus, men at det er andre begreper som ligger til grunne for valg av strategi i møtet med deltageren. «Å gjøre deltageren i stand til», «hjelp de til og selv å mestre sitt liv», «få fram ressurser», «styrke deltagerens tillit til seg selv», «gi de mestringskompetanse», «ansvarliggjøring», «ha fokus på det deltageren faktisk kan få til», «møte de der de er», ja listen er lang over utsagt som kan bekrefte et helsefremmende perspektiv ved FLS. Det som kommer fram er at de baserer sitt arbeid på teorier om empowermentstrategier, da i hovedsak ved hjelp av MI som metodikk. Således kan det se ut til at forståelsen av begrepet helsefremmende arbeid i seg selv er av liten betydning, gitt at idealet for helsefremmende arbeid er empowerment.

Som beskrevet tidligere ser jeg av mine funn at helsefremmende arbeid oppfattes som et diffust begrep og at informantene har ulik forståelse av begrepet. Helsefremmende arbeid består av mange oppgaver og tiltak. Oppgavene er definert inn i FLS eksisterende ansvar og formidlet i «*Veileder for kommunale frisklivssentraler*» (Helsedirektoratet 2011). En kan argumentere for at en felles forståelse av begrepet vil bidra til at en lettere ser sammenhengen mellom de ulike oppgavene innad i FLS. Videre kan det også argumenteres for at man vil profitere av en felles begrepsforståelse innad i hele helsesektoren og at det vil bidra til et bedre samarbeid og koordinerte tilbud på tvers av ulike fagdisipliner.

6 DRØFTING AV METODE

6.1 VALIDITET

«Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet» (Malterud 2013). Det er flere måter å diskutere den metodiske framgangsmåtes validitet på. Under følger en metodediskusjon basert på Joseph Maxwells teori om deskriptiv validitet, fortolkende validitet, teoretisk validitet, evaluerende validitet og generaliserbarhet.

6.1.1 DESKRIPTIV VALIDITET

Deskriptiv validitet befatter seg med formidlingen av datainnsamlingen. Hovedpoenget er å ikke forvrengte den informasjonen som informantene har formidlet (Maxwell 1992). Både det

jeg så, hørte og oppfattet av nonverbal kommunikasjon er viktige når resultatet formidles. Som tidligere beskrevet brukte jeg lydopptaker på Iphone og transkriberte intervjuene selv i etterkant. Etter flere av intervjuene fant jeg ikke sted og rom i min egen hverdag til å transkribere umiddelbart, og noe av informantenes nonverbale kommunikasjon gikk mest sannsynlig tapt. Jeg forsøkte å ta grundige notater rett etter intervjuene var gjennomført, men også her kunne tiden være for knapp. Jeg inkluderte bare i liten grad nonverbal kommunikasjon, latter og sukk i mine transkripsjoner. Det kan ha svekket min deskriptive validitet i studien. For å ha bedret den deskriptive validiteten ville bruk av videoutstyr som kunne fange opp ansiktsuttrykk og kroppsspråk generelt være en stor fordel. Dette lå ikke innenfor rammene til min studie. Selve teksten ble gjenstand for oversettelse fra talespråk til skriftspråk, noe som krevde vurderinger underveis. Jeg valgte der det var mest hensiktsmessig å transkribere alle ord og lyder i sin helhet. I noen av intervjuene hadde informantene informasjon og tanker som var irrelevant for problemstillingen. Jeg valgte da å la den delen utebli fra transkripsjonen.

Å transkribere betyr å forandre, forandre fra en form til en annen form (Kvale og Brinkmann 2009). I følge Kvaale og Brinkamm (2009) kan ordrette intervjutranskripsjoner gjengi et uttrykk som verken er dekkende for den muntlige eller skriftlige stilen. Ved flere anledninger kjente jeg at teksten ga uttrykk for mange gjentakelser og informantene snakket ikke grammatisk korrekt. Jeg valgte å gjøre setningene mer leservennlig, uten å tape mening der det kjentes nødvendig og riktig. Dette kan ha svekket den deskriptive validiteten ytterligere.

6.1.2 FORTOLKENDE VALIDITET

Fortolkende validitet fokuserer på forskerens rolle. Det er en målsetning at resultater skal framkomme uten at min subjektive holdning har påvirket resultatet. Derav er det viktig å problematisere hvordan min rolle har påvirket denne studien (Maxwell 1992).

Min rolle som forsker i dette prosjektet er ikke nøytral. Jeg har møtt fenomenet med bakgrunnskunnskap i form av teorier og egne forestillinger angående resultatet. Jeg har vært deltager i det feltet som materialet ble hentet fra. Problemstillingen i seg selv var med på å bestemme hvor jeg rettet blikket og hva jeg oppdaget underveis (Malterud 2013). Spørsmålet er i følge Malterud ikke hvorvidt jeg påvirker prosessen, men hvordan.

Jeg har gjennom forskningsprosessen forsøkt å sette mine forestillinger til side slik at det informantene har formidlet kommer mest mulig tydelig fram med sitt særpreg og

karakteristika. Jeg har forsøkt på det som fenomenologien beskriver som «*braceting*», dvs å sette egne forestillinger til side eller i parentes (Malterud 2013). Jeg har gjennom forskningsprosessen forøkt å etterleve «*braceting*» så godt som det lar seg gjøre. Like fullt har jeg erkjent at å starte med blanke ark er en umulighet og jeg har så godt som det har latt seg gjøre tatt kontroll over betydningen av mine egne forestillinger og min fantasi. Slik har jeg i størst mulig grad kunne gjøre en god tolkning av det informantene har formidlet (Malterud, 2013).

Min utdanningsbakgrunn er bachelor i sykepleie. Arbeidserfaringen er fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling for gravide og familier med små barn. Erfaring relatert til studiens fagområde og problemstilling har jeg fra å motivere og veilede foreldre i å ta gode helsevalg for seg og sin familie, og til å endre adferd som øker risiko for diverse sykdommer for foreldre og barn. Utfordringen med å få denne pasientgruppen til å ta gode valg er bakgrunnen for min problemstilling. Gjennom min praksis som sykepleier har jeg erfart at det ofte er utfordrende å legge til rette for at pasienten skal ta gode valg på vegne av seg selv. Jeg er av den oppfatning at grupper pasienter som forstår at prosessen eies av pasienten selv, har et bedre utgangspunkt for å lykkes. Derfor undrer jeg meg over hvordan jeg og andre som jobber med atferdsendring skal gå frem for å bemyndige pasienter slik at de kjenner at de selv eier sin prosess og har ansvar for seg og sine barn sitt liv.

Forfatteren har faglige antagelser om at det ikke alltid er informasjon eller kunnskap hos pasienten som mangler. Det er en holdning hos meg at pasienten i første omgang må ansvarliggjøres for egen adferd for å lykkes og at dette er utfordrende og krevende å få til parallelt med å skape og/eller beholde en god relasjon til pasienten. Forfatteren er også av den oppfatning at når pasienten er en aktiv deltager i eget liv og har forståelse for makten pasienten selv har, så er sjansen for å lykkes større.

Informantene kom med beskrivelser og gjenga framgangsmåter i FLS uten å komme inn på kjernen i problemstillingen min. Gjennom intervjuet stilte jeg ved flere anledninger spørsmål jeg i ettertid tenker kan betraktes som ledende. Dette var et forsøk på å stille oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å fokusere. Noen vil kunne hevde at jeg falt for fristelsen til å stille spørsmål som ledet informanten inn på blant annet empowerment. Men dette var også en måte å komme til kjernen av problemstillingen på. Mitt personlige engasjement i forhold til empowerment kan ha svekket den fortolkende validiteten i studien.

6.1.3 TEORETISK VALIDITET

Teoretisk validering befatter seg med teori. Mitt fenomenologiske utgangspunkt skiller seg fra Grounded theory som krever full teoretisk validering. Det fenomenologiske perspektiv ønsker å formidle informantens historie med minst mulig innflytelse av teori og min forkunnskap (Malterud 2013). Maxwell (1992) er av den oppfatning at alle teorier består både av begrep og hypoteser om relasjonene mellom begrepene. Slik kan en tenke seg at begrep er nødvendige elementer som bygger bro mellom data og teori.

Studien har både en induktiv og en deduktiv tilnærming. Det vil si at jeg har forsøkt å legge fra meg min teoretiske referanseramme for å se det empiriske materialet i lys av seg selv. I oppstartfasen av studien gikk jeg i gang med å skrive en teoretisk referanseramme for studien. Det viste seg etter intervjuene at teorien jeg i utgangspunktet tenkte ville skape en ramme, ikke passet som utgangspunkt for mitt videre arbeide. Framgangsmåten ble således mer styrt av empirien. Malterud (2013) formidler at all forskning består av både deduktiv og induktiv tilnærming. I min studie er det hovedsakelig en induktiv tilnærming der informantenes fortellinger er brukt som et utgangspunkt for å si noe om fenomenet på et mer generelt nivå (Malterud 2013).

Å legge min forforståelse til side var en utfordrende oppgave. Jeg etterstrebet for eksempel å ikke spørre ledende spørsmål, men tenker ikke at jeg alltid lykkes med det. Malterud (2013) sier at vi aldri fullt ut kan frigjøre oss fra vår teoretiske referanseramme. I min studie har jeg vært bevisst og forsøkt å etterleve objektivitet i den grad det har vært mulig og tenker at jeg også trenger mer øvelse i kunsten det er å jobbe induktivt og objektivt.

6.1.4 EVALUERENDE VALIDITET

Evaluerende validitet befatter seg med hvilken rolle denne studien har som bidrag i den vitenskapelige verden (Maxwell 1992). Funnene som kom fram kan støttes av andre teorier og forskning som befatter seg med helsefremming og empowerment. Det meste av forskning er gjort på pasientens side for å evaluere tiltak og framgangsmåter for å fremme helsen på individ, gruppe og befolkningsnivå. Studien kan være en bidragsyter til å kunne si noe om hvordan ansatte i FLS forstår og erfarer at de jobber helsefremmende. Slik kan vi få kunnskap om hvordan de ansatte forstår livsverden til deltagerne ved FLS. Det kan også si noe om forståelsen av begrepet helsefremming i seg selv og være med på å bidra til oppklaring og fokus på hva helsefremmende arbeid vil si, sett fra de som iverksetter tiltakene sin side. Mitt

datamateriale er nokså rikt på forståelsen av helsefremmende arbeid. Spørsmålene mine ledet ofte inn på beskrivende metoder for framgangsmåter i FLS, og bidro ikke i den grad jeg skulle ønske til kunnskap om hvordan informanten forstod og erfarte å jobbe på en helsefremmende måte. Noen vil kanskje hevde at det svekker den evaluerende validiteten i studien og er en av flere endringer jeg ville gjort hvis jeg skulle gjøre intervjuene på nytt.

Studien gir mulighet for å kunne gi et direkte tilbakeføringsbidrag til FLS der hvor studien ble gjennomført. Studien vil sendes til de tre ulike FLS i sin papirform. Denne formen for forskning, også kalt aksjonsforskning, har som formål å ha en direkte og umiddelbar påvirkning av forskningsområdet, for eksempel i form av å oppklare og/ eller endre praksis i samarbeid med de som har blitt forsket på. Studien kan også presenteres for andre som jobber i FLS og videre brukes i FLS sine utviklingsarbeider.

6.1.5 GENERALISERING

I følge Malterud er «generalisering» et begrep som kan gi urealistiske assosiasjoner. Å generalisere vil si at vi kan formidle resultater som gjelder for alle mennesker i alle samfunn og under enhver historisk betingelse (Malterud 2013). Overførbarhet er en begrep som er mer hensiktsmessig å bruke i min studie. Det var tre forskjellige FLS inkludert i min studie. Informantene hadde ulike yrkesbakgrunner. Sentralene hadde ulike utgangspunkt i forhold til ressurser tilgjengelige for sitt arbeid og i tillegg inkluderte studiene FLS både i by og på land. Studiene inkluderte seks informanter bestående av kvinner. Dette kan gjøre overføring av funn til andre FLS utfordrende. På den andre siden tenker jeg at metoden kan overføres til andre situasjoner. I tillegg diskuterer jeg funn ved hjelp av teoretiske begreper som også andre kan bruke.

7 OPPSUMMERING, KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Studien har forsøkt å belyse hvordan fagutøvere ved FLS forstår og erfarer at de jobber helsefremmende. Grunnlaget for å ønske å belyse dette kommer i utgangspunktet av at Helsedirektoratet (2011) har et helsefremmende utgangspunkt. I følge helsedirektoratet (2011) skal FLS fremme sunn helseatferd og påpeker at fokuset skal rettes mot faktorer som fremmer helse og mestring.

Funnene i denne studien viser at FLS gjennomfører helsefremmende tiltak og har et helsefremmende utgangspunkt gjennom å ha fokus på mestring, autonomi, samarbeid og god tilpasset informasjon til den enkelte deltager. MI går igjen som kjernen i intervusjonene informantene benytter. De viser engasjement og er opptatt av å bringe fram deltagers ressurser slik at han eller hun i etterkant av perioden ved FLS vil mestre eget liv, og derav fremmer sin egen helse. Gjennom «Mestring, små skritt hele veien fram», «Endring på deltagerens vilkår-samarbeid og autonomi», «Overføring av makt- informasjon og ferdighetslæring», og «Motiverende intervju- fremelsk dine ressurser» viser funnene hvordan FLS bruker MI som empowermentstrategi med en salutogen tilnærming slik Helsedirektoratet (2011) anbefaler.

Helsefremmende arbeid består av mange oppgaver og tiltak. Oppgavene er definert inn i FLS eksisterende ansvar og formidlet i *Veileder for kommunale frisklivssentraler* (Helsedirektoratet 2011). Funnene viser altså at oppgavene utføres i henhold til gitte retningslinjer men at «helsefremmende» er et begrep uten tydelig faglig innhold for informantene. Studien belyser under «Helsefremmende arbeid - hva er det? » at begrepet er dårlig implementert i FLS.

Det foreslås at det jobbes videre med å få en felles forståelse av begrepet slik at fagutøverene lettere ser sammenhengen mellom de ulike oppgavene innad i FLS. Begrepet bør implementeres på en tydeligere måte i landets helsefaglige utdannings- og rammeplaner og i andre føringer og rammeverk der helsefremmende arbeid beskrives. Slik kan hele helsevesenet på sikt få en felles begrepsforståelse til beste for samarbeid mellom fagdisipliner og til beste for mennesker med behov for helsefremmende tiltak.

VEDLEGG 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



NSD - Næringsgata 27
N-5007 Bergen
Norge
Tel: +47 25 28 21 17
Fax: +47 25 28 21 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 969 321 884

Ruth Kjersti Ranaas
Institutt for landskapsplanlegging Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

1430 ÅS

Vår dato: 20.01.2015

Vår ref: 41556 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

41556	<i>Helsefremmende arbeid i frisklivsentralen. En kvalitativ studie av fagutøverens opplevelser og erfaringer</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ruth Kjersti Ranaas</i>
Student	<i>Hanne Forve</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillers kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering 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, 15.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

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

Arkivingsdato: 12.02.2015 09:05

OWO NSD - Universitetsbibliotek, Postboks 1047 Sandness, 5016 Ås, Tel: +47 21 25 19 11, ow@nsd.uib.no
NSD NSD - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7801 Trondheim, Tel: +47 73 30 00 00, kjartan.saravanan@ntnu.no
NSD NSD - Universitetet i Tromsø, 9001 Tromsø, Tel: +47 77 51 43 00, nsd@hsk.uib.no

Vedlegg 2

Hei,

Informasjonsbrev til deltakere/ informert samtykke

Som ansatt ved Frisklivssentralen forespørres du herved om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave innen Master i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Tittel for studien er "Helsefremmende arbeid i frisklivssentralen."

Jeg er interessert i å høre om din forståelse og erfaringer vedrørende møtet du har med pasienter i ditt daglige arbeide.

Det er ønskelig å snakke med 6-7 ansatte og det rekrutteres fra flere frisklivssentraler. 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 og 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 15.5.2015.

Jeg kan nås på telefon 980 56 130

Du kan også sende meg en epost til hkforve@hotmail.com.

Mine veiledere Ruth Kjørsti Raanaas og Kjørsti Grønning er også tilgjengelige på e-post

Med vennlig hilsen

Hanne Forve

Masterstudent Norges Miljø og Biovitenskapelige Universitet/NMBU

Veileder Ruth Kjørsti Raanaas (ruth.raanaas@umb.no)

Førsteamanuensis, PhD, Cand. Polit.

Seksjon for Folkehelsevitenskap

Institutt for landskapsplanlegging

Norges miljø og biovitenskapelige universitet

Veileder Kjørsti Grønning (kjersti.gronning@hist.no)

Førsteamanuensis ved Avdeling for sykepleierutdanning

Høgskolen i Sør-Trøndelag

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av prosjektansvarlig, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide/arbeidsark

1. Kort om bakgrunn, alder, hvor lang fartstid i yrke og på nåværende arbeidsplass.
2. Hvilke konkrete tiltak tilbyr dere ved frisklivsentralen?
3. Kjenner du til veileder for frisklivsentralen?
4. Hvordan forstår du begrepet helsefremmende?
5. På hvilken måte er de konkrete tiltakene helsefremmende?
6. Hvilke utfordringer ser du ved å jobbe helsefremmende kontra forebyggende
7. I veileder for kommunale frisklivsentraler står det " at det benyttes en salutogen tilnærming der fokuset rettes mot faktorer som fremmer helse og mestring og mot individuelle mestringsressurser. Har du noen tanker om hvordan denne prosessen foregår?

HOVEDTEMA/KNAGGER utover dette:

- Helsesamtalen (Beskriv hva som er viktig i denne samtalen)
-
- Atferdsendring (Hvordan jobber du med det? Hva er viktig å vektlegge?)
- Empowerment (Har informantene kjennskap til begrepet?, Bruker de det uoppfordret? Beskriv hvordan du forstår begrepet? Hvordan jobber du med dette?)
- Motiverende intervju (Hva er det?, Hva gjør de? Hvorfor? Hvordan)
- Helsefremming (Hva er det?, Hva legger du i begrepet? Bruker de begrepet uoppfordret?)

LITTERATURLISTE

Anderssen, N. (1997) Et kritisk blikk på helsefremmingsbevegelsen. I *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer* (Alvsvåg H, et al. red.). Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. London Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and staywell*. San Fransisco, CA: Jossey- Bass Publishers.

Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. og Hemmelgarn, B. R. (2011) Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12: 709–723.

Askheim, O.P, Starrin, B. (2007) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bandura A. (1986) Observational learning. I A. Bandura , *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. (A. Bandura) Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Benson, A. og Latter, S. (1998) Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 27:100–107.

Båtevik FO, Tønnesen A, Barstad J, Bergem R, Aarflot U.(2008) *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. Volda:

Møreforskning. Tilgjengelig fra:

<http://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/ein-resept-a-ga-for-evaluering-av-Tilgjengeligmodellar-for-fysisk-aktivitet-roykeslutt-og-sunt-kosthald/1075/170/> (Hentet 8.desember 2015).

Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC (2012) *Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 12.

Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-organisert-oppfolging-pa-atferd-som-oker-risiko-for-sykdom-hos-voksne>. (Hentet 8 desember 2015).

Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, RM., Marrin, K., White, J. og Frosch, DL.(2014) *Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems*. Tilgjengelig fra <http://www.annfammed.org/content/12/3/270.full> (Hentet 8 desember 2015).

Finbråten, H. og Pettersen, S. (2009) Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 79(5):60-63.

Folkehelseinstituttet (FHI) (2014) *Sosial støtte og ensomhet*. Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>. (Hentet 10 desember 2015).

Følling, IS., Solbjør, M., Helvik, AS.(2015) Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - A qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants Service organization, utilization, and delivery of care. *BMC Family Practice*.16 (73).

Gammersvik, Å. og Alvsvåg, H. (2009) Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2 (5) Tilgjengelig fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/237/227> (Hentet 8 desember 2015).

Hanson, A. (2007) *Workplace Health Promotion: A salutogenic approach*. Bloomington, UK: AuthorHouse.

Helgerud, J. og Eithun, G.(2010) *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hokksund Rehabiliteringssenter/NTNU Høringsnotat. Tilgjengelig fra: http://www.hokksund-rehab.no/filarkiv/File/Forskningsartikler/Rapport_2010.pdf (Hentet 8 desember 2015).

Helsedirektoratet (2011) Revidert utgave (2013) *Veileder for kommunale Frisklivssentraler Etablering og Organisering*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/IS-1896-Frisklivsveileder.pdf>. (Hentet 8. desember 2015).

Helsedirektoratet (2012) *Endringsprosessen*. Tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/endringsprosessen.aspx>. (Hentet 8 desember 2015).

Helsedirektoratet(2014) *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/166/Status-for-samhandlingsreformen-forvaltningsmessig-folge-med-rapport-fra-helsedirektoratet-2014-IS-2234.pdf> (Hentet 9. desember 15).

Jensen, TB. og Johnsen, TJ. (2000) *Sundhetsfremme i teori og praksis. En lære-, debat- og brugsbog på grunnlag af teori og praksisbeskrivelser*. Århus:Philosophia.

Johannessen, A., Tufte, PA., Kristoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kadden, RM. og Litt, MD (2011) The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors* 36(12):1120–1126.

Kuvaas, B. (2005) Belønning og motivasjon: Ytre og indre motivasjon som kilder til innsats og kvalitet i arbeidslivet. I Knudsen, K. og A. Ryen (red.): *Kan frynsegoder bli belønning?* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kähler, CF. (2012) *Det kompetente selv : en introduktion til Albert Banduras teori om selvkompetence og kontrol*. Frederiksberg: Frydenlund.

Langeland, E. (2006) Mestring av psykiske helseproblemer: salutogenese i teori og praksis. I Almvik, A. og Borge, L. red. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen, Fagbokforlaget.

Langeland, E. (2007) *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mentalhealth problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen.

Lindstrøm, B. og Eriksson, M. (2005) Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (6):440-442.

- Lindstøm, B. og Eriksson, M. (2009) The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion*. 16: 17-28.
- Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marlatt, GA. og Gordon, JR.(1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe Forlag.
- Maxwell, RJ(1992) Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care*. 1(3):171-177.
- Miller, WR, (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(02): 147-172.
- Miller, WR. og Rollnick, S. (2013) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, WR., Yahne, CE., Moyers, TB. et al (2004) A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004(72): 1050-1062.
- Miller,WR, og Rose GS (2009) Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychology*, 64 (6):527-37.
- Mæland, JG. (2010) *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Naidoo, J., og Wills, J. (2009) *Foundations for Health Promotion*. 3.utg. Edinburgh, Baillière Tindall.
- Nutbeam, D. (1998) *Health promotion glossary*. Geneva:World Health Organisation,
- Oldervoll, LM. og Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling Innherredsmodellen- Trinn 1*. (Hist/NTNU-rapport nr.2/2011).Trondheim: Senter for helsefremmende forskning.

- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T., Karhila, P. (2001) From nurse-centered health counseling to empowermental health counselling. *Patient Education and Counseling*. 45(1): 17-28.
- Prochaska, JO., og DiClemente, CC. (1984) *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow/Jones Irwin.
- Rakel, RE. og Rakel, DP (2016) *Textbook of family medicine*. 9 utg. Madison, Wisconsin: Elsevier Saunders.
- Rollnick, S., Miller, WR. og Butler, CC. (2007) *Motivational interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York, NY: Guildford Press.
- Rose, SA., Poynter, PS., Anderson, JW., et al (2013) Physician weight loss advice and patient behavior change; a literature review and meta-analysis of survey data. *The International Journal of Obesity*, 37:118-128.
- Schwarzer, R., Knoll, N., og Rieckmann, N. (2004) Social support. In Kaptein A. Weinman J (Eds.), *Health Psychology*:158-182. Oxford, England: Blackwell.
- Slettebø, T. (2000) Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 2:75-85.
- Spradley, JP. (1979) *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart og Winston.
- Stang, I. (2006) *Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stansfeld, SA (2006) Social support and social cohesion. In: Marmot, MG.og Wilkinson, RG. (red). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press:148-171.
- Starrin, A. (2007) Empowerment som livsinnstilling: kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe? I: Askheim, O.P og Starrin, B. red. *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo, Gyldendahl Akademisk: 59-70.
- Tveiten, S. (2007) *Den vet best hvor skoen trykker,- om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Weiss, BD.(2007) *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians* (2.utg). American Medical Association Foundation and American Medical Association. Tilgjengelig fra:

http://med.fsu.edu/userFiles/file/ahec_health_clinicians_manual.pdf (Hentet 9 desember 2015).

World Health Organization, WHO (1986) *The Ottawa Charter*. Tilgjengelig fra:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index2.html> (Hentet 9.desember 2015).



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

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