

Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral

Birthe Selø



Høgskolen i **Hedmark**

Master i folkehelsevitenskap, med vekt på endring av livsstilsvaner

HØGSKOLEN I HEDMARK

2013

Norsk sammendrag

Tittel:

Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral.

Hensikt:

Hensikten med denne studien er å undersøke og belyse hvilke opplevelser og erfaringer deltakerne sitter igjen med etter en reseptperiode ved en frisklivssentral. Hovedmålet er å finne ut om deltakerne opplever at reseptperioden bidrar til økt motivasjon rundt en livsstilsendring.

Metode:

Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Dataene er kommet frem på grunnlag av åtte kvalitative intervju med deltakere som har gjennomført en reseptperiode ved en frisklivssentral. Analysen er basert på kvalitativ innholdsanalyse.

Hovedfunn:

Studiens funn viser at det er flere faktorer som bidrar til at deltakernes motivasjonen til en livsstilsendring har økt gjennom reseptperioden ved frisklivssentralen. Deltakerne opplever at støtten og hjelpen de har fått av både fysioterapeuter og andre deltakere, har hjulpet dem gjennom reseptperioden. Den faglige oppfølgingen deltakerne har fått med tips og råd har vært til stor hjelp, og noen sier de ikke hadde kommet så langt med treningen uten den oppfølgingen de har fått. Fellesskapet med de andre deltakerne og de positive opplevelsene med treningene har vært en stor motivasjonsfaktor, og de sier det gjør det lettere å dra på trening når det er så mange hyggelige folk der. Det at deltakerne har kommet i bedre form og gått ned i vekt har i tillegg til å øke motivasjonen, bidratt til at de har fått mer overskudd i hverdagen.

Emneord:

Frisklivssentral, reseptperiode, livsstilsendring, motivasjon, empowerment, folkehelse

Engelsk sammendrag (abstract)

Title:

The participants' experiences after they completed a prescription period at a 'frisklivssentral' (healthy living centre).

Purpose:

The aim of this study is to explore and illuminate the participants' experiences after a prescription period at a 'frisklivssentral' (healthy living centre). The main objective is to explore how the participants' experience that the prescription period leads to an increased motivation around a lifestyle change.

Method:

The study has a phenomenological-hermeneutic approach. The data has been received on the basis of eight qualitative interviews with participants who have completed a prescription period at a 'frisklivssentral' (healthy living centre). The analysis is based on a qualitative content analyse.

Results:

The study's findings show that there are several factors that contribute to increase the participants' motivation for a lifestyle change, through the prescription period at a 'frisklivssentral' (healthy living centre). The participants felt that the support and help received by both physiotherapists and other participants, helped throughout the prescription period. The professional attention they have received through tips and advice have been of great help, and some said they wouldn't have come as far regard exercise, without the attention they received. In addition to increasing the motivation, the fact that the participants got in better shape and achieved weight loss, also increased their energy in their daily lives.

Keywords

'Frisklivssentral' (healthy living centre), prescription period, lifestyle change, motivation, empowerment, public health

'Health is not bought with a chemist's pills,

nor saved by the surgeon's knife.

Health is not only the absence of ills,

but the fight for the fullness of life.'

Piet Hien i prologen til WHO's 40-årsjubilæum i 1986

Forord

Etter seks år med utdanning på Høgskolen i Hedmark, er dagen for innlevering av masteroppgaven endelig kommet. Det har vært seks lærerike og interessante år, og spesielt de to siste årene som jeg har tatt master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner. Gjennom disse årene har min interesse for fysisk aktivitet, motivasjon, endring av levevaner og helse blitt stor, og det har vært veldig interessant å få fordype meg i dette temaet. Gjennom arbeidet med studien har jeg hatt mange interessante samtaler med engasjerte mennesker, og jeg har lært mye av å være i denne tidvis krevende prosessen. Det er mange personer som har bidratt til at oppgaven har vært mulig å gjennomføre, og mange jeg ønsker å takke.

Først vil jeg takke min veileder Anne Trollvik for at du har gitt meg råd, kommentarer, gode innspill og konstruktiv kritikk. Du har støttet meg gjennom denne prosessen på en motiverende og inspirerende måte.

Jeg vil også rette en takk til medstudenter som har vært viktige inspirasjonskilder og som har kommet med mange nyttige innspill underveis. En spesiell takk går til Stine, som har vært en god støtte og refleksjonspartner gjennom hele arbeidsprosessen.

En stor varm takk vil jeg rette til min samboer som har vært tålmodig og støttende gjennom lang tid med mitt arbeid med denne studien. Takk også til familien og venner i Bergen for at dere har vært tålmodige, kommet med motiverende ord og støttet meg hele veien, selv om jeg er langt vekk og ikke får tid til å komme på besøk så ofte.

Sist, men ikke minst vil jeg rekke en stor takk til mine informanter som gledelig stilte opp og delte sine opplevelser og erfaringer. Lederne av frisklivssentralen var engasjerte, imøtekommende og viste positiv interesse til studien, tusen takk til dere også.

Innholdsfortegnelse

Norsk sammendrag	2
Engelsk sammendrag (abstract).....	3
Forord	5
Innholdsfortegnelse	6
1.0 Innledning	8
1.2 Formål og problemstilling	10
1.3 Min forforståelse	10
2.0 Tidligere forskning.....	11
2.1 Litteratursøk	11
2.2 Tidligere forskning	11
3.0 Teori	14
3.1 Folkehelseperspektiv	14
3.1.1 Positiv helse	15
3.1.2 Helsefremmende arbeid	16
3.1.3 Empowerment	18
3.2 Motivasjon og mestring	19
3.3 Å påvirke atferd og livsstil.....	21
3.3.1 Sosial kognitiv teori.....	22
4.0 Metode	24
4.1 Kvalitativ forskningstilnærming.....	24
4.2 Det kvalitative forskningsintervju	25
4.3 Intervjuguide	26
4.4 Utvalg	27
4.5 Forespørsel om deltakelse, rekruttering og arena for studien	27
4.6 Transkripsjon	28
4.7 Kvalitativ innholdsanalyse.....	29
4.8 Troverdighet	30
4.9 Forskningsetiske overveielser	31

5.0 Presentasjon av funn	33
5.1 Støtte og hjelp	35
5.1.1 Oppmuntring	36
5.1.2 Komme i gang	36
5.1.3 Regelmessighet	37
5.1.4 Passer for alle.....	38
5.2 Faglig oppfølging.....	39
5.2.1 Tips og råd.....	39
5.2.2 Trygghet.....	40
5.3 Fellesskap	41
5.3.1 Det sosiale.....	41
5.3.2 Trene sammen	42
5.3.3 Latter og glede	43
5.4 Trening gir resultater	43
5.4.1 Bedre form	44
5.4.2 Vektnedgang	45
5.4.3 Overskudd i hverdagen	45
6.0 Diskusjon.....	47
6.1 Motivasjon.....	47
6.2 Helse – helsefremming.....	51
6.3 Frisklivssentralen som arena	55
7.0 Avslutning og tanker for videre forskning	57
Litteraturliste	58
Vedlegg	63

1.0 Innledning

Målet med folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen, altså å styrke det som bidrar til bedre helse og svekke det som medfører helserisiko gjennom påvirkning av levekår og levevaner (Helsedirektoratet, 2010, a, s. 20).

Helseproblemer som muskel- og skjelettlidelser, overvekt og fedme, og ulike krefttyper er et betydelig folkehelseproblem, og det er stadig økende i Norge og resten av den vestlige verden. Ekspertene regner med at omkring 30 % av kreftforekomsten henger sammen med kostholdsfaktorer, og den største muligheten for å påvirke kreftforekomsten er gjennom endring av folks levevaner. Det sies at det mest utbredte helseproblemet i Norge er muskel- og skjelettplager, og en forebyggende strategi er allsidig bruk av kroppen og en sunn livsstil (Mæland, 2010). Overvekt er en livsstilssykdom som rammer stadig flere, og øker også risikoen for en rekke kroniske sykdommer, som blant annet diabetes, hjerte- og karsykdommer og kreft (Donovan & Sletteland, 2012).

Mæland (2010) uttrykker at vi fra naturens side, er skapt til bevegelse. Men for å opprettholde livet er ikke det moderne mennesket i dag avhengig av fysisk styrke og utholdenhet. Mennesker bruker stadig mer tid foran TV-skjermen, bilbruken øker, hverdagsoppgavene automatiseres, og til og med jobben krever mindre fysisk innsats i våre dager. Denne samfunnsutviklingen resulterer i en økende inaktivitet, befolkningens form svekkes og gjennomsnittsvekten stiger (Mæland, 2010).

Helse- og omsorgsdepartementet (2005) uttrykker at fysisk aktivitet kan være en kilde til helse og trivsel. For voksne og eldre uttrykker de at det også kan være en kilde til avkobling, sosialt samvær, følelse av mestring og glede av å være i god form. For å oppnå økt fysisk aktivitet i befolkningen mener de at lokale lavterskeltilbud, og å motivere til en aktiv livsstil er nødvendige tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Etablering av frisklivssentraler bygger på St.meld. 16 (Helsedepartementet, 2002) og grønnresept- ordningen hvor legene kunne foreskrive intervensjon som fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt isteden for medisiner til pasienter med høyt blodtrykk eller diabetes 2. Legene savnet instanser å henvise til for slike tiltak og Helsedirektoratet etablerte utprøving av mottakssentraler i 5 fylker. Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010 (Helsedirektoratet, 2010, b) ber kommunene etablere og utvikle lavterskeltilbud med lærings- og mestringsaktiviteter på levevaneområdet for eksempel i form av frisklivssentral.

En frisklivssentral er en kommunal helse- og omsorgstjeneste og det finnes om lag 150 kommuner i Norge som har etablert slike sentraler. Man trenger ikke å være syk eller ha en diagnose for å være deltaker ved en frisklivssentral, men målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for, eller begynnende utvikling av sykdommer eller lidelser som kan relateres til levevaneområdene. Basistilbudet ved frisklivssentralen er frisklivsresepten. Frisklivsresepten gir tilgang til et tidsbegrenset, strukturert veilednings- og oppfølgingstilbud som starter og avsluttes med en helsesamtale. Flere steder vil man også få mulighet til å teste den fysiske formen. Oppfølgingsperioden har en varighet på tolv uker, og målet med intervensjonen er å bidra til endring og mestring. Frisklivssentralen samarbeider også med frivillige, offentlige og private aktører og skal ha god oversikt over lokale tilbud, slik at man kan opprettholde gode levevaner også etter endt periode ved frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2013).

På frisklivssentralen som denne studien er basert på, var det to treningen i uken som deltakerne kunne delta på. Den ene treningen foregikk ute der deltakerne trente intervalltrening i oppoverbakke. De gikk eller løp det de følte de selv klarte, og etter fire minutter blåste fysioterapeutene i en fløyte for å signalisere at de skulle bevege seg ned igjen og ta pause. Dette gjentok de fire ganger, før de avsluttet med felles uttøyning i bunnen av bakken. Før de startet intervallene hadde de også en felles oppvarming. Været satte ingen grenser for å utføre denne utetreningen, og på vinteren gikk de på truger. Den andre treningen i uken var inne på frisklivssentralens lokaler. Der hadde de også en felles oppvarming og avslutning som ble ledet av fysioterapeutene. I treningsrommet var det mange ulike apparater, tredemøller, sykler og matter som deltakerne kunne bruke fritt. Alle deltakerne hadde sitt eget treningsprogram som de fulgte. Fysioterapeutene var der under hele treningen, slik at deltakerne kunne spørre om det var noe de lurte på. Fysioterapeutene

hadde også noen felles gruppetreninger i treningsrommet, som en variasjon til innetreningen. Dette var frivillig å delta på.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne studien er å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser deltakerne sitter igjen med etter reseptperioden. Målet med frisklivsresepten er å gi deltakerne større tillit til egen mestring, slik at de endrer helseatferd. Opprettelsen av frisklivssentraler er forholdsvis nytt, og jeg synes dermed det er viktig å få frem deltakernes erfaringer og opplevelser. Siden det nettopp er deltakerne som drar nytte av tilbudet, er det viktig å få frem hva de synes blir gjort bra, og hva som eventuelt kan gjøres bedre.

Problemstilling:

Hvordan opplever deltakerne at reseptperioden ved en frisklivssentral bidrar til økt motivasjon rundt en livsstilsendring?

1.3 Min forforståelse

Forforståelsen som jeg tok med meg inn i arbeidet med denne studien var ikke så stor. Første introduksjon til temaet frisklivssentral fikk jeg i undervisningssammenheng første året på denne masterutdanningen. Etter en kort introduksjon til temaet, fant jeg ut at dette virket interessant og jeg ønsket derfor å utforske mer rundt hva en frisklivssentral kunne tilby og hvordan intervensjonen var.

Jeg har heller ingen erfaring i forhold til arbeid med kronisk syke mennesker, eller atferdsendring. Men gjennom seks år med utdanning innen idrett- og helsefag, så har jeg lært mye i forhold til teorien rundt motivasjon og atferdsendring. Og denne kunnskapen og de oppfatningene jeg har rundt teorien, vil være med på å forme min forforståelse av temaet. Denne forforståelsen har også påvirket valg av tema og hvordan studien har blitt gjennomført.

2.0 Tidligere forskning

2.1 Litteratursøk

Det er søkt i databasene BIBSYS Ask, Helsebiblioteket og Helsedirektoratet. Emneord som ble benyttet var 'livsstilsendring', 'frisklivssentral', 'resept', 'fysiotek', 'mosjon', 'fysisk aktivitet', 'trening', 'inaktivitet', 'lavterskeltilbud' og kombinasjoner av disse. Engelsk søk ble gjort i EbscoHost og emneord som ble benyttet var 'physical activity', 'prescription', 'follow-up', og kombinasjoner av disse.

Søkene ble utført i august/september/oktober 2012. Nytt søk ble gjort i begynnelsen av mai 2013, men det kom ikke frem noe ny forskning som var relevant.

2.2 Tidligere forskning

Arbeidsrapporten "Ein resept å gå for" er basert på et oppdrag gjennomført for Helsedirektoratet. Det er en studie av utviklingsprosessen rundt utviklingen av de lokale variantene av "reseptordningen". Utviklingsarbeidet omfatter i alt 32 kommuner fordelt på fem fylker. I resultatet kommer det frem at mange brukere er fornøyde med oppfølgingen de får i reseptperioden, og at de er mer aktive i etterkant av reseptperioden. Funnene som trekkes frem i denne studien er at gruppetreningene er varierte, motiverende og tilpasset deltakerne. Det trekkes frem at deltakerne får et sosiale utbytte av gruppetreningene, at treningen blir en sosial møteplass og gruppen bidrar til at deltakerne føler en positiv forpliktelse. Mange av deltakerne føler at ordningen var positiv, men det trekkes også frem at noen føler at gruppetreningen ikke passer for alle. Noen av deltakerne følte også at de trengte tettere oppfølging, og flere uttrykker at arbeidssituasjonen har skapt vansker i forhold til å gjennomføre treningen. Deltakernes erfaringer av reseptperioden kommer frem via spørreundersøkelser og via gruppeintervju. Det kommer også frem at ordningen i større grad når personer som er motiverte for endring, enn de som er inaktive. Evaluering har vurdert frisklivssentralordningen som vellykket, men synliggjør behov for videre utvikling av tilbudet (Båtevik m. fl.2008).

”Trening på resept” er en masteroppgave som evaluerer et kommunalt tremåneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til trening på resept. Ett tusen og trettisyv deltakere ble inkludert i en prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging, som skulle evaluere korttids- og langtidseffektene av trening på resept i 14 kommuner i Buskerud og Nordland i perioden 2006 - 2007. Det var ingen kontrollgruppe. Videre var formålet å kartlegge karakteristika ved personer som ble rekruttert til programmet og personer som fullførte. Det ble rekruttert flest kvinner til studien, to tredjedeler var lavt utdannet, og 80 % var overvektige. Gjennomsnittsalderen var 50 år. Funnene viser at deltakere som gjennomførte gå-test ved programstart og programslutt kom i signifikant bedre form i løpet av tre måneders livsstilsprogram. Ved ett års oppfølging var det over halvparten av respondentene som trente tre timer eller mer og en liten prosentdel som trente en time eller mindre per uke. Videre viser funnene at deltakerne forbedret kondisjonen, og det gjennomsnittlige selvrappørterte fysiske aktivitetsnivået økte fra programstart til programslutt. Studien viser også at dette ble opprettholdt ett år etter programdeltakelse. I tillegg viser funnene i studien at én av fire deltakere var i forberedelses stadiet med hensyn til motivasjon for endring av fysiske aktivitetsvaner, mens en tredjedel befant seg i stadiet for handling ved oppstart av programmet. Ved programslutt var de fleste havnet i handling- eller vedlikeholds stadiet. Totalt 77 % av deltakerne gikk minst ett stadie videre i prosessen ved atferdsendring. Studien fant også ut at andel sykemeldte ble signifikant redusert ved programslutt. Fullføring av programmet hadde ingen signifikant sammenheng med kjønn, KMI eller utdanning. 80 % av deltakerne fullførte programmet, og det var like stor andel av kvinner og menn som fullførte (Blom, 2008).

Det er gjort en evaluering av fysisk aktivitet på resept i fire kommuner i Nordland og Buskerud i perioden 2008 – 2009. Dette er den første effektevalueringen av trening på resept i Norge. Det er en intervensjonsstudie der 90 pasienter deltok, og evalueringen baserte seg på tre sett av data: data fra fysiske tester, data fra frisklivs- og fysaksentralene der pasientene trente og mottok kostveiledning, og data fra pasientene selv via spørreskjema. Det var dobbelt så mange kvinner som menn som ble henvist til trening på resept, og omtrent halvparten av disse var over 50 år. Deltakerne ble delt i to grupper, der halvparten ble rekruttert til fysakgruppen, der lekbasert trening var i fokus, mens den andre halvparten gjennomførte intervalltrening og styrketrening etter 4x4-prinsippet. Deltakerne som deltok i intervalltreningen rapporterte bedre helse og livskvalitet, og i tillegg hadde de dobbelt så stor treningseffekt enn de som deltok i fysakgruppen. Pasientene ble gjennom fysiske tester,

spørreskjema og intervju analysert tre ganger: før treningen og kostveiledningen startet, etter behandlingens avslutning, og til slutt ett år etter behandlingen startet.

Funnene viser at den aerobe 4x4 intervall treningen, var dobbelt så effektiv i henhold til utholdenhet. De fant også ut at pasientene gikk ned i vekt og bedret sin fysiologiske arbeidskapasitet i form av styrke og utholdenhet. I løpet av treningsperioden hadde begge treningsgruppene signifikant bedring på alle funksjonsvariablene i COOP/WONKA skjemaet, og 4x4-gruppen viste en signifikant høyere skår når det gjaldt ”sosial aktivitet” , ”bedre/dårligere helse” og samlet helsetilstand. Funnene i denne studien viser også at fysakgruppen ble 5 år ”fysiologisk yngre”, mens 4x4-gruppen ble hele 10 år ”fysiologisk yngre” (Helgerud & Eithun, 2009).

Slik det ser ut så bygger mye av den tidligere forskningen på evalueringer av frisklivssentralen (korttids- og langtidseffekter) og resultater i forhold til vektnedgang og bedring av den fysiologiske arbeidskapasitet i form av kondisjon og styrke. Det ser ut til at det er gjort mindre kvalitativ forskning som er rettet mot brukernes opplevelser og erfaringer rundt frisklivssentralen og reseptperioden. Båtevik m.fl. (2008) undersøker til dels dette, men hovedfunnene rundt deltakernes erfaringer kom frem via kvantitative data. Dette synliggjør behovet for kvalitativ forskning rundt ordningen, slik at man kan få en dypere innsikt og forståelse i hvordan deltakerne opplever frisklivssentralen.

3.0 Teori

Gjennom dette kapitlet presenteres studiens teoretiske perspektiver. Først presenteres mitt folkehelseperspektiv, hvor helsebegrepet, helsefremmende arbeid og empowerment trekkes frem. Videre presenteres teori rundt motivasjon og mestring, og tilslutt legges det frem teori om å påvirke atferd og livsstil, der Banduras sosial kognitiv presenteres.

3.1 Folkehelseperspektiv

Med folkehelse menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (Folkehelseloven, 2010). Folkehelse slik jeg ser det, handler om tiltak som kan gjøre det lettere for mennesker å etablere og opprettholde gode helsevaner. Man må fokusere på årsakene til hvorfor helsetilstanden er som den er i befolkningen, og på tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom.

I følge Pellmer m.fl. (2012, s. 14) er folkehelse *”et begrep som beskriver helse, sykdom og dødelighet samt levevaner, helserisiko og beskyttende faktorer for helse i ulike befolkningsgrupper”*. Videre uttrykker de at begrepet inkluderer mønstre av forskjeller i helse mellom ulike grupper i samfunnet, og ikke bare summen av enkeltpersoners helse (Pellmer m.fl., 2012).

Frem til nå har folkehelsearbeidet lagt størst vekt på de sykdomsgruppene som bidrar mest til dødeligheten i befolkningen. Selv om dette arbeidet har gitt gode resultater og fortsatt er viktig, blir det mer og mer klart at vi må interessere oss mer for de kroniske helseplagene som folk lever med, og som belaster behandlingsapparatet og trygdesystemet mest (Mæland, 2010). Noen av disse kroniske helseplagene som folk lever med og som er med å påvirke helsetilstanden i befolkningen, er overvekt og fedme. Hverdagsaktivitet som for eksempel å sykle til jobb i stedet for å ta bilen, er et eksempel på helseatferd som har betydning for folkehelsen.

Gjennom arbeid med folkehelse skal man styrke verdier som gir det enkelte mennesket og grupper muligheter for ansvar, mestring, delaktighet og kontroll over sitt eget liv. Noen av prioriteringene for folkehelsen er å redusere sykdomsforekomsten, og når det kommer til fysisk aktivitet mener Hardmann & Stensel (2009) at dette vil kreve en populasjonsbasert strategi som øker aktiviteten på tvers av alle sektorer. Å skape aktivitetsfremmende bo- og nærmiljøer som kan bidra til å gjøre det lettere for mennesker å ta positive helsevalg, er en av folkehelsearbeidets viktigste utfordringer (Donovan & Sletteland, 2012).

3.1.1 Positiv helse

I følge Fugelli & Ingstads (2009) studie om folks helseoppfatning kommer det frem at mennesker ser på sin egen helse med et helhetlig perspektiv. Det er altså flere dimensjoner av helse, både det fysiske, det psykiske og det sosiale, som ser ut til å være viktig for folks oppfatning av egen helse, og hva som påvirker den.

I 1948 definerte verdenshelseorganisasjon (WHO, 1948) helse på følgende måte:

A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.

Denne definisjonen inkluderer fysisk, sosialt og mentalt velvære, noe som belyser folks egen oppfatning av helse. Selv om dette er en utvikling fra tidligere definisjoner, er WHOs helsebegrep blitt kritisert for å være uopnåelig og upraktisk når det kommer til kravet om fullstendig velvære (Medin & Alexanderson, 2000). Jensen & Johnsen (2000, s. 5) definerer helse som:

*En følelse av livsmot og livsglede og evnen til å mestre (hverdags)livets ulike situasjoner.
Helse er en følelse av sammenheng, dvs. en følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfylthet.*

Definisjonen over bygger på Antonovskys (1987) teori om salutogenese. Antonovsky var opptatt av hva som skaper helse, og han rettet fokuset mot individets sterke sider og motstandsressurser som kan fremme mestring. I følge Antonovsky vil grad av helse være knyttet til den enkeltes subjektive opplevelse av sammenheng i livet og de motstandsressursene en besitter. Begrepet "sense of coherence" eller "opplevelse av

sammenheng” inneholder begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfull, og i følge Antonovsky så er dette den enkeltes ressurser i møte med motgang og stressende situasjoner (Antonovsky, 1987).

Hjort (1994, s. 95) definerer helse som *”å ha overskudd i forhold til hverdagens krav”*. Her tenkes helse mer som en evne til å fungere eller mestre. Helse forstås her som en ressurs som gir mennesker styrke til å fungere og motstandskraft til å stå i mot påkjenningene man utsettes for gjennom livet.

Vi lar oss påvirke av miljøet vi er en del av og miljøet har betydning for hvilke helseatferd man har, og dermed også hvilke helse man utvikler. Utgangspunktet verdens helseorganisasjon (WHO, 1986) har for å fokusere på lokalsamfunnet er nettopp at: *”helse skapes der folk bor, arbeider, leker og elsker”*. Helsen og livet formes der vi er og i de mellommenneskelige forhold man er en del av, og ved å være i stand til å ta beslutninger og ha kontroll over sin egen livssituasjon (WHO, 1986).

3.1.2 Helsefremmende arbeid

Det at helse blir sett på som en ressurs og ikke målet med livet, er forenelig med det helsefremmende arbeidets syns på helse. Folkehelsearbeidet har, som sagt, tradisjonelt handlet om å forebygge sykdom. Den nye folkehelse tilnærmingen vektlegger derimot forskjellige tilnærminger med hensyn til hva som påvirker og bestemmer folks helse, og hvordan levekår og livsstil influerer på helse. Den nye folkehelsen anerkjenner behovet for å mobilisere ressurser og skape helsefremmende omgivelser, og det er mer orientert mot ressurser, helhetstenkning, helsefremming og salutogenesetenkning (WHO, 1998).

I 1986 i Canada ble den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid holdt, og Ottawa charteret ble utformet. I charteret defineres helsefremmende arbeid som *”prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse”* (WHO, 1986). En viktig forutsetning for det helsefremmende arbeidet er at folk selv er villige til å gjøre noe. Å styrke de positive faktorene for helse og bidra til større likhet i helse er tiltak som det helsefremmende arbeidet tar sikte på (Mæland, 2010). Det helsefremmende arbeidets mål er å kombinere tilnærminger som ser mer på sosiale determinanter, med en forpliktelse om å legge til rette for å styrke individ og lokalsamfunn (Mittelmark m.fl., 2012).

I følge Ottawa charteret (1986) fokuserer det helsefremmende arbeidet på å oppnå rettferdig helse, og det inkluderer et sikkert fundament i et støttende miljø, tilgang til informasjon, og ferdigheter og muligheter for å gjøre sunne valg. Et helsefremmende tiltak er å gjøre at mennesker bli klar over hvilke helsemessige konsekvensene valgene de tar har, og gjøre slik at de tar ansvar for egen helse. Målet med helsefremmende tiltak er å gjøre de sunne valgene til de enkle valgene (WHO, 1986).

I dagens samfunn foreligger det ulikheter når det kommer til den enkeltes evne og mulighet til å påvirke egen helse, og det er heller ikke gitt at en person har de ressurser og ferdigheter som kreves for å kunne ivareta egen helse. Determinant betyr bestemmende for, og man kan dermed oversette helsedeterminanter til det som bestemmer eller påvirker helsen vår (Larsen, 2012). Målet i helsefremmende arbeid er å påvirke og styrke de positive helsedeterminantene og legge til rette for at flertallet får ta del i de faktorene som påvirker den positive helsen (Donovan & Sletteland, 2012).

Det helsefremmende arbeidet tar utgangspunkt i de faktorene som kan styrke ressursene for god helse, og bygger på en demokratisk medvirkning fra dem det angår. Ideen om at den enkelte og lokalsamfunnet må ha makt og kontroll over helsen, står sentralt i det helsefremmende arbeidet (Mæland, 2010).

Som jeg nevnte tidligere så skapes og utvikles helse i hverdagslivet, der folk bor, lever og arbeider. Empowerment som middel og mål i å oppnå helse er grunnholdningen i det helsefremmende arbeidet, og i dette ligger et menneskesyn om at mennesker er i stand til å ta vare på egen helse hvis de gis de rette forutsetningene (Donovan & Sletteland, 2012). Mæland (2010) mener at løsningen på fremtidens helseproblemer ikke ligger i å bygge ut dyre helsetjenester, men i å satse på enkle, lokalt tilpassende forebyggende tiltak gjennom et samarbeid mellom befolkningen og primærhelsetjenesten.

3.1.3 Empowerment

Empowerment er et sentralt begrep innenfor det helsefremmende arbeidet. Det finnes mange forsøk på oversettelse av begrepet til norsk, men i de aller fleste tilfellene blir det vanskelig uten å redusere innholdet. Selv om det er vanskelig å oversette begrepet, så hviler det på et grunnleggende positivt menneskesyn. Med empowerment forstås mennesket som et aktivt handlende subjekt som kan og vil sitt eget best, hvis forholdene legges til rette for det (Strøm & Fagermoen, 2011). Verdens helseorganisasjon (WHO, 1998) mener at empowerment i helsefremmende arbeid er *”en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse”*.

Askheim (2007) uttrykker at man kan se på empowerment som en prosess som inneholder begrepene styrke, makt og kraft. Vi vil alle føle oss sterke og kraftfulle, vi vil alle ha innflytelse, og vi vil alle ha både makt og kontroll over livene våre. Empowerment fører også tankene våre mot egenskaper som selvtillit, sosial støtte, stolthet, egenkontroll, kompetanse og deltakelse. Empowerment kan ses på som en strategi for å gi en støtte på veien til å ta ansvar for egne liv (Askheim, 2007).

Det finnes tre prinsipper som er særlig viktige i empowermentttenkningen; medvirkning, at brukeren ser på seg selv som ekspert og maktfordeling (Tveiten, 2008). I empowermentttenkningen ønsker en å involvere de aktuelle gruppene i alle fasene av det helsefremmende arbeidet, i stedet for å basere tiltakene på hva ekspertene mener er best. Ved å gjøre dette skapes det ofte selvforsterkende sosiale prosesser, som igjen er med på å skape økt selvfølelse, identitet og tilhørighet (Mæland, 2010).

Empowerment gir økt mulighet til å ta kontroll over forholdene i dagliglivet og nå egne mål som bedrer den generelle daglige livskvalitet. Dette vil si at individet blir mer bevisst på hvordan det skal vinne eller gjenvinne makten over sitt eget liv, og hvem som kan hjelpe i dette arbeidet (Wormnes & Manger, 2005). Askheim (2012) mener at empowerment knyttes til individer som har vært eller er i en avmaktssituasjon og hvordan de kan komme ut av denne avmakten. Å styrke de avmektige slik at de kan få økt selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter, vil være utgangspunktet.

Empowerment på individnivå handler om prosesser som har til hensikt å øke individets kontroll over sitt eget liv, og målet er å få frem individer med selvtillit, bedre selvbylde, og økte kunnskaper og ferdigheter. Empowerment styrker evnen til å ta effektive og selvstendige valg, og det vil gi økt mulighet til å ta kontroll over forholdene i dagliglivet. Økt empowerment vil føre til at mennesker i større grad tør å stole på sin egen magesfølelsen og intuisjon (Wormnes & Manger, 2005).

3.2 Motivasjon og mestring

Motivasjon defineres gjerne som det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder denne aktiviteten ved like, og det som gir den mål og mening. Motivasjon står derfor helt sentralt når det gjelder å forstå menneskelig atferd (Imsen, 2005, s. 375).

Motivasjon stammer fra det latinske ordet *motivius*, som betyr ”som setter i bevegelse”. Begrepet er også beslektet med ordet *mosjon* som kommer av det latinske ordet *movere*, som betyr å bevege. Motivasjon kan fortelle noe om en disposisjon eller tilstand hos mennesket i forhold til en atferd eller aktivitet, og motivasjon er de kreftene som forårsaker aktivitet hos en person, og det som holder aktiviteten ved like (Lillemyr, 2007).

Deltakere ved en frisklivssentral er avhengig av å ha motivasjon for å gjennomføre en tremåneders reseptperiode. Deltakeres motivasjonen kan være så mangt, de kan ha ønske om å gå ned i vekt, endre livsstilen sin, slutte å røyke, eller trene sammen med en gruppe for å være sosial. Det finnes nok helt sikkert flere årsaker, og gjennom intervjuer ønsker jeg å finne ut hva som motiverer deltakerne til en livsstilsendring og om motivasjonen endrer seg gjennom reseptperioden.

I følge Lillemyr (2007) er motivasjon det som ligger bak atferden vår, og han mener motivasjon er viktig fordi den styrer så mye av det vi mennesker foretar oss. Det er også et komplekst fenomen fordi det hører med sider ved mennesket som vi ikke kan se. Selv om dette gjør det vanskelig å utforske, kan man studere en rekke utslag eller konsekvenser av motivasjon for å lære mer om fenomenet. Det er også viktig å ha kunnskap om motivasjon, kanskje spesielt for de som har ansvar for å motivere andre, slik som fysioterapeutene ved frisklivssentralene har (Lillemyr, 2007).

En av betingelsene for å lykkes med en livsstilsendring er motivasjon. Hvis motivasjonen er til stede, vil vedkommende dermed ha den drivkraften som skal til for å få til en endring. Hvis motivasjonen derimot mangler, vil sannsynligheten for ending være minimal. Det skiller ofte mellom indre og ytre motivasjon. *"Indre motivasjon er den naturlige tendensen til å oppsøke og overvinne utfordringer når vi forfølger personlige interesser og utvikler våre ferdigheter"* (Woolfolk, 2004, s. 275). Man behøver ingen belønning eller straff når det kommer til indre motivasjon. Dette er fordi det å drive på med aktiviteten er en belønning i seg selv, og når man er indre motivert for å gjøre noe trenger man ikke mer belønning enn det. De som er indre motivert er som oftest de som gir mest når man er i fysisk aktivitet og ønsker å forbedre egne ferdigheter. For å styrke den indre motivasjonen, er det viktig å finne mening med livsstilsendringen.

Ytre motivasjon er derimot når motivasjonen er skapt av eksterne faktorer som belønning eller straff (Woolfolk, 2004). Da er man ikke interessert i oppgaven, men bryr oss bare om hvilken gevinst den vil gi oss. Den ytre motivasjonen har sjelden langvarig effekt, selv om det ikke er uvanlig at folk forsøker å endre vaner fordi andre ønsker det. Dersom man ikke ser verdien eller ønsker selv å endre livsstil, er det nytteløst å få noen til å endre vaner (Donovan & Sletteland, 2012).

I følge Wormnes & Manger (2005) vil motivasjonen vår også påvirkes av hvilke mål vi setter oss, og det vil ha stor betydning å klargjøre denne målformen. Spesifikke delmål vil for eksempel være lettere å nå enn generelle langtidsmål. Belønningen som opprettholder motivasjonen kommer hver gang man lykkes, og kan virke selvmotiverende. Det viser seg at definerte mål har en positiv effekt på den enkeltes motivasjon, og derfor blir det viktig å sette seg klare mål hvis man ønsker å endre levevaner. Det "å bli sett" er også en viktig motivasjonskilde. Å få bekreftelse på at det en gjør er godt og riktig, kan gjøre underverker. Jo større tro vi har på oss selv, jo større er sjansene for at vi når våre ønskede mål (Wormnes & Manger, 2005).

I tillegg til å bli sett, så er følelsen av å være kompetent en viktig side ved motivasjon. Det sentrale drivet bak anstrengelsen er at man har tro på at man kan mestre og klare utfordringer. Det å være kompetent bidrar til en sterk indre tilfredsstillelse enten rett etter, eller i forbindelse med at man klarer utfordringen (Lillemyr, 2007).

Et begrep som er viktig for at personer skal mestre sitt liv og sin helse ut i fra tro på og bruk av egne ressurser, er mestringshjelp. Mestringshjelp kan nemlig innebære å legge til rette for at individet nettopp oppdager egne muligheter og tror på dem. Empowerment kan også relateres til mestring og mestringshjelp (Tveiten, 2008).

Hvis man har tro på at man kan mestre en oppgave vil dette medføre en rekke positive konsekvenser, og hvis man har stor mestringstro vil man også prøve hardere og holde på lengre med å prøve dersom man møter motstand. Å være menneske innebærer å ha ønsker å mål, og det vi gjør gjennom livet er rettet mot å oppnå disse målene og ønskene. Det er derfor viktig at vi har følelsen av å ha kontroll over oppnåelsen av dem (Espnes & Smedslund, 2009).

3.3 Å påvirke atferd og livsstil

At sunne levevaner vil forlenge livet og at gode helsevaner er forbundet med høyere livskvalitet og bedre funksjonsevne på en rekke områder, er noe som er allment kjent. Og ut i fra dette skulle man tro at det å motivere folk til å leve sunt og trygt var lett, noe som det ikke er. Det å leve en sunn livsstil kan komme i konflikt med det å leve godt i øyeblikket, og dette kan være noe av problemet med å motivere seg til en endring (Donovan & Sletteland, 2012).

Når man først har etablert et atferdsmønster er det ofte stor innsats som skal til for å endre dette, og endringsprosessen skjer gjerne gjennom visse stadier. En av de mest populære modellene for atferdsendring er Prochaska & DiClementes (2008) transteoretisk modell.

Denne modellen er et rammeverk for å forstå endringsprosessen hos mennesker, og den utfolder seg over tid med fremgang gjennom en serie av seks stadier. Disse stadiene er; Før-overveieelse, overveieelse, forberedelse, handling, vedlikehold og avslutning. For å fullføre en atferdsendring må man gjennom alle stadiene, men dette foregår sjeldent på en lineær måte. Ofte blir man værende på et stadie over lenge tid, og man kan også få tilbakefall, som gjør at man kanskje må begynne på nytt (Prochaska m. fl., 2008).

Prochaska m. fl. (2008) mener at menneskers psykologiske beredskap i form av viljenivå, motivasjon og preferanse for å endre atferd, samsvarer med det stadiet de befinner seg på. Etter hvert som en beveger seg gjennom de ulike stadiene vil den nye atferden gradvis

integreres, og den uheldige helseatferden vil få mindre kraft eller avlæres. Det er avgjørende at den enkelte opplever atferdsendringen som fordelaktig for å komme seg fra før-overveielsesfasen til overveielsesfasen, og ulempene med atferdsendringen må reduseres for at den enkelte skal kunne komme seg videre til handlingsfasen. Det å tro på at man skal klare å gjennomføre intensjonen og holde fast ved troen på egen mestring, vil være viktig i å lykkes med handlings- og vedlikeholdsfasen (Prochaska m. fl., 2008).

3.3.1 Sosial kognitiv teori

Donovan & Sletteland (2012) sier at det grunnleggende i kognitive modeller er at følelser, tanker, atferd og kroppslige reaksjoner virker gjensidig inn på hverandre.

Albert Banduras (1997) sosiale læringsteori, som tar utgangspunkt i at det er sammenheng mellom atferd, kognitive faktorer og påvirkninger fra omgivelsene, er den mest utbredte teorien når det gjelder atferdsendring. Et viktig begrep innenfor sosial kognitiv teori er mestringsforventning. Hvis en person har tro på at han/hun skal klare å mestre en utfordring, vil sjansene øke for at han/hun vil klare det en setter seg mål om. Det kreves også at personen har forventninger til resultater, altså tiltro til at denne atferden fører til ønsket mål (resultatforventning). Når personers tro på egen mestring øker, vil også intensjonen om å gjennomføre atferden øke, og det er mer sannsynlig at atferden gjentas og integreres som handlingsmåte (Bandura, 1997).

Mestringsforventningene personen har vil påvirke både beslutningen og gjennomføringen av handlingen, mens resultatforventningen primært vil påvirker motivasjonen til å handle. Om personen har en positiv mestringsforventning vil det gjøre at han/hun anstrenger seg hardere for å gjennomføre beslutningen sin, selv om det koster slit og prøvelser. Når man skal forsøke å endre inngrodde vaner eller atferd som har ført til kroppslig avhengighet, slik som overvekt og dårlige levevaner som personer som deltar ved en frisklivssentral ofte har, er mestringsforventning av særlig betydning (Bandura, 1986).

Det er finnes flere måter å påvirke mestringsforventningen til mennesker. Ofte bygger vi oppfatningene våre på egne og tidligere erfaringer, men opplevelser av å lykkes er det mest effektive for å styrke forventningen om å mestre en gitt atferd. Når man skal forsøke å endre en atferd, noe som er målet til frisklivssentralen, er det viktig å ikke gape over for mye på

kort tid, da negative erfaringer vil redusere mestringsforventningene. For å bygge opp forventningene om å kunne mestre ytterlige endringer, vil små steg i riktig retning som sikrer positive mestringsopplevelses være bra (Mæland, 2010).

4.0 Metode

Gjennom dette kapitlet presenteres den metodiske fremgangsmåten som ble benyttet for denne studien. Først vil jeg begrunne mitt valg av forskningstilnærmingen og deretter vil jeg gi en kort presentasjon av det kvalitative forskningsintervju som datainnsamlingsmetode. Videre vil jeg presentere den praktiske gjennomføringen av studien, der jeg redegjør for fremgangsmåten i arbeidet med fremskaffelse av data. Dette omfatter forberedelser, rekruttering av informanter, gjennomføring av intervjuene, transkripsjonen og dataanalysen. Kapitlet vil avsluttes med forskningsetiske overveielser ved studiens gjennomføring.

4.1 Kvalitativ forskningstilnærming

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. Målet med de kvalitative metodene er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng. Ved å bruke kvalitative metoder kan man få vite mer om menneskelige egenskaper i form av erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og man kan spørre etter meninger og betydninger av hendelser og atferd. På denne måten kan jeg styrke min forståelse av hvorfor intervjupersonene gjør som de gjør (Malterud, 2011).

Fordelene med kvalitativ forskning er at forskeren kan gå i dybden når og hvis det er nødvendig, noe som gir en bedre mulighet for helhetsforståelse. Det gir også mulighet for intervjuobjektene å utdype sine meninger, og det gir også store muligheter for oppfølgingsspørsmål fra både intervjuobjekt og intervjuer. Det kan dermed oppstå ny og nyttig informasjon, noe man ikke får mulighet til i en kvantitativ metode (Larsen, 2007).

De kvalitative forskningsmetoder har sitt vitenskapsteoretiske grunnlag i fenomenologien og hermeneutikken. Fenomenologi kan beskrives som *”læren om det som kommer til syne og viser seg”* (Thornquist, 2003, s. 83), og den retter oppmerksomheten mot verden slik subjektet erfarer den. Subjektiviteten anses som en forutsetning for å kunne forstå, og er sentral i fenomenologien. Hermeneutikk handler om fortolkningslære og retter spørsmål mot forståelse og fortolkning. En sentralt grunntanke i hermeneutikken er begrepet fordom. Med fordom menes den forforståelsen eller bakgrunnskunnskap man møter fenomener med. Gilje

& Grimen (1995) mener at forforståelse er et nødvendig vilkår for at forståelse skal være mulig. Grunnen til dette er at når man skal fortolke et meningsfullt fenomen må man starte med visse ideer om hva man skal se etter. Uten disse ideene vil ikke undersøkelsen i utgangspunktet ha noen retning, og man vil heller ikke vite hva man skal rette oppmerksomheten mot. Man vil alltid møte fenomener med en tankemessig og erfaringsmessig forforståelse som vil påvirke det vi forstår og det vi fortolker.

Det begrepet som kanskje er mest kjent innenfor hermeneutisk tradisjon er ”den hermeneutiske spiral”, som peker på forbindelser mellom det vi skal fortolke, forforståelsen og den sammenhengen eller konteksten det må fortolkes i. Man forstår altså deler ut i fra helhet og helhet ut i fra deler, og i forsøket på å forstå gjennomgår man en dynamisk erkjennelsesprosess. Hver gang vi forstår en del av fenomenet vil det påvirke vår forståelse av helheten. På denne måten vil vår helhetsoppfatning sette delene i et nytt lys, som igjen påvirker helheten, og vil bidra til økt forståelse (Gilje & Grimen, 1995).

Denne studien vil innebære en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming, det vil si at jeg retter bevisstheten mot deltakernes livsverden og forsøker å tillegge den mening gjennom fortolkning.

4.2 Det kvalitative forskningsintervju

Kvale & Brinkmann (2009, s. 43) sier at formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er ”å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv”. For denne studien er det kvalitative, semistrukturerte forskningsintervjuet valgt. Denne formen for intervju blir brukt når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver, og den søker å hente inn beskrivelser av intervjupersonens livsverden og fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Det at intervjuet er semistrukturert betyr at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men at den utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte tema (Kvale & Brinkmann, 2009).

Gjennom intervjuet var ønske mitt at intervjupersonen delte sine erfaringer og opplevelser med reseptperioden, slik at jeg videre kunne gjøre en fortolkning av det som kom frem. Valg

av datainnsamlingsmetode for studien er gjort for å få et innblikk i intervjupersonenes erfaringer, fortellinger, opplevelser og følelser, for å se dette fra intervjupersonenes side.

I det kvalitative intervjuet er det samspillet mellom intervjuperson og intervjuer som gir resultatene, og som intervjuer måtte jeg bestrebe en bevisst naivitet i mitt fokus på informantens livsverden. Som Malterud (2011) sier så er det en kunst å være tilstrekkelig åpen og fokusert på samme tid. Under intervjuene ønsket jeg å få frem gode beskrivelser, samtidig som jeg var forberedt på at det som i første omgang kunne oppfattes som en avsporing, kunne bli viktig å utforske ytterligere. Kvale & Brinkmann (2009) mener det er viktig at forskeren legger merke til de spesifikke beskrivelsene, og prøver å få intervjupersonen til å nyansere beskrivelsene sine. Noe som gjenspeiler seg i intervjuets formål som er å tolke meningsinnholdet i de sentrale temaene som kommer frem.

4.3 Intervjuguide

Intervjuguiden er semistrukturert og det innebærer at den fremhever bestemte tema og forslag til spørsmål. Noe av intensjonen ved å bruke semistrukturert forskningsintervju er å åpne for endringer underveis. Intervjuene startet med en kort briefing der jeg forklarer formålet med intervjuet, hva lydopptakeren skulle brukes til og avklarte eventuelle spørsmål fra deltakeren. Første spørsmål ble stilt for å få informasjon om alder, kjønn, familie, sivilstatus, yrke, utdanning og hvor lenge siden deltakeren avsluttet reseptperioden.

Jeg har valgt å lage en mest mulig åpen intervjuguide, og jeg som masterstudent var interessert i å finne ut mer om hvordan personer som deltar på en frisklivssentral opplever og erfarer tiden før reseptperioden, under reseptperioden og etter reseptperioden. Som det kommer frem av intervjuguiden har jeg valgt å lage et innledende spørsmål i fulltekst, til hver av de tre temaene (vedlegg 1). I tillegg til mulige oppfølgingsspørsmål har jeg laget en liste over tema som jeg ønsket å berøre gjennom intervjuet. Intervjuguiden ble laget med hensikt i at intervjupersonene skulle fortelle åpent og fritt om sine opplevelser og erfaringer. Det ble også benyttet lydopptaker under samtlige intervjuer, slik at jeg kunne vie min fulle oppmerksomhet til informanten og dermed holde en god dynamikk i samtalen.

4.4 Utvalg

For å kunne besvare studiens forskningsspørsmål måtte jeg gå dit erfaring og opplevelser fra frisklivssentralen finnes og snakke med deltakerne som har vært igjennom og opplevd en reseptperiode. Det ble benyttet et strategisk utvalg for å rekruttere informanter til studien.

På bakgrunn av at det er begrenset forskning på feltet ble utvalgskriteriene gjort ut fra ønske om å få en variasjon med hensyn til alder, kjønn og arbeidssituasjon.

Utvalget i denne studien består av åtte intervjupersoner i alderen 36 – 70 år. Av disse åtte informantene er det fire kvinner og fire menn. To av de åtte intervjupersonene er i arbeid, mens de resterende enten er pensjonert, hjemmeværende, uføretrygdet, går på arbeidsavklaringspenger eller er sykemeldt. Plagene/sykdommene som informantene hadde før de begynte å trene på frisklivssentralen var; kreftoperert, hjerneblødning, hjerteinfarkt, plager med hjerte og lunger, revmatisme, prolaps, nervesmerter, nakkevondt, angst, depresjon og uro, utmattelse og overvekt. Når intervjuene ble gjennomført var det tre av informantene som hadde fullført to reseptperioder på til sammen seks måneder, og fire var i gang med den andre reseptperioden. Den siste informanten hadde fullført én reseptperiode på til sammen tre måneder. De fire informantene som hadde fullført reseptperioden valgte å fortsette å trene på frisklivssentralen og betalte en liten sum i året for det. De tre som var i gang med andre periode uttrykte at de ville gjøre det samme når de var ferdig med den siste reseptperioden sin.

4.5 Forespørsel om deltakelse, rekruttering og arena for studien

For å rekruttere deltakere til studien valgte jeg å ringe til en leder av en frisklivssentral og informere om hva studien innebar. Lederen sa seg villige til å samarbeide, og de ansatte kontaktet deltakerne og spurte hvem som ønsket å delta i studien. Dermed var det ansatte ved frisklivssentralen som hadde den første kontakten med informantene. Et unntak var den ene informanten som jeg rekrutterte da jeg var på et hjemmebesøk. Dette ble gjort etter eget ønske fra informanten, og det ble foretatt et felles intervju. Samme intervjuguide ble brukt og de ble analysert som to individuelle informanter.

Strategisk utvalg:

I forhold til rekrutteringen som de ansatte ved frisklivssentralen gjorde ga jeg noen kriterier som de skulle prøve å ta hensyn til. Noen av kriteriene var at det skulle være både menn og kvinner i ulik alder, gjerne noen som nettopp var ferdig med reseptperioden og noen som hadde avsluttet for en stund siden. Jeg ville ha informanter som både var arbeidsledige og deltakere som var i arbeid. Det siste kriteriet var at jeg ønsket deltakere som har blitt henvist fra lege eller lignende, og deltakere som tok kontakt med frisklivssentralen frivillig. Jeg fikk kun tak i informanter som hadde blitt henvist i fra lege. Disse kriteriene ble brukt i håp om å skaffe en bredere innfallsvinkel på studien.

Seks av informanter valgte å gjennomføre intervjuene på frisklivssentralen og de tre andre ønsket å gjennomføre intervjuet hjemme hos seg selv. Dette ble gjort etter intervjupersonenes eget ønske.

4.6 Transkripsjon

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av en digital diktafon, og opptakene ble overført til en passord beskyttet datamaskinen der de ble lagret i en egen mappe. Når et intervju fra et møte mellom to mennesker omgjøres til opptak på et bånd, for igjen å bli skrevet ned i tekst, vil det få en ny form og det er viktig at forskeren spør seg selv hva en nyttig transkripsjon er for den aktuelle studien. Siden jeg ikke tidligere har transkribert fra tale til tekst, ønsket jeg å transkribere så ordrett om mulig. Dette ble gjort for å ikke miste informasjon som kunne vise seg å bli betydningsfull.

Jeg transkriberte alle intervjuene mine selv, og transkripsjonen var detaljert med registrering av pauser, kremtlyder, latter og lignende. De tre første intervjuene ble transkribert samme dag eller dagen etter intervjuet ble gjennomført. Dette gjorde jeg slik at jeg skulle få med meg det nonverbale språket som kom fram under intervjuet. Dette viste seg å være til god hjelp når det var noe som var litt uklart i forhold til dialekt eller rask tale. Siden intervjuet nettopp var blitt gjort var det lettere for meg å huske hva intervjupersonen hadde sagt, og ting som først virket uklart på lydopptaket ble fort oppklart. De fem resterende intervjuene ble transkribert, like detaljert, i etterkant av mitt siste intervju. Siden det var såpass få

intervjuer som gjenstod klarte jeg å bære de nonverbale utsagn og uttrykk med meg videre gjennom den siste transkripsjonsdelen.

4.7 Kvalitativ innholdsanalyse

Hensikten med analysen er å gjøre datamaterialet tilgjengelig for fortolkning. Det handler om å bygge bro mellom dataene og resultatene ved at datamaterialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Kvalitativ analyse består i å stille spørsmål til materialet. Hva kan dette fortelle oss? Hvordan kan man organisere materialet, og hvordan kan man gjenfortelle det på en systematisk og relevant måte? (Malterud, 2011).

Analysen begynte allerede under intervjuene, der jeg oppdaget mønstre som gikk igjen. Transkriberingsprosessen opplevdes også som en tolkningsprosess da den ga mulighet til å se flere detaljer i innholdet. Transkripsjonen ga meg oversikt over hvilke mønstre, sammenhenger og fellestrekk som utmerket seg, og dataene jeg videre skulle forholde meg til. Etter transkripsjonen startet jeg med å lese igjennom alle de åtte intervjuene en gang hver. Videre tok jeg for meg ett og ett intervju, leste nøye gjennom, gjorde notater i margin og strekte ut deler av teksten som virket interessant. Dette ble gjort en gang til med en ny farge for å prøve å sile ut informasjon som ikke var så viktig. Denne prosess gjentok jeg med alle intervjuene hver for seg. Etter dette lagde jeg et skjema til hver av intervjuene som inneholdt meningsenhet, kondensert meningsenhet, tema og undertema, hvor meningsenheten var direkte sitat fra intervjuet og den kondensert meningsenheten innebar å gjøre sitatet til en mer forståelig tekst. Ut i fra dette gikk jeg inn for å finne meningen bak sitatet og kom frem til tema og undertema for hvert sitatet (Lundman & Graneheim, 2012).

Analysearbeidet resulterte i fire hovedtema og tolv undertema, og funnene presenteres i en tabell som er inndelt med tema, undertema og sitat (tabell 1).

4.8 Troverdighet

I den kvalitative forskningen vil troverdigheten være med å bestemme i hvilken grad metoden som brukes, undersøker det den faktisk er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Og man kan da stille spørsmål om jeg har svart på det jeg har spurt etter, med andre ord om studien svarer på hvordan deltakerne opplever at reseptperiode bidrar til økt motivasjon rundt en livsstilsendring. Slik jeg ser det så har deltakerne gjennom intervjuene gitt beskrivelser på hvilke faktorer de opplever som spiller inn på motivasjonen. Noe som igjen har bidratt til fremkomst av data som belyser studiens problemstilling.

Troverdigheten studien har kan også settes i sammenheng med tidligere forskning på feltet. Selv om det ikke er gjort så mye forskning, så er det flere av funnene i denne oppgaven som samsvarer med tidligere funn. Dette er med på at studiens troverdighet styrkes.

I denne studien var formålet å gjøre en kvalitativ studie av et begrenset antall informanter for å forstå dybden. Åtte informanter er i utgangspunktet for lite med tanke på å skulle generalisere svarene, men det er ikke dette som først og fremst er i fokus ved kvalitative studier. I kvalitative intervjuer søkes det etter en helhetsforståelse og dypere forståelse av valgte forskningsspørsmål (Larsen, 2007). Kvale & Brinkmann (2009) uttrykker at én person kan være nok om intensjonen er å forstå hans eller hennes opplevelser av verden. Det er ikke antall deltakere som er avgjørende i kvalitative studier, men at personene som intervjues kan noe om teamet som skal studeres. I tillegg vil forskerens ressurser og tid spille inn på hvor mange deltakere som blir aktuelt. Jeg anser derfor at åtte deltakere er tilstrekkelig. Utvalget er hentet fra samme frisklivssentral, og det er en mulighet for at funnene kunne blitt annerledes om informanter fra andre frisklivssentraler hadde blitt intervjuet om samme tema.

I følge Malterud (2011) så er det nødvendig at fremgangsmåten er nøye beskrevet, slik at andre kan bedømme studiens overførbarhet. Dette er noe jeg har gjort etter beste evne.

Deltakernes opplevelser av hvilke faktorer som øker motivasjonen til en livsstilsendring, er i utgangspunktet individuelt. Men det kan godt tenkes at andre kan kjenne igjen noen av opplevelsene, og på denne måten kan studien være overførbar.

Fordelene med å forske på noe man ikke har så mye erfaringer med, er at man går inn med et åpent syn uten fordommer. Jeg kan dermed lytte nøye til det informantene sier og fortolke det, uten at min forforståelse vil være med å prege det informantene forteller. At

forforståelsen min til temaet ikke er så stor, vil gjøre at jeg er bedre rustet til å ”fange” fenomenene slik de fremtrer.

Under intervjuet var målet å få frem deltakernes opplevelser og erfaringer av frisklivssentralen, med vekt på hvilke faktorer som bidro til motivasjon. For å få til dette var spørsmålene jeg stilte nøytrale, i den form at de ikke var ledende. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål for å sikre at jeg som forsker forstod innholdet i det intervjupersonen fortalte. Denne intersubjektive valideringen bidro til å oppklare mulige misforståelser, slik at innholdet ble gjengitt på de måten intervjupersonen mente det. Dette bidrar til å sikre troverdigheten i det innsamlede materialet.

4.9 Forskningsetiske overveielser

Etiske refleksjoner er blitt gjort gjennom hele studieforløpet. Det kan oppstå etiske sider ved alle forskningsprosessens stadier, og det ble allerede fra tematisering av studien og helt frem til studien fremsto som ferdig tekst, gjort etiske refleksjoner (Kvale & Brinkmann, 2009).

Helsinkideklarasjonen sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker, og deklarasjonens retningslinjer sier at forskning på mennesker skal fremme respekt for alle og ivareta menneskers helse og rettigheter (World Medical Association, 2008).

For å sikre at deltagelsen skjedde etter gjeldende prinsipper, ble informantene informert om studiens hensikt og nytte, hvordan jeg som forsker behandlet datamaterialet, og hvordan studien skulle publiseres. Det ble gjort klart for alle informantene at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg når de måtte ønske uten å oppgi noen spesifikk grunn for dette. Et spørsmål som kan stilles når det gjelder frivillighet, er om det er vanskeligere å si nei til deltakelse når det er forskeren selv som spør. I denne studien var det leder av frisklivssentralen som rekrutterte informanter, og dette er med på å styrke at deltagelsen skjer frivillig. Informasjon om anonymitet og om frivillighet, med mulighet for å trekke seg når som helst uten grunn, ble gjentatt muntlig før intervjuet startet. Det ble også innhentet et skriftlig informert samtykke fra alle informantene før intervjuene startet (vedlegg 2).

Åpenheten og intimiteten som kjennetegner kvalitativ forskning gjør at det kan oppstå ubehagelige situasjoner for informanten og det kan forekomme at informanten gir opplysninger de kanskje senere angret på at de har gitt. Det er derfor viktig at forskeren reflekterer over ulike konsekvenser ved intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). Som forsker tok jeg hensyn til at ubehagelige spørsmål og situasjoner kunne oppstå, men jeg fikk ingen erfaringer av at noen opplevde noe negativt rundt spørsmålene eller intervjuene.

I følge Kvale & Brinkmann (2009) innebærer konfidensialitet at private data som identifiserer deltakerne, ikke avsløres, og i det skrevne materialet ble informantene og frisklivssentralen anonymisert. For at jeg i analysedelen min skulle vite hvem som har sagt hva, ble informantene fargekodet. Informantenes navn og fargekoden de hadde, ble oppbevart på forskjellig dokumenter, på en passord beskyttet datamaskin. På denne måten sikret jeg at ingen andre enn meg som forsker kunne gjenkjenne de ulike informantene. Under hele prosjektet var det kun meg som forsker som hadde tilgang til datamaterialet, noe som også ivaretar konfidensialiteten. Etter gjennomført studie ble alt intervjumateriell slettet.

Før intervjuene startet ble prosjektbeskrivelse og utfylt meldeskjema sendt inn til godkjenning av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg 3). Personvernombudet vurderte prosjektet og godkjente at studien ble gjennomført.

5.0 Presentasjon av funn

Gjennom dette kapitlet presenteres funnene som belyser studiens problemstilling. I analysen av materialet kom det frem at det var flere faktorer som gjorde at motivasjonen til en livsstilsendring økte gjennom reseptperioden. Resultatene er presentert i fire hovedtema som er 'støtte og hjelp', 'faglig oppfølging', 'felleskap' og 'trening gir resultater', og tolv undertema. Gjennom arbeidet med analysen kom jeg frem til at de fire temaene belyser best hva som har gjort at deltakerne har økt motivasjonen rundt livsstilsendringen. Temaene belyses gjennom undertema og sitater, og undertemaene beskrives løpende i teksten med sitater fra deltakerne.

Tabell 1: Sammenfattende oversikt over tema og undertema:

Tema	Undertema	Sitat
5.1 Støtte og hjelp	Oppmuntring	<i>... det er klart de har hatt innvirkning for de er jo der å pusher og gir deg oppmuntring</i> Kvinne, 36 år
	Komme i gang	<i>... jeg må si at periodene de to jeg har hatt de har vært gull verdt for å komme i gang ... det er dette dyttet bak som skal til</i> Mann, 50 år
	Regelmessig	<i>faste tider det er for meg ... helt supert for det er mye vanskeligere ellers</i> Kvinne, 58 år
	Alle kan delta	<i>det er jo en ypperlig treningsform for alle da så det er liksom ingen unnskyldning for ikke å være med</i> Kvinne, 50 år
5.2 Faglig oppfølging	Tips og råd	<i>men hele tiden har jeg følt at jeg kan spørre dem ... og fått veldig gode svar</i> Kvinne, 58 år
	Trygghet	<i>ja det er nettopp den tryggheten med å ha fagfolk i nærheten og tett innpå i begynnelsesfasen det har vært kjempe fint ... det er det ingen tvil om</i> Mann, 69 år
5.3 Felleskap	Det sosiale	<i>... jeg fikk en veldig positiv opplevelse med fellesskapet ... og ikke minst dette her sosiale med å kunne snakke litt med andre om ja som har vært igjennom noen lunde det samme</i> Mann, 69 år
	Trene sammen	<i>... jeg føler i hvert fall at det er lettere å motivere seg til å gå på trening sammen med andre ...</i> Mann, 60 år
	Latter og glede	<i>... en annen erfaring er det å være med på litt sosiale ting eller at det sosiale i treningen gjør det at det er gøy</i> Kvinne, 36 år
5.4 Trening gir resultater	Bedre form	<i>"jeg har fått bedre kondisjon .. styrke .. så det har jo en positiv innvirkning på hele helsen"</i> Kvinne, 58 år
	Vektnedgang	<i>... jeg har jo 10 ja 14 kilo siden jeg begynte her og det har jeg tatt på bare ni ti måneder</i> Mann, 50 år
	Overskudd	<i>"du har jo kanskje blitt litt mer opplagt når du har kommet hjem igjen og kanskje orker mer"</i> Kvinne, 58 år

5.1 Støtte og hjelp

Temaet støtte og hjelp handler om oppmuntringen deltakerne har fått, det å bare komme i gang med treningen, at det er regelmessige treninger og at alle kan delta. Oppmuntringen og feedbacken som fysioterapeutene kommer med er med på å hjelpe deltakerne gjennom reseptperioden. Intervjupersonene opplever at de har fått støtte til å komme i gang med treningen igjen, og at regelmessig trening og faste tidspunkt er en god hjelp. Til slutt så uttrykker intervjupersonene at det er en god hjelp at alle kan delta på treningen noe som gjør at de gruer seg mindre til å dra på trening. Alt dette er med på å øke motivasjonen til å opprettholde treningen.

Alle jeg intervjuet opplevde at de fikk mye støtte og hjelp av frisklivssentralen gjennom reseptperioden. Mange av deltakerne hadde en form for sykdom før de startet reseptperioden sin, og de opplevde at de fikk støtte og hjelp til å makte sykdommen og få kontroll på smertene, i noen tilfeller ble smertene også helt borte.

En av kvinnene hadde en fysisk og psykisk tøff hverdag og gjennom reseptperioden følte hun at hun fikk mer kontroll på hverdagen og mestret den bedre:

”... jeg har mestret hverdagen og får mer og mer kontroll på at man klarer det for hvis hverdagen er tøff både fysisk og psykisk så er det veldig godt å få noen som hjelper deg å makte det”

Kvinne, 58 år

Gjennom intervjuene kommer det også frem at fysioterapeutene kom med feedback og trenings tips som var til stor hjelp gjennom reseptperioden. Intervjupersonene uttrykker også at det å få erfare at noen tror på deg og støtter deg, hjelper både på motivasjon og treningsglede.

5.1.1 Oppmuntring

Oppmuntringen før, under og etter treningene er vært til stor hjelp. Intervjupersonene uttrykker at fysioterapeutene har hatt innvirkning på motivasjonen deres og de har vært flinke til å oppmuntre de gjennom månedene de var der:

”... de veileder og var liksom litt sånn frempå når det gjaldt å pushe litt ... gjør det de skal når det gjelder å veilede og oppmuntre”

Mann, 69 år

Gjennom intervjuene kommer det frem at fysioterapeutene har hatt godt humør og vært positive og flinke, en av kvinnene sier at det smitter over på deltakerne og at det gjør at det blir en positiv energi rundt treningene.

Det uttrykkes også at fysioterapeutene har hatt en fin balanse når det kommer til å oppmuntre under treningene, noe som hjelper både på motivasjon og fremgang. Mann, 70 år, sier at:

”... de har skyvd på hvis de synes vi tar i litt for lite, men det er ikke noe sånn press”

5.1.2 Komme i gang

Frisklivssentralen har bidratt til at den fysiske og mentale formen til deltakerne er blitt mye bedre, og flere av intervjupersonene sier at de trenger dette ”puffet” i riktig retning. Noen sier at det bare er det å komme i gang som er vanskelig, og en kvinne, 58 år, uttrykker det på denne måten:

”... det var jo bare et skubb eller puff ut i riktig retning ... jeg føler vel i en periode at begynte med et sånt fysisk forfall som jeg ikke likte i det hele tatt så det var liksom et skritt til å komme i gang igjen ordentlig”

Det uttrykkes at reseptperioden på frisklivssentralen har hjulpet deltakerne tilbake på beina igjen mer enn de ville klart på egen hånd. Det er flere som sier at de neppe hadde vært i den formen de er i nå uten frisklivssentralen, og at reseptperiodene har vært "gull verdt" for å komme i gang:

"... hadde jeg ikke hatt disse mulighetene her til disse to periodene så hadde jeg jo ikke vært i den formen jeg er i dag"

Mann, 50 år

De fleste intervjupersonene har vært aktive i ungdommen eller før de fikk en sykdom, og mange visste at trening var bra for de. Gjennom intervjuene kommer det frem at de aller fleste trengte bare et puff for å komme i gang igjen, slik en mann, 50 år uttrykker det:

"erfaringene jeg sitter med er jeg har jo som sagt trent mye før så eeh jeg visste jo hvordan det var, men det er bare å komme i gang det er det"

5.1.3 Regelmessighet

Frisklivssentralens regelmessige treninger har mye å si for motivasjonen til å dra på trening. De fleste av intervjupersonene sier at det er mye enklere å møte til et fast opplegg og faste tider, og at det dermed skal være god grunn til å ikke møte opp.

"... jeg var veldig opptatt av å komme videre med en form for trim og helst et fast opplegg ... det er litt enklere for meg å møte frem til faste avtaler enn å ta det på egen alarm"

Mann, 69 år

En av kvinnene sier også at hun synes det er akkurat passe med de to treningene i uken, for blir det for mye så blir det et pes og kanskje man ikke klarer å gjennomføre.

En annen av kvinnene sier at det er godt å ha to dager i uken som hun skal trene, selv om hun ikke er helt i form så blir det lettere når det er et fast klokkeslett og hun sier at kroppen girer seg opp automatisk, selv om kanskje ikke viljen helt strekker til:

”... selv om du ikke er i form så er det liksom godt å ha to dager i uken som du likevel skal trene”

Kvinne, 50 år

5.1.4 Passer for alle

Gjennom intervjuene uttrykkes det at frisklivssentralen har laget et treningsopplegg som kan tilpasses en hver form og dette er noe intervjupersonene synes er veldig fint. Det at treningene er lagt opp til at man trener ut i fra egen form og i forhold til det man klarer og har lyst til de forskjellige dagene blir nevnt som veldig positivt. En av intervjupersonene sier til og med at det kan bidra til at hver enkelt får mer motivasjon til å fortsette med treningen og at fremgangen blir større. En mann, 60 år uttrykker det på denne måten:

”det som er så fint med disse treningene ... både inne og ute treningen, så trener du så hardt som du orker selv”

En av kvinnene uttrykker at det er en ypperlig treningsform for alle og at det derfor ikke finnes noen unnskyldninger for ikke å være med. Det er også lett og enkelt å komme til frisklivssentralen å trene, det ikke er noe styr samtidig som det er veldig ordentlig, som en av kvinnene sier. Det ble også nevnt under et av intervjuene at det ikke er noe styr rundt hvilke klær man har eller hvilke form man er i, at man kommer som man er og trener det man klarer. Dette nevnes som veldig positivt fra enkelte intervjupersoner.

5.2 Faglig oppfølging

Temaet faglig oppfølging handler om tips og råd som fysioterapeutene kommer med og tryggheten ved å ha fagfolk rundt seg. Gjennom intervjuene kommer det frem at tips og råd i forhold til treningsvaner, mat og hvordan kroppen fungerer bidrar til at motivasjonen rundt gjennomføring av livsstilsendringen øker. Det uttrykkes på forskjellige måter at oppfølging fra fagpersoner har bidratt til å øke deltakernes motivasjonen til å trene og endre livsstil. Flere av intervjupersonene uttrykker også at det er trygt å godt å ha fagpersoner i nærheten, både når det kommer til å vite hvor mye man skal tørre å trene og for å spørre hvilke øvelser som kan gjøres for å forhindre at smertene blir verre.

Det å ha to fysioterapeuter som er der under treningene blir trukket frem som veldig positivt. Fysioterapeutene har vært hyggelige og dyktige, de følger deltakerne nøye opp og tar vare på de, og gir deltakerne mye ros og lite ris, noe som har bidratt til at motivasjon øker.

Gjennom intervjuene kommer det frem at det er individuelt hvor mye innvirkning fysioterapeutene har hatt på intervjupersonene, men alle uttrykker at det er godt å ha de der og at det er lett å spørre de om det skulle være noe.

5.2.1 Tips og råd

Som nevnt ovenfor er det to fysioterapeuter som følger opp og er der under hele treningen. Gjennom intervjuene uttrykkes det at de fleste klarte seg godt på egenhånd, uten veldig stor hjelp fra fysioterapeutene. Likevel følte de at hvis det var noe de lurte på så kunne de spørre, og de fikk veldig gode svar:

”det er jo to fra FLS der å følger opp hele tiden de gir deg tips og råd og de spør og snakker ... så jeg synes det fungerer veldig bra”

Kvinne, 36 år

En av kvinnene sier at hun har fått mye veiledning og tips på hva som kan spises, og en av mennene sier at det har vært positivt å få lære mer om hvordan kroppen fungerer.

Det kommer frem at tips og råd fra de to fysioterapeutene som driver frisklivssentralen har vært motiverende for de fleste av intervjupersonene.

5.2.2 Trygghet

En av mennene uttrykker at han synes tryggheten med å ha fagfolk i nærheten i startfasen har vært avgjørende for hans resultat. Når han følte den tryggheten så turte han å ta i mer på treninger, noe som gjorde at han ble i bedre form. Da han begynte å se resultater så ble motivasjonen til å trene bare enda større. Han sier at man blir veldig usikker på hvor mye kroppen tåler etter en slik sykdom som han har hatt, og hvor mye man skal tørre å trene. Han mener at den tryggheten med å ha noen tett innpå har vært kjempe fint:

”så det med å få en slags veiledning og ha noen tett i nærheten da du driver å trener på det mest intense i startfasen hvert fall det har vært veldig positivt jeg hadde ikke turt å ta i så mye som jeg har gjort både sammen med gruppen og alene ... det hadde jeg ikke gjort uten veiledning det er jeg helt sikker på”

Mann, 69 år

Noen av de andre nevner også at det er trygt og godt å ha fagfolk i nærheten når de trener. Det gjør at de tør å ta i mer under treningsøktene, og hvis det er noen øvelser de er usikker på om de kan gjøre så er det bare å spørre fysioterapeutene. Dette trekker intervjupersonene frem som veldig positivt.

5.3 Fellesskap

Temaet fellesskap handler om det sosiale aspektet, at det er lettere å trene sammen og at det er mye latter og glede. Gjennom mye latter og glede bygger deltakerne på frisklivssentralen opp et fellesskap som gjør at treningene blir lettere å gjennomføre.

Intervjupersonene legger stor vekt på at fellesskapet som de har på frisklivssentralen har stor betydning for motivasjonen for å trene. En av kvinnen sier at hun liker å trene sammen med andre fordi da har man noen å konkurrere med, som igjen gjør at hun får presset seg på trening. Deltakerne har lært mye i forhold til trening gjennom reseptperioden og noen føler de kan fortsette å trene andre steder, men at det er ”allright” å fortsette på frisklivssentralen på grunn av fellesskapet der.

Alle deltakerne har blitt godt kjent gjennom reseptperioden og selv om det er litt utskiftninger underveis så sier de at de er en veldig sammensveiset gjeng som er der å trener sammen og det uttrykkes at det er veldig hyggelig å få hilsninger fra mange hver gang man kommer på trening.

5.3.1 Det sosiale

Intervjupersonene uttrykker at omtanken som gruppen viser for hverandre er med på å opprettholde motivasjonen til å komme på trening. Det kommer også frem at de opplever gruppen som et felles lag, og at de føler et ansvar ovenfor de andre til å komme på trening slik at ingen må trene alene. En av mennene uttrykte at han kunne trene det samme treningsopplegget andre steder, men for det mentale var det fint å komme til frisklivssentralen og den positive holdningen som var blant deltakerne der:

”... jeg fikk en veldig positiv opplevelse med fellesskapet ... og ikke minst dette her sosiale med å kunne snakke litt med andre om ja som har vært igjennom noen lunde det samme”

Mann, 69 år

Det sosiale gjennom reseptperioden bidrar til å øke motivasjonen til å dra på treningene selv om det av og til kan virke tungt å komme seg ut av sofaen. Det uttrykkes gjennom

intervjuene at det å trene sammen med andre er en stor motivasjonsfaktor til å dra på trening og det sosiale i treningen gjør at det er gøy.

5.3.2 Trene sammen

Intervjupersonene uttrykker på forskjellige måter at det er mer motiverende å trene sammen med andre. Det å vite at man skal treffe andre som man kan snakke litt med og trene sammen med gjør at det blir mer motiverende å dra på trening. Det kommer frem at deltakerne ikke alltid synes det var like lett å motivere seg til å dra på trening, men når de først kom dit så var det jo kjempe fint. Det handler om at deltakerne kjenner hverandre og hjelper hverandre gjennom reseptperioden. Intervjupersonene uttrykker at det er lettere å dra på trening når de vet det er andre som skal dit og at de får mer pågangsmot av å trene sammen, slik en mann, 60 år uttrykker det:

”... jeg føler i hvert fall at det er lettere å motivere seg til å gå på trening sammen med andre ... når en skal møte flere så blir det mye lettere”

En av kvinnene sier at hun mest sannsynlig ikke hadde trent hvis hun ikke hadde fått tilbud om å trene på frisklivssentralen. Hun sier hun har trent litt hos fysioterapeut før, men at hun bare ble satt til å gjøre forskjellige øvelser, mens på frisklivssentralen så blir det en gjeng som trener sammen og det sosiale gjør at det blir lettere å motivere seg. I intervjuet sier hun også at det er mye lettere å trene på frisklivssentralen enn for eksempel et annet treningssenter, grunnen til dette er det sosiale og at man kjenner de man trener med.

Intervjupersonene uttrykker også at det å ha noen å snakke med og trene sammen med synes de er fint. Å kunne dele erfaringer å snakke sammen med andre deltakere er også med å bidra til motivasjon rundt trening. Det å vite at man skal møte kjentfolk å trene sammen med de gjør at man blir mer motivert til å dra på trening.

5.3.3 Latter og glede

Gjennom intervjuene kommer det frem at alle intervjupersonene har det gøy når de er på trening på frisklivssentralen. En kvinne, 36 år uttrykker det på denne måten:

”... en annen erfaring er det å være med på litt sosiale ting eller at det sosiale i treningen gjør jo at det er gøy”

Gjennom reseptperioden har fysioterapeutene også noen felles gruppetreninger, og det uttrykkes fra flere at i de timene blir det ekstra mye latter og glede:

”sånne grupper da pusher jeg meg kanskje litt lengre og for og samtidig så blir det mer latter og glede ut av det egentlig, har blitt det i hvert fall her”

Kvinne, 50 år

5.4 Trening gir resultater

Temaet trening gir resultater inneholder at deltakerne er blitt i bedre form, at alle har hatt en vektnedgang og noen har fått mer overskudd. Alle intervjupersonene har følt på en form for endring og har fått resultater gjennom reseptperioden, som har bidratt til at de er kommet i bedre form enn de var når de startet. Det å gå ned i vekt eller kjenne at man har mer overskudd i hverdagen trekker de frem som positivt for motivasjonen til å opprettholde den nye livsstilen sin.

Det intervjupersonene trekker frem når det gjelder resultater er vektnedgang, bedre kondisjon og styrke, overskudd og at de klarer flere og flere repetisjoner når det kommer til styrke og kondisjon. Noen nevner også at hjerte og blodtrykk er bedret og at testene viser at de er blitt ”noen år yngre” i løpet av reseptperioden. Mange sier at resultatene de har oppnådd har vært med på å øke motivasjonen deres til å fortsette med treningen, noe som en mann, 50 år uttrykker slik:

”.. motivasjonen kommer av de to som har hatt oss oppå her ... får du litt ros så blir det enda bedre og da du begynner å se resultater selv så da skjønner du at dette her går riktig vei og det er klart da blir du motivert”

5.4.1 Bedre form

Gjennom intervjuene kommer det frem at alle intervjupersonene kom i bedre form gjennom reseptperioden. De uttrykker på forskjellige måter at det er motiverende å føle at man kommer i bedre form. Det kommer også frem at deltakerne greier flere og flere repetisjoner da det kommer til styrke og kondisjon, og at de føler forbedring gjennom hele reseptperioden:

”... du orker jo tyngre og tyngre vekter og kjenner jo at du blir sterkere ikke sant og du orker å sykle lengre tidsperioder du orker å øke tempoet på tredemøllen ... samtidig som all aerobic og sånn blir jo lettere etter hvert”

Kvinne, 36 år

Noen av intervjupersonene uttrykker at jo eldre man blir jo lengre tid tar det før forbedringene kommer, men de sier at det viktigste er jo at de blir i bedre form og at de bare må holde ut.

Gjennom intervjuene kommer det også frem at det ikke bare er den fysiske formen som er blitt bedre gjennom de månedene de har trent på frisklivssentralen. At deltakerne har blitt i bedre form fysisk har bidratt til at hjerte og blodtrykk har bedret seg, noe som igjen gjør at bekymringene for sykdom blir mindre, dette uttrykker en mann, 70 år slik:

”... jeg er blitt mer litt mer aktiv ... både hjertefunksjon og blodtrykk vekt det har bedret seg så mentalt sett så psykisk sett så er det er pluss alt sammen ... ja alt sammen er liksom blitt noe lysere”

5.4.2 Vektnedgang

Alle intervjupersonene har gått ned i vekt i løpet av de månedene de har trent på frisklivssentralen. Noen uttrykker at de var overrasket over at treningen som de gjorde på frisklivssentralen ga så store resultater som den gjorde og de var positivt overrasket over vektnedgangen og hvor ”fort” det gikk. Gjennom intervjuene kommer det frem at vektnedgangen har bidratt til større motivasjon rundt en livsstilsendring:

”å klare å gå ned igjen de 6-7 kiloene det er jo en fryktelig god mestring og motivasjon til å fortsette så en ikke går opp igjen”

Kvinne, 50 år

Intervjupersonene uttrykker også at ting blir lettere å gjøre når man veier noen kilo mindre, både i forhold til jobbsituasjon og det å leke med barn eller barnebarn. Det kommer også frem at smerter som har vært i rygg eller knær er blitt mindre eller helt borte, og de uttrykker at det kommer av vektnedgangen deres. Når det kommer til motivasjon og vektnedgang, sier en kvinne, 36 år:

”... samtidig som når du går ned i vekt så orker du mer og mer og da blir du motivert til å gjøre mer”

5.4.3 Overskudd i hverdagen

Gjennom intervjuene kommer det frem at reseptperioden ved frisklivssentralen har bidratt til at mange av intervjupersonene har fått mer overskudd i hverdagen. De uttrykker på forskjellige måter at man orker mer når man kommer hjem og får et nytt giv til å gjøre mer i løpet av dagen.

En av mennene uttrykte også at alt fra å knyte på seg skoene til å hente ved var blitt mye bedre. Flere uttrykker at det var motiverende å føle at man kommer i bedre form og at man får motivasjon av å klare mer i hverdagen:

”ja altså det er motiverende når man føler at man kommer i bedre form man får det bedre det er jo veldig motivasjon i det at man greier mer i hverdagen og orker mer”

Kvinne, 58 år

Noen av intervjupersonene uttrykker gjennom intervjuene at de føler de mestrer ting bedre i hverdagen nå som de har gått ned i vekt og at de føler det er en stor forskjell fra før de startet. En av mennene hadde til tider en psykisk tung hverdag, og han føler at reseptperioden har hjulpet han med å mestre hverdagen sin bedre:

”jeg mestrer jo ting bedre nå det er på grunn av mindre angst, depresjonen er nesten borte ... det er klart det går du ned i vekt hvis du er for tung så mestrer du det meste bedre i hverdagslivet ... så det er klart at det har blitt en veldig stor forskjell altså”

Mann, 50 år

6.0 Diskusjon

Funnene i denne studien viser at deltakerne opplever at det er mange faktorer som fører til økt motivasjon rundt en livsstilsendring. Noen av disse faktorene er at de fleste trengte et lite dytt i riktig retning for å komme i gang igjen med treningen, det at de får oppmuntring fra fysioterapeutene og de andre deltakerne, at det er regelmessig trening og alle kan delta. Mye latter og glede, at det er lettere å trene sammen med andre, og at treningen gir resultater, er også motiverende faktorer som deltakerne trekker frem. Resultatene som deltakerne har fått gjennom treningene på frisklivssentralen har også bidratt til at deltakerne opplever at de har fått en bedre helse. Fellesskapet og de tipsene og rådene som deltakerne har fått av fysioterapeutene, har bidratt til at deltakerne føler seg mer styrket og de har fått større tro på egen mestring. Frisklivssentralen som arena har bidratt til at deltakerne nå er kommet i gang med trening, og deltakerne føler de har fått god støtte og hjelp via tips, råd og oppmuntring gjennom de ukene de har hatt frisklivsresept.

Gjennom dette kapittelet vil jeg trekke frem disse sentrale funnene og belyse de ut i fra teori og tidligere forskning. Tilslutt vil jeg komme med tanker og ideer for videre forskning.

6.1 Motivasjon

Drivkraft

Funnene viser, som nevnt ovenfor, at deltakerne mener at det er mange faktorer som bidrar til at motivasjonen for en livsstilsendring øker gjennom reseptperioden ved frisklivssentralen. En faktor som går igjen er at de fleste trengte et lite dytt i riktig retning. Mange av deltakerne ønsket å komme i gang med fysisk aktivitet og regelmessig trening, men de visste ikke helt hvor de skulle begynne, noen av deltakerne manglet også motivasjon for å starte med trening. Dette støttes av Mæland (2010) som uttrykker at man ofte hemmes av lav tiltakslust og/eller mangelfull motivasjon for å komme i gang med trening. De fleste av deltakerne i denne studien uttrykte at de ønsket å komme i gang med fysisk aktivitet ut i fra et ønske om å få bedre helse, økt velvære og gå ned i vekt. At mennesker har et ønske om å komme i gang med fysisk aktivitet på grunnlag av disse faktorene samsvarer med litteraturen (Mæland, 2010).

Opplevelse av endring motiverer til livsstilsendring

Deltakerne uttrykker at de har følt en eller annen form for endring gjennom reseptperioden. Som funnene viser, var endringene at de kom i bedre form, at de hadde vektneidgang og at de fikk overskudd i hverdagen. At deltakerne opparbeidet seg bedre styrke og utholdenhet gjennom reseptperioden, støttes også av tidligere forskning på frisklivssentralen (Båtevik, et al., 2008; Helgerud & Eithun, 2009). Gjennom reseptperioden har deltakerne økt den hverdagslige fysiske aktiviteten og de har gjort endringer i kostholdet, noe som har ført til at de har gått ned i vekt. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2005) vil økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold føre til redusert kroppsvekt. Deltakerne uttrykker at resultatene de har fått gjennom reseptperioden har bidratt til at motivasjonen for en livsstilsendring har økt. Imsen (2005) mener at motivasjon handler om det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder aktiviteten ved like, og det som gir den mål og mening. Ut i fra funne i denne studien kan man anta at det som forårsaker aktivitet hos deltakerne er ønsket om å gjøre endringer med livsstilen sin. En faktor som bidrar til at deltakerne holder aktiviteten ved like er de resultatene som de har oppnådd. Og det som gir den mål og mening er at de opplever at treningen gir dem mer overskudd i hverdagen.

Å ha tro på endring

Deltakerne uttrykker at de har opplevd å mestre forskjellige utfordringer gjennom reseptperioden som de før ikke hadde trodd at de kunne klare. Et eksempel på dette er at noen av deltakerne begynte å løpe igjen, noe som de ikke hadde gjort på flere år. Å mestre ulike øvelser eller aktiviteter fører til at motivasjonen til å fortsette øker. At deltakerne har tiltro til egen mestring er viktig når de skal forsøke å endre atferd. Når deltakerne har tro på at de mestrer utfordringene de møter, vil sjansene også øke for at de gjennomfører de målene de setter seg. Dette er noe som samsvarer med Bandura (1997) sosial kognitive teori. Før deltakerne startet på frisklivssentralen hadde de forventninger til hva reseptperioden skulle føre til, noen av disse forventningene var å gå ned i vekt og å komme i bedre form. Det at deltakerne hadde tro på at intervensjonen ville føre til ønsket mål er viktig for motivasjonen (Bandura, 1997).

Deltakernes motivasjon vil også påvirkes av målene som settes i begynnelsen og/eller gjennom reseptperioden. Spesifikke delmål er i følge Wormnes & Manger (2005) lettere å nå enn generelle langtidsmål. Deltakerne hadde satt seg mål som de ønsket å oppnå gjennom reseptperioden. En av deltakerne fortalte om intervalltreningen ute, der de skulle gå eller løpe det de klarte opp en bakke i fire minutter før de tok pause. Hun hadde laget seg delmål om å komme lengre og lengre opp i bakken før fysioterapeutene blåste i fløyten for å signalisere at fire minutter var over. Hovedmålet var å nå toppen. At hun lyktes i å nå delmålene med å komme litt lengre for hver gang, virket selvmotiverende og hun sa det var en veldig god mestringsfølelse når hun nådde toppen for første gang. Dette samsvarer med litteraturen som sier at definerte mål har en positiv effekt på den enkeltes motivasjon (Wormnes & Manger, 2005). Det finnes flere måter å påvirke mestringsforventningen til mennesker på (Mæland, 2010). Deltakerne har kanskje gjort forsøk på å endre levevaner tidligere, mens noen av deltakerne kanskje har erfaringer med fysisk aktivitet og/eller idrett, og vet hvilke positive effekter man får av trening. Disse tidligere erfaringene som deltakerne har vil være med å påvirke mestringsforventningene deres. Gjennom reseptperioden uttrykker deltakerne at de har lyktes i å nå, om ikke alle, så i hvert fall noen av målene som de satt seg før reseptperioden, og som følge av dette opplevde de mestringsglede. I følge Mæland (2010) er opplevelser av å lykkes den mest effektive måten å styrke forventningen om å mestre en gitt atferd.

I følge Veileder for kommunale frisklivssentraler (2013) så skal deltakerne ha en helsesamtale i begynnelsen og i slutten av reseptperioden. Denne helsesamtalen skal ha en salutogen tilnærming der det legges vekt på mestring og empowerment. Videre står det at motiverende intervju er grunnlaget i helsesamtalene. Da det ble stilt spørsmål om helsesamtalen til deltakerne i denne studien, husket de kun testene som ble gjennomført og resultatene på de. At samtale og motiverende intervju var en del av disse samtalene kom ikke frem, men de presiserte at det var lett og enkelt å snakke med fysioterapeutene. Hvis de ønsket ble de invitert til dypere samtaler.

Å bli sett

Deltakerne uttrykker at fysioterapeutene hadde tro på dem som individuelle deltakere og at de støttet dem gjennom hele reseptperiode. Tips, råd og oppmuntring før, under og etter treningen bidro til at deltakerne fikk større tro på seg selv. Deltakerne forteller om at følelsen

av at noen tror på deg å støtter deg, gir en ekstra motivasjon til å fortsette. Det å "bli sett" er en viktig motivasjonskilde, å få bekreftelse på at det man gjør er riktig og godt, kan gjøre underverker, noe som bekreftes av Wormnes & Manger (2005).

I tillegg til å bli sett, viser funnene i denne studien at det å trene sammen med andre er en stor motivasjon til å fortsette å komme på treningene. Mæland (2010) mener at det å trene sammen med andre kan hjelpe mange i gang med treningen. På gruppetreningene ved frisklivssentralen uttrykkes det at det er fokus på deltakernes egen innsats og fremgang. Når deltakerne da lykkes i noen av målene sine, vil det oppleves som en personlig kontrollerbar handling. Deltakerne opplever at det å komme til treningen verken er angstskapende eller psykologisk truende. I følge Høigaard (2008), er dette faktorer som tyder på at det er et mestringsklima i gruppen. God gruppedynamikk vil være en suksessfaktor i forhold til trivsel og treningsutbytte. Deltakerne på frisklivssentralen er en felles gruppe som påvirker hverandre i et sosialt samspill. De samhandler med hverandre og de føler seg som en del av et fellesskap. Deltakerne uttrykker til og med at de føler at gruppen er et felles lag, og at det dermed blir en positiv forpliktelse å møte opp på trening, slik at man unngår situasjoner der deltakerne må trene alene. Dette er funn som også kommer frem gjennom Båteviks m. fl. (2008) evaluering.

Generelt kan man si at deltakerne ved frisklivssentralene er avhengig av å ha motivasjon for å gjennomføre reseptperioden sin. Denne studien baserer seg på deltakere som faktisk har gjennomført en reseptperiode, og kartlegger hvilke motivasjonsfaktorer de synes er viktige. Men hva med de som ikke gjennomførte reseptperioden? Kanskje de ikke var motiverte nok for en slik intervensjon, eller kanskje de ikke synes opplegget passet dem? Deltakerne i denne studien har vært motiverte fra starten, og de uttrykker at motivasjonen for trening og livsstilsendring bare ble større gjennom perioden. De hadde tro på at de ville klare å gjennomføre intensjonen og opparbeidet seg tro på egen mestring gjennom reseptperioden, noe som har ført til at de har lykkes i det Prochaska & DiClementes (2008) kaller handlings- og vedlikeholdsfasen, i den transteoretiske modell. At de fleste havnet i handlings- eller vedlikeholdsfasen ved programslutt, samsvarer også med tidligere forskning (Blom, 2008).

6.2 Helse – helsefremming

Deltakerne i denne studien uttrykker at de har hatt stort utbytte av å delta på frisklivssentralen, og de opplever at reseptperioden har bidratt til at de har utviklet en bedre helse. Men hva betyr det egentlig å ha god helse? Ut i fra Fugelli & Ingstads (2009) studie kommer det frem at folk flest ser på helse med et helhetlig perspektiv. Det er altså flere dimensjoner, både det fysiske, det mentale og det sosiale, som har betydning for helsen og hva som påvirker den.

Funnene viser at deltakerne opplevde at de bedret den fysiske delen av helsen gjennom reseptperioden. De har gått ned i vekt, de er kommet i bedre form, og de har fått mer overskudd. Dette samsvarer, som nevnt, med tidligere forskning (Blom, 2008; Båtevik, et al., 2008; Helgerud & Eithun, 2009). Deltakerne uttrykker at treningen gjennom reseptperioden bidro til at smerter og spenninger i nakke, rygg og knær ble bedret og i noen tilfeller helt borte. At styrketrening kan føre til mindre smerter i knær og rygg, støttes av litteraturen (Jansson m.fl., 2008). Deltakerne fikk testet hvordan den fysiske formen deres var både i starten og i slutten av reseptperioden. I tillegg til at de var kommet i bedre fysisk form, så var det noen av deltakerne som fikk bekreftet at både blodtrykk og hjertefunksjon var blitt bedre og at testene viste at de var blitt noen ”år yngre”, og igjen kan man rette seg mot litteraturen for å få medhold der (Jansson m.fl., 2008). Dette samsvarer også med funnene som kom frem i Helgerud & Eithun (2009) sin evaluering, der deltakerne henholdsvis hadde blitt 5 og 10 år ”fysiologisk yngre”. Funnene viser altså at deltakerne er kommet i mye bedre form enn de var da de startet, og dette bidrar til at de får mer overskudd og krefter til å gjennomføre de hverdagslige gjøremålene som en hver av oss må gjøre. De uttrykker også at de orker å gjøre mer i løpet av dagen. Ut i fra dette opplever deltakerne at de gjennom reseptperioden har fått mer overskudd i forhold til hverdagens krav, noe som samsvarer med Hjort (1994) sin definisjon av helse.

Det at deltakerne opplevde at den fysiske delen av helsen ble bedret gjennom reseptperioden, førte også til at de opplevde at den mentale delen av helsen ble bedre. De uttrykte at det ikke bare var et fysisk overskudd de fikk av å delta på frisklivssentralen, men likeså et mentalt overskudd, noe som støttes av litteraturen (Jansson m.fl., 2008). Noen av deltakerne hadde en psykisk tøff hverdag, og de uttrykte at de fikk hjelp til å mestre denne hverdagen gjennom reseptperioden. Den fysiske testen som deltakerne tok i slutten av reseptperioden viste, som

nevnt, at noen av deltakerne var blitt noen ”år yngre”. Deltakerne som fikk denne beskjeden uttrykker at dette minsket en del av bekymringene for fremtiden, og de begynte å se litt lysere på livet enn hva de hadde gjort før. Andre deltakere hadde problemer med angst og depresjon før de startet på reseptperioden. Gjennom reseptperioden følte de at dette gikk mer og mer over, og at de mestret hverdagen bedre. Litteraturen viser til at styrketrening kan bidra til å redusere depresjon, og at det kan ha en positiv betydning for sinnsstemningen (Jansson m.fl., 2008).

Funnene i denne studien viser at fellesskapet på frisklivssentralen bidrar til at deltakerne synes det er lettere å dra på treningene. De uttrykker at det er mye latter og glede, og de synes det er fint at de får hilsninger fra så mange hyggelige mennesker når de drar å trener. I tillegg uttrykker deltakerne at frisklivssentralen er en sosial møteplass. Dette støttes også av tidligere forskning som viser at deltakerne setter det sosiale utbyttet av gruppetreningene høyt (Båtevik m.fl., 2008). Deltakerne uttrykker også at det er det sosiale i treningene som gjør det morsomt å trene. Sosialt nettverk handler nettopp om dette forholdet mellom mennesker og måten de samhandler på. Alle de som er rundt oss som for eksempel gir oss oppmuntring, hjelp, støtte og bekreftelse, er en del av menneskers sosiale nettverk (Gjørund & Huseby, 2003). At deltakerne gjennom reseptperioden har bedret sin fysiske form, og har fått et mentalt og fysisk overskudd, gjør at de opplever at de har mer energi til å delta mer på sosiale sammenkomster. En av deltakerne likte godt å danse og hun følte at det fysiske og mentale overskuddet hun fikk gjennom reseptperioden bidro til at hun oftere kunne dra på dansetreff der hun bodde. Noen av deltakerne trener på treningsstudio ved siden av treningen på frisklivssentralen. De uttrykker at de har fått mye ny kunnskap om trening og føler egentlig at de kunne fortsatt treningen uten frisklivssentralen. Videre uttrykker de at fellesskapet og det sosiale aspektet som er på frisklivssentralen gjør at det er morsomt å trene der. De ønsker ikke gi slipp på det, da dette er en stor motivasjonsfaktor når det kommer til treningen.

En annen deltaker uttrykker at det å snakke med andre på frisklivssentralen, som går igjennom det samme, er veldig positivt og fint. Det oppleves som trygt å godt å vite at man ikke er alene i denne situasjonen, og at de kan hjelpe og motivere hverandre til å endre levevaner. Deltakerne opplever at det er godt å dele erfaringer fra noen som er i samme situasjon og det hjelper på motivasjonen videre. Sosial støtte er av stor betydning når det kommer til endring av levevaner (Espnes & Smedslund, 2009).

Funnene viser at deltakerne har både fått et fysisk og mentalt overskudd, og i tillegg gode sosiale relasjoner gjennom fellesskapet. Dette bidrar til at deltakerne har en bedre egenopplevd helse etter endt reseptperiode. Dette samsvarer også med funnene som kommer frem i Blom (2008) sin studie.

Det å gå ned i vekt, å klare å øke tempoet på tredemøllen, komme på toppen av baken på fire minutter, og det å klare flere repetisjoner i styrkeapparatene er noen av faktorene som har ført til at deltakerne ved frisklivssentralen har opplevd mestring. Når man opplever mestring fører det, som jeg nevnte tidligere, til en økt motivasjon til trening. Det styrker også deltakernes tro på at de kan klare å mestre ulike ting, noe som igjen fører til at deltakerne opplever at selvtilliten øker, selvbilde blir bedre, og i tillegg opplever de at ferdighetene deres øker. Dette er noe som kan underbygges med teorien rundt empowerment (Askheim, 2012). Å støtte mennesker som befinner seg i en utsatt situasjon, er noe som understrekes av empowermentbegrepet (Tveiten, 2012). Det at frisklivssentralen betrakter deltakerne som aktører i eget liv, og at det er deltakerne selv som vet best hvor ”skoen trykker”, er et viktig poeng i empowermenttenkningen. I situasjoner som preges av fellesskap, tillit, trygghet og gode relasjoner vil empowerment fremmes, og en slik trygg fellesskapsfølelse som deltakerne uttrykker at de har på frisklivssentralen, vil skape emosjonell energi som er en forutsetning for empowerment (Askheim, 2012). For at empowermentprosessen skal tre i kraft er det av betydning at det skjer en maktomfordeling, en medvirkning og en opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv, slik at man kan opparbeide seg styrke og kraft til å komme seg ut av avmakten (Askheim, 2012). Deltakerne må selv være aktiv i prosessen, mens fysioterapeutene ved frisklivssentralen kan bidra som hjelpere. Denne empowermentprosessen kommer ikke tydelig frem i denne studien, selv om det uttrykkes på forskjellige måter at deltakerne har blitt styrket og bedre rustet til å ta vare på egen helse gjennom reseptperioden. Det ble ikke stilt direkte spørsmål gjennom intervjuet om empowermentprosessen, og dette kan være en grunn til at tema som maktomfordeling, medvirkning og at brukeren ser på seg selv som ekspert, ikke kommer frem godt nok i denne studien.

Health literacy blir beskrevet av Tveiten (2012, s. 182) som *”evnen til å få tak i, fortolke, forstå og bruke informasjon i den hensikt å fremme og opprettholde helse”*. Gjennom reseptperioden fikk deltakerne undervisning i temaene helse, livsstil og kosthold. Der fikk de, i følge deltakerne, tips og råd om de overnevnte temaene. Det blir viktig for frisklivssentralen å øke kunnskapene til deltakerne slik at de lettere kan ta de sunne valgene

når det kommer til mat og fysisk aktivitet. Å styrke deltakerne gjennom å øke kunnskapen deres om trening og kosthold, kan også rettes mot empowerment tenkningen (Askheim, 2012).

Gjennom reseptperioden ved frisklivssentralen så trente deltakerne to ganger i uken sammen med frisklivsgruppen. Noen av deltakerne uttrykte også at de trente på egenhånd i hvert fall en gang i uken. Helsedirektoratets (2011) anbefalinger for voksne og eldre er tretti minutters daglig moderat fysisk aktivitet eller i gjennomsnitt 3,5 timer i løpet av en uke. En av deltakerne fortalte at fysioterapeutene hadde anbefalt henne å trene en til to ganger i uken ved siden av fellestreningen, og de ga henne tips til hvordan man enkelt kunne gjøre aktivitetene hjemme i stuen. På en annen side blir det viktig å ikke presse deltakerne for hardt i begynnelsen. For at deltakerne skal få fysisk aktivitet til å bli en del av hverdagen er det viktig at de ikke føler press til at de må trene. For at endringene skal bli integrert som en del av hverdagen må deltakerne føle at treningen er gøy, og at det er noe man har lyst å drive med. En av deltakerne synes to ganger i uken var helt perfekt, hun mente at hvis det ble for mye så ville det bli et pes å dra på trening.

Å være i fysisk aktivitet, ha tid til avslapping og ha gode sosiale relasjoner er faktorer som anses som helsebringende. I følge litteraturen har dermed deltakerne selv store muligheter for å påvirke og kontrollere sin helsetilstand (Wormnes & Manger, 2005). Frisklivssentralen er et helsefremmende tilbud som hjelper personer til å ta kontroll over livene sine, noe som underbygges av funnene i denne studien. At frisklivssentralen stimulerer til fysisk aktivitet, kan i følge litteraturen være samfunnsøkonomisk lønnsomt, fordi det vil føre til redusert sykefravær (Espnes & Smedslund, 2009). Dette støttes av tidligere forskning, der det kom frem at sykemeldte var signifikant redusert etter reseptperioden (Blom, 2008).

6.3 Frisklivssentralen som arena

Den viktigste endringen som kom med folkehelseloven (2010) var at kommunen som helhet fikk ansvaret for å drive folkehelsearbeidet i kommunen. Loven innebærer en erkjennelse av at faktorer som påvirker helsen i stor grad ligger utenfor helsesektoren, og for å påvirke og redusere disse faktorene må det vektlegges samarbeid mellom flere sektorer. På denne måten flytter man fokuset mer over på lokale faktorer og strukturelle forhold. Helsen skapes jo nettopp der folk bor, arbeider, leker og elsker (Folkehelseloven, 2010).

Man vet at for lite bruk av kroppen kan forårsake eller medvirke til mange helseproblemer. Frisklivssentralen kan sees på som et tiltak som kan gjøre det lettere for mennesker å etablere og opprettholde gode helsevaner. Deltakerne uttrykker at de er veldig fornøyde med tilbudet, noe som også blir bekreftet i Båtevik m.fl. (2008) sin evaluering. Funnene i min studie viser at deltakerne opplever å ha fått støtte og hjelp til å komme i gang med treningen. For mange av deltakerne har det vært vanskelig å begynne med trening, og noen visste ikke helt hvor de skulle henvende seg for å få hjelp. Tips og råd som fysioterapeutene har kommet med gjennom reseptperioden har vært en støtte på veien til å endre levevanene.

Muskel- og skjelettlidelser, overvekt og ulike krefttyper er noen av de problemene som deltakerne i denne studien hadde før de startet på frisklivssentralen. Som litteraturen understreker så er dette et betydelig folkehelseproblem som stadig er økende i befolkningen (Mæland, 2010). At befolkningens vekt øker vil medvirke til at risikoen for å utvikle en rekke kroniske sykdommer også øker. Frisklivssentralen er et helsefremmende og forebyggende tiltak som tar tak i dette problemet og jobber mot å endre deltakernes livsstilsvaner (Helsedirektoratet, 2013). Gjennom frisklivsresepten har deltakerne blant annet trent kondisjonstrening ute, og mange sier de har fått stort utbytte av denne formen for trening. Dette er en form for trening som kan gjøres nesten hvor som helst, og den tar heller ikke så lang tid. Det man trenger er en slak oppoverbakke og en stoppeklokke, og dermed blir det kanskje lettere for deltakerne å fortsette med denne treningsformen på egenhånd. Mange har gode opplevelser med treningen og kanskje det dermed blir lettere å gjennomføre uten frisklivssentralens hjelp.

På frisklivssentralen hvor dataene til denne studien er innhentet, fikk deltakerne mulighet til å fortsette treningen etter endt reseptperiode for en liten sum i året. Dette har vært til stor hjelp for mange av deltakerne, og noen sier til og med at de ikke hadde trent hvis ikke de

hadde fått lov å være der å trene. Helsen til deltakerne er blitt mye bedre, og de føler selv at de har fått mer overskudd og motivasjon for å trene. Men formålet med frisklivssentralen er vel at det skal være en slags mellomstasjon for å komme i gang med fysisk aktivitet, for å så avslutte og fortsette med treningen et annet sted. I tidligere forskning viser det seg at halvparten av deltakerne ikke opprettholdt trenings vanene etter endt reseptperiode (Helgerud & Eithun, 2009). Ut i fra dette kan man kanskje anta at det har vært bra for folkehelsen, og ikke minst for den individuelle helsen til deltakerne, at de har fått lov å fortsette. Selv om frisklivssentralen egentlig bare skal være en mellomstasjon.

Før deltakerne startet på frisklivssentralen var det ikke alle deltakerne som følte seg så bra. Noen fortalte at de ikke orket så mye eller ikke hadde lyst til å gjøre noe, og at de mer eller mindre hadde gitt opp noe aktivt liv. Andre fortalte at de begynte å føle et fysisk forfall som de ikke synes noe om. Noen følte seg maktesløs og noen fortalte at de hadde problemer med angst og depresjon, og sa at de så svart på det meste. Deltakerne fortalte at det skjedde en endring gjennom reseptperioden, og at de nå ser mye lysere på livet. Dette må jo være helsefremmende faktorer, og jeg støtter meg på litteraturen som mener at løsningen på fremtidens helseproblemer ligger i å satse på enkle, lokalt tilpassede forebyggende tiltak gjennom et samarbeid mellom befolkningen og primærhelsetjeneste (Mæland, 2010).

7.0 Avslutning og tanker for videre forskning

Hovedintensjonen med denne studien var å finne frem til hvordan deltakerne opplevde at reseptperioden ved en frisklivssentral bidro til økt motivasjon rundt en livsstilsendring. Studiens funn viser at det er mange faktorer som spiller inn, og ofte så er de vevd inn i hverandre på ulike måter.

Hovedfunnene i denne studien viser at frisklivssentralen har vært en god støtte og hjelp til å endre levevaner. Deltakerne opplever at de får en ekstra drivkraft til å være i fysisk aktivitet, når man trener i grupper. Det kommer også frem at følelsen av å se eller føle på endring, bidrar til økt motivasjon rundt en livsstilsendring. Etter endt reseptperiode føler deltakerne at egen helse er blitt bedre, og de opplever at treningen har bidratt til at de har fått både et mentalt og fysisk overskudd i hverdagen. Dette er også en stor motivasjonskilde til å fortsette med treningen.

For at frisklivssentralen skal klare å motivere deltakerne til en livsstilsendring er det viktig at deltakeren selv ønsker dette. På denne måten kan deltakerne, med god hjelp fra frisklivssentralen, være skipper på egen skute og velge rett kurs mot et sunnere liv ved å ta de rette valgene for seg selv.

Gjennom denne studien er det gjort et forsøk på å belyse hvilke faktorer som bidrar til at motivasjonen til deltakere øker gjennom reseptperioden. Gjennom funnene kom det frem at det var mange faktorer som bidro til dette. Studien har noen begrensninger, og den tar kun utgangspunkt i de deltakerne som har gjennomført en reseptperiode. Ikke alle fullfører en tre måneders reseptperiode, og gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg oppdaget at det kanskje er like viktig å nå de deltakerne som ikke fullfører. Det hadde også vært interessant å snakke med lederne å høre om hvilken innflytelse de opplever at reseptperioden har på deltakerne, og hvordan de opplever at ordningen treffer den delen av befolkningen som trenger en slik intervensjon mest.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco & London: Jossey-Bass Publishers.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment - ulike tilnærminger. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 21 - 33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Blom, E. E. (2008). "Trening på resept" *Norges Idrettshøgskole, seksjon for idrettsmedisinske fag. Masteroppgave*. Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R. & Aarflot, U. (2008). Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivite, røykeslutt og sunt kosthald *Sosial- og helsedirektoratet, arbeidsrapport nr. 225*. Volda: Møreforskning Volda.
- Donovan, R. M. & Sletteland, N. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseloven. (2010). *Lov om folkehelsearbeid*. Lokalisert 2013, på <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html>

-
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjøsund, P. & Huseby, R. (2003). *To eller flere: Basiskunnskaper i gruppepsykologi*. Oslo: N. W. Damm & Søn.
- Hardman, A. E. & Stensel, D. J. (2009). *Physical Activity and Health: The evidence explained*. London & New York: Routledge.
- Helgerud, J. & Eithun, G. (2009). Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Norges Naturvitenskapelige Universitet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 - 2009: Sammen for fysisk aktivitet*. Departementene.
- Helsedepartementet. (2002). *Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*. (St.meld. nr. 16, 2002 - 2003). Oslo: Departementet.
- Helsedirektoratet. (2010, a). *Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle*. (Rundskriv IS-1846). Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2010, b). *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2012*. (Rundskriv IS-1/2010). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Anbefalinger*. Lokalisert Februar 2013, på <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger/Sider/default.aspx>

- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentrales - Etablering og organisering*. Lokalisert på [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentrales-etablering-og-organisering-/Publikasjoner/Frisklivsveileder elektronisk versjon 050413.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentrales-etablering-og-organisering-/Publikasjoner/Frisklivsveileder_elektronisk_050413.pdf).
- Hjort, P. F. (1994). Om samsykdommene. I P. F. Hjort (Red.), *Helse for alle! Foredrag og artikler 1974 - 93, Utretningsrapport nr U 1 - 1994* (s. 75 - 85). Oslo: Statens institutt for forlkehelse.
- Høigaard, R. (2008). *Gruppedynamikk i idrett*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Imsen, G. (2005). *Elevens verden: innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jansson, E., Stensvold, D. & Wisløff, U. (2008). Helseaspekter ved styrketrening. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 142 - 153). Oslo: Helsedirektoratet.
- Jensen, T. K. & Johnsen, T. J. (2000). *Sundhetsfremme i teori og praksis: en lære-, debat- og brugsbok på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Århus: Philosophia.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 45 - 56). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lillemyr, O. F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse: Hva ligger bak det vi gjør?* Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Mittelmark, M. B., Kickbush, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 23 - 44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A. & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. I K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Red.), *Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice* (4. utg., s. 97 - 121). San Francisco: Jossey-Bass.
- Strøm, A. & Fagermoen, M. S. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse - brukerrepresentanter som samarbeidspartnere. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring - i et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 63 - 81). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 173 - 193). Bergen: Fagbokforlaget.

WHO. (1948). *Constitution*. New York.

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva.

WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva.

Woolfolk, A. (2004). *Pedagogisk psykologi*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lokalisert, på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring: veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide – Masteroppgave – Høgskolen i Hedmark/Elverum

Informasjon før intervjuet:

- Frivillighet
- Anonymisering
- Hva intervjuet skal brukes til
- Transkriberes – slettes når oppgaven leveres 2013 (senest i 2014)

Første spørsmål for å hente inn bakgrunnsinformasjon:

Kan du fortelle litt om deg selv?

1. Førfasen:

Kan du fortelle om hvilke forventninger du hadde til frisklivssentralen?

2. Under reseptperioden:

Kan du si noe om hvordan du opplevde tilbudet til frisklivssentralen?

3. Etter reseptperioden:

Kan du fortelle om hvilke erfaringer du sitter igjen med etter reseptperioden?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du utdype ...

Når du sier ... mener du da ...

Forstår jeg deg riktig når ...

Vil det si at ...

Tema for videre samtale:

Hvordan motivasjon var når de startet

Om motivasjonen endret seg

Mestringsglede

Fysioterapeutenes påvirkning

Hverdagen før og etter reseptperioden

Reseptperiodens betydning

Vedlegg 2: Skriftlig informert samtykke

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner ved Høgskolen i Hedmark og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er deltakernes erfaringer og opplevelser etter endt reseptperiode hos en frisklivssentral, og jeg skal undersøke om deltakerne opplever at de får større tillitt til bl.a. egen mestring, slik at de endrer helseatferd. Jeg er også interessert i å finne ut hvordan deltakerne kom i kontakt med frisklivssentralen, og om det har hatt noen innvirkning på deltakerens motivasjon og mestring. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 10-15 personer som har gjennomført en tremåneders reseptperiode ved en frisklivssentral. Spørsmålene vil dreie seg om opplevelser og erfaringer i tiden før, under og etter reseptperioden.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2014.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 980 76 511, eller sende en e-post til birtheselo87@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Anne Trollvik ved Høgskolen i Hedmark avdeling for folkehelsefag på telefonnummer 62 43 02 44/922 48 907. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Birthe Selø
Kirkevegen 89 B, leil. 114
2407 Elverum

Samtykkeerklæring: Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 3: Godkjennelse fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Anne Trollvik
Institutt for idrett og aktiv livsstil
Høgskolen i Hedmark, campus Elverum
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 30.10.2012

Vår ref:31960 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31960	<i>Deltakeres erfaringer og opplevelser etter endt reseptperiode hos en frisklivssentral</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Trollvik</i>
<i>Student</i>	<i>Birthe Selø</i>

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

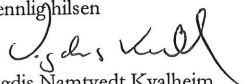
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Birthe Selø, Kirkevegen 89 B, leil. 114, 2407 ELVERUM

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31960

Personvernombudet legger til grunn at ansatte ved Frisklivsentralen rekrutterer utvalget og at taushetsplikten ikke er til hinder.

Det inngår sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes innen prosjektslutt 31.12.2014.