



# Høgskulen på Vestlandet

## MASTEROPPGAVE

Hvilke erfaringer har fastleger med frisklivssentral og veiledning om fysisk aktivitet?

GP's experiences with Healthy Life Center and counseling regarding physical activity.

**Marie Braathen Sørum**

Idrettsvitenskap

Fakultet for lærarutdanning og idrett, Høgskulen på Vestlandet, Idrettsvitenskap

Veiledere: Ellen Eimhjellen Blom og Anne Marie Sandvoll

28.05.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

# Forord

Det har vært helt riktig for meg å skrive masteroppgave dette skoleåret. En regnfull høst og snøfattig vinter har gjort det mulig for selv meg å finne roen til å gjennomføre et slikt arbeid. Effektivitet og utnyttelse av tiden har vært viktig for å få til dette kombinert med jobb og selvrealisering. Det har gått med mange helger og ettermiddager til dette arbeidet.

For å ha klart det må jeg takke mine veiledere Ellen Blom og Anne Marie Sandvoll. Dette hadde jeg ikke fått til uten dere! Dere har stilt opp, svart på kort varsel og gitt meg masse ros og positiv feedback underveis!

Tusen takk til mine venner, familie og kjæreste, dere har heia på meg hele veien! Jeg må også takke alle mine informanter som har tatt seg tid til intervju i en hektisk hverdag. Dere har delt verdifulle erfaringer rundt temaet som har gjort dette mulig!

Det har vært en lærerik prosess og jeg har fått god innsikt i et tema jeg på forhånd visste lite om, men hadde stor interesse av å undersøke! Jeg er nå utrolig lettet, stolt og glad for å endelig komme i mål! Nå skal jeg nyte friheten i helgene, på ettermiddagene og håpe på godt vær slik at jeg får vært masse fysisk aktiv ute i dagene, ukene og månedene som kommer!

Marie Braathen Sørum

# Sammendrag

Kommunene og folkehelseloven skaper grunnlaget for at fastlegene skal veilede pasienter til å forbedre eller bevare god helse. Frisklivssentraler (FLS) er kommunale helsetjenester som skal gi strukturert hjelp til økt fysisk aktivitet (FA). Tidligere studier viser at samarbeidet mellom fastlegene og FLS har forbedringspotensial og ny kunnskap er etterlyst. Hensikten med denne studien var å studere fastlegers erfaringer med FLS og veiledning om FA til pasientene. Studien har et kvalitativt design og data ble samlet gjennom intervju med 10 informanter. Analysen var inspirert av systematisk tekstkondensering og førte til identifisering av fem kategorier; vanskelig å nå inn til pasienten, inngangsport og verktøykasse for samtale, individuell tilpasning, ansvar for egen helse og erfaringer med FLS. Konklusjonen er at legenes oppfatning av FLS var todelt. Halvparten av informantene var positive til FLS, benyttet tilbudet og så ingen tydelige svakheter. Andre halvparten var generelt skeptiske til tilbudet, og opplevde at FLS bidrar til stigmatisering og selektering av deltagere med lav sosioøkonomisk status. Informantene var enige om at det er viktig med gode verktøy, en inngangsport for samtale og individuell tilpasning om FA. Studien kan bidra til bevisstgjøring rundt egen praksis for legene og inspirere til utvikling av samarbeidet mellom FLS og leger.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Forord</b>	1
<b>Sammendrag</b>	2
<b>1.0 Teori</b>	5
1.1 Helseutfordringer i dag	5
1.1.1 Definisjon på fysisk aktivitet	6
1.1.2 Anbefalinger for fysisk aktivitet	6
1.1.3 Sammenheng mellom fysisk aktivitet og helse	6
1.1.4 Sosial ulikhet i fysisk aktivitetsnivå	7
1.1.5 Befolkningsstrategi eller høyrisikostrategi	8
1.2 Utviklingen av «grønn resept» og etablering av frisklivssentraler	9
1.3 Frisklivssentral	10
1.4 Effekten av veiledning om fysisk aktivitet innen helsetjenester	12
1.5 Fastlegene er viktig for frisklivssentralen	14
1.6. Fastlegenes forutsetninger for veiledning om fysisk aktivitet	14
1.7 Fastlegenes erfaringer med frisklivssentralen	15
1.8 Fastlegenes erfaringer med veiledning om fysisk aktivitet	17
<b>2.0 Metode</b>	20
2.1 Datainnsamling	20
2.2 Utvalg	20
2.3 Semistrukturert intervju	21
2.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervju	22
2.5 Analyse	23
2.6 Forforståelse	25
2.7 Etske hensyn	26
2.8 Styrker og svakheter ved metoden	26
2.9 Overførbarhet	28

<b>3.0 Litteraturliste</b>	29
<b>4.0 Cover letter</b>	35
<b>5.0 Artikkel. Hvilke erfaringer har fastleger med frisklivssentral og veiledning om fysisk aktivitet</b>	36
Introduksjon	38
Kunnskapsstatus om legenes erfaringer med frisklivssentral og fysisk aktivitet	39
Metode	40
Utvalg og intervju	40
Analyse	41
Etiske hensyn	41
Styrker og svakheter ved studien	42
Resultat	42
Vanskelig å nå inn til pasienten	42
Inngangsport og «Verktøykasse» for samtale om fysisk aktivitet	43
Individuell tilpasning	44
Ansvar for egen helse	45
Erfaringer med frisklivssentral	46
Diskusjon	47
Konklusjon	51
Referanser	52
<b>6.0 Medforfattererklæring</b>	56
<b>7.0 Tidsskriftet sine retningslinjer</b>	57
Vedlegg	59
(1) Intervjuguide	59
(2) Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	60
(3) Godkjenning fra NSD	63

# 1.0 Teori

Det teoretiske rammeverket i denne masteravhandlingen beskriver hvordan folkehelsearbeidet har utviklet seg i takt med vårt moderne samfunn. Det blir gjort rede for helseutfordringene vi står overfor i dag, generelle anbefalinger for fysisk aktivitet (FA), samt sammenhenger mellom FA og helse. Videre vil utviklingen av grønn resept og frisklivssentralen (FLS) bli beskrevet. Til slutt vil jeg gjøre rede for tidligere forskning og evalueringer av fastlegers erfaringer med frisklivssentraler og veiledning om FA. Oppgaven omtaler voksne og eldre da det er denne aldersgruppen som benytter seg av FLS.

## 1.1 Helseutfordringer i dag

I Folkehelse rapporten «Helsetilstanden i Norge» (2018) står det at de viktigste årsakene til sykdom og redusert helse er muskel- og skjelettsykdommer, diabetes 2, psykiske plager og lidelser, hjerte- og karsykdommer og kreft. Ikke-dødelig helsetap utgjør en stor og økende andel av sykdomsbyrden i den norske befolkningen (Tollånes, Knudsen, Vollset, Kinge & Øverland, 2018). Forekomsten av fedme hos voksne øker og mange er fortsatt for lite fysisk aktive (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018). I følge en nasjonal kartlegging av det fysiske aktivitetsnivået hos voksne og eldre i Norge (KAN2) er aktivitetsnivået i befolkningen lavt (Hansen m.fl., 2019). Kun 32% i KAN2 undersøkelsen tilfredsstilte anbefalingene (kapittel: 1.1.2) for FA, og gjennomsnittlig stillesittende tid utgjør 9,1 timer pr dag, eller 62% av våken tid. Den hyppigste rapporterte grunnen for å ikke være fysisk aktiv var «har ikke tid», denne grunnen var rapportert av 37% av utvalget (Hansen m.fl., 2015)

Hansen m.fl. (2015) mener at voksne er mindre aktive nå enn før. En av årsakene kan være at det har blitt økt passivisering i arbeidsliv og transport i hverdagen (Hansen m.fl., 2015; Ulseth, 2008). Ulseth (2008) hevder at FA i dag blir mer en valgt livsstil og det å drive FA er noe man stort sett driver med på fritiden. Det krever bevisstgjøring av valg, egeninnsats og motivasjon i større grad enn tidligere. Ved St meld nr. 19, folkehelsemeldingen («Mestring og muligheter» (2014-2015)) ønsker regjeringen å legge til rette for sunne helsevalg. FA og livsstilsveiledning er positivt for pasienter med eller uten livsstilssykdommer og krever at hver enkelt av oss må ta ansvar for vår egen helse (LeFevre, 2014; Patnode, Evans, Senger, Redmond & Lin, 2017).

### **1.1.1 Definisjon på fysisk aktivitet**

FA er et overordnet begrep som betegner flere termer knyttet til fysisk utfoldelse og blir ofte definert som *enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå* (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Nerhus, Anderssen, Lerkelund og Kolle (2011) beskriver FA som et såkalt paraplybegrep. I dette inngår det mange andre termer knyttet til fysisk utfoldelse, som for eksempel idrett, trening, sport, arbeid, mosjon, friluftsliv, lek og kroppsøving. I Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet [HOD], 2013) står det at de sykdommene vi lever med kan knyttes opp mot levevaner, «En av hovedutfordringene er å øke andelen som oppfyller anbefalingene til FA og minske omfanget av stillesittende tid» (s.45). Personer som beveger seg lite på arbeid og i fritiden, og ikke oppnår anbefalingene vil kunne betegnes som fysisk inaktive (Anderssen & Strømme, 2001).

### **1.1.2 Anbefalinger for fysisk aktivitet**

Helsedirektoratet (2016a) omtaler FA som helsefremmende, gir overskudd og er et viktig virkemiddel ved forebygging og behandling av ulike diagnoser og tilstander. Videre står det at all bevegelse er positiv og at hverdagsaktiviteter som hus og hagearbeid, trappegang, aktiv transport er viktig for å redusere stillesittende tid og øke aktiviteten. Helsedirektoratets anbefalinger sier at voksne og eldre bør være i *moderat aktivitet* minst 150 minutter hver uke, eller minst 75 minutter med *høy intensitet*. Moderat intensitet vil si at aktiviteten medfører raskere pust enn vanlig, eksempel hurtig gange. Høy intensitet vil si at aktiviteten medfører mye raskere pust enn vanlig, for eksempel løping (Helsedirektoratet [Helsedir], 2016a).

### **1.1.3 Sammenheng mellom fysisk aktivitet og helse**

I over 60 år har forskningsmiljøer rundt i verden forsøkt å undersøke om FA kan forebygge sykdom eller gi bedre helse (Anderssen & Ekelund, 2018). Systematisk FA i form av utholdenhetstrening kan bidra til et økt blodvolum, redusert mengde fettsyrer i blodet, senke blodtrykket, øke forbrenningen og dermed redusere vekt (Haskell, Blair & Hill, 2009; Henriksson & Sundberg, 2015; Raastad, Paulsen, Refsnes, Rønnestad & Wisnes, 2010). Styrketrening kan forebygge fedme, hjerte- og karsykdom, osteoporose, diabetes type 2, kroppslige smerter og bidra til generell bedre helse (Raastad et al, 2010). Fysisk inaktivitet på sin side kan føre til overvekt og fedme (Rössner, 2015). Overvekt og fedme assosieres med økt risikofaktor for hjerte- og karsykdommer, diabetes 2, muskel- og skjelettplager og kreft.

FA har en positiv effekt på å stoppe eller senke utviklingen av livsstilsrelaterte sykdommer (Pedersen & Saltin, 2015; Rössner, 2015). Dersom det er tilfelle av nylig diagnostisert diabetes type 2 er det anbefalt at behandlingen skal være 6 måneder FA (Ried-Larsen & Anderssen, 2018). Det er vist en klar sammenheng mellom fysisk inaktivitet og forekomsten av diabetes type 2. Personer med overvekt kan senke blodtrykket og få en gunstig helseutvikling av FA, selv om ikke vekten reduseres (Strømme & Høstmark, 2000). Allerede i 2000 kom Statens råd for ernæring og FA (SEF) med en rapport der de anbefalte at pasientene skulle mestre sin sykdom gjennom økt FA, vektreduksjon og sunt kosthold, uten å bruke medikamenter (SEF, 2000).

Bedret fysisk form kan også redusere symptomer på psykiske helseproblemer (Martinsen, 2011). Anderson and Shivakumar (2013) viser til animalske studier der trening og regelmessig FA påvirker endringene i kroppens funksjoner ved blant annet angst. FA påvirker også hukommelsen og kan øke intelligensen (Hjelle, 2018). Ekeland, Heian, Hagen, Abbott og Nordheim (2004) sine funn viser at trening kan bidra til bedring av selvtillit, kroppoppfatning og kroppsbilde. Forskning har også vist at FA kan øke livskvaliteten (Rödger, Jonsdottir & Börjesson, 2016; Sørensen, Skovgaard, Bredahl & Puggaard, 2011). De positive endringene skjer ved ulike former aktivitet, særlig kondisjonstrening og styrketrening viser gode resultater (Ekeland m.fl., 2004). Hjelle (2018) hevder at FA er en av våre mest potente medisiner. Det eksisterer per i dag nok vitenskap til å kunne anbefale hele befolkningen å være regelmessig FA for å fremme generell helse og redusere risiko for en rekke ulike helseplager (Øverby, Torstveit, Høigaard & Stene-Larsen, 2011).

#### **1.1.4 Sosial ulikhet i fysisk aktivitetsnivå**

Det viser seg å være store sosiale forskjeller knyttet til FA. Aktivitetsnivået er skjevfordelt der personer med høyest utdanning har dobbelt så stor odds for å oppfylle anbefalingene i forhold til de med lav utdanning (Hansen m.fl., 2019). Kvinner og menn med lengst utdanning lever 5-6 år lengre og har bedre helse enn de som har kortere utdanning (FHI, 2018). En rapport fra Kinge m.fl. (2019) viser at de rikeste 40-åringene kan regne med å leve opp til 14 år lengre enn de fattigste. Kvinner og menn med lengst utdanning lever 5-6 år lengre og har bedre helse enn de som har kortere utdanning. Det er en signifikant større andel kvinner enn menn som oppnår anbefalingene for FA (34% mot 29%). KAN2 undersøkelsen viser også at stillesittende tid øker i takt med utdanningsår, da ofte høyere utdanning fører til stillesittende kontorjobber (Hansen m.fl., 2015). FA som tidligere var en del av arbeid og daglige gjøremål



er sterkt redusert og FA må drives på fritiden (Breivik & Rafoss, 2012; Hansen m.fl., 2015; HOD, 2003). St meld nr. 19 (2018-2019) har som et av sine mål å redusere sosial ulikhet i helse innen 2030. For å nå dette bruker regjeringen ulike strategier for å fremme FA i befolkningen.

### **1.1.5 Befolkningsstrategi eller høyrisikostrategi**

Livsstilssykdommer og symptomer blir normalt behandlet som individuell sykdomsforebygging gjennom den kliniske arbeidsmetoden i møte med en ekspert, da vanligvis lege (Mæland, 2016). Man får en diagnose- deretter en behandling. Dette er en del av en *høyrisikostrategi*, fordi den identifiserer og lokaliserer de personene med risiko for eller utvikling av sykdom (Mæland, 2016). En høyrisikostrategi behandler og har fokus mot de som har risiko for å utvikle sykdom (Øverby m.fl., 2011). Sykdomsforebygging kan også skje gjennom *befolkningsstrategier*, både gjennom helseopplysninger eller forebygging iverksatt av myndighetene, eksempel; vaksinasjon, fjerning av kreftfremkallende stoffer i miljøet, vitaminer i matprodukter eller kampanjer som oppfordrer til hverdagsaktivitet (Mæland, 2016). FA som primærforebyggende tiltak via kun informasjon gjennom kampanjer og lignende kan øke aktiviteten på kort sikt, men blir ikke overholdt over lang sikt (Harrison, 2005). Forskning har vist at det er en kombinasjon av generelle befolkningsstrategier og høyrisikostrategier som er mest effektive for folkehelsearbeidet (LeFevre, 2014; Mæland, 2016; WHO, 2018)

Tellnes (2017) skriver (s.20); «Dagens helseproblemer og sykdomspanorama er annerledes enn for 50-100 år siden. Fra smittsomme sykdommer til sykdommer vi lever med til vi dør, eksempel livsstilssykdommer. Dette krever nytenkning og utprøving av nye metoder for forebygging, behandling og rehabilitering. Å forløse hvert enkelt menneskets iboende krefter og inspirere dem til å ta i bruk sitt potensial er en viktig målsetting. Selvrealisering, optimisme og fremtidstro kan være vel så virkningsfullt som piller! Dette krever aktiv verdiprioritering blant foreldre, helsepersonell og politikere i fremtidens samfunn». Tellnes (2017) mener at samfunnet skriker etter nye forebygging og rehabiliteringsmetoder som kan videreutvikles i takt med allerede godt etablerte medisinske institusjoner i vår tids sykdomspanorama og høye sykefravær.

## 1.2 Utviklingen av «grønn resept» og etablering av frisklivssentraler

Grønn resept ble innført i 2003 gjennom St. meld.nr 16 (2002-2003) «Resept for et sunnere Norge». Grønn resept var en ny takst som fastlegene kunne skrive ut til sine pasienter (Helsedir, 2016c). Taksten skulle oppmuntre fastlegene til å gi flere råd om livsstilsendringer til pasientene (Storvik, 2014). Målet med taksten var å bruke mindre medisiner og forebygge mere. Grønn resept- taksten eksisterer fortsatt, men omtales også som frisklivsresept. Pasienter med høyt blodtrykk eller diabetes type 2 kan få skrevet ut grønn resept inntil tre ganger i året, resepten skal bidra med råd og veiledning til trening og kostholdsending (Lærum m.fl., 2015). Reseptordningen har som hensikt å være en bro mellom behandlere og helsefremmende bruk av virkemiddelet FA.

Bringeland og Aasland (2006) gjorde en evaluering av ordningen grønn resept i 2006. De gjennomførte en spørreundersøkelse der de nådde ut til 1134 norske fastleger, samt 10 av de som responderte hadde også en telefonsamtale. Det kom frem gjennom deres undersøkelse at den daværende ordningen hadde begrenset legitimitet blant norske fastleger. Fastlegene mente også at de ikke så hensikten med en grønn resept, fordi fastlegene allerede gav råd om livsstil og mente det var en politisk markering. Fastlegene fra undersøkelsen mente også at man kunne sykeliggjøre allerede friske mennesker ved å dele ut grønn resept. Rapporten viste at fastlegene savnet et sted å henvise eller sende pasientene til etter de hadde skrevet ut en grønn resept, som et «apotek» for FA (Bringedal & Aasland, 2006). Det kom etterhvert ulike tilbud der pasientene kunne løse inn grønn resept. Båtevik m.fl. sin rapport fra 2008 «Ein resept å gå for?» evaluerte de ulike kommunale oppfølgingstilbudene. Det var ulike tilbud som fysiotek, fysak-sentraler og FLS som ble evaluert. Undersøkelsene skulle gi svar på hvilke av de ulike oppfølgingsmodellene som la til rette for livsstilsendringer og hvilke suksessfaktorer tilbudene hadde lokalt. Denne evalueringen landet på strukturen ved FLS som det beste alternativet.

I 2011 ble FLS den endelige modellen som skulle bli det anbefalte tiltaket for å nå risikogrupper for livsstilsykdommer. Som en følge av samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) kom det ny Folkehelselov. Reformen og Loven i samarbeid skulle ha mer fokus på helsefremmende arbeid i kommunene (Helsedir, 2016b). Folkehelseloven og Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å iverksette forebyggende tiltak for å møte de lokale utfordringene. Disse lovene er et naturlig forankringspunkt for helsefremmende

arbeid i kommunen og de stimulerer kommunen til samarbeid mellom sektorene. For å få til dette ønsket regjeringen å utvikle en folkehelsepolitikk med muligheter for hver enkelt til å ta ansvar for egen helse og FLS er et tiltak for folkehelsearbeid i enkelte kommuner (St. meld. nr. 19 (2014-2015)). I 2013 kom en revidert utgave av «Veileder for kommunale frisklivssentraler», og stadig flere kommuner etablerer og styrker satsingen på frisklivssentral (Helsedir, 2016c).

### **1.3 Frisklivssentral**

Frisklivssentralen (FLS) er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste som jobber for å fremme gode opplevelser med FA i grupper og trening alene (Helsedir, 2016c). FLS er et eksempel på en høyrisikostrategi for folkehelsearbeidet i Norge. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Ulike kurs som snus- og røykeslutt, kosthold og mestring av depresjon og belastning, veiledning av søvnvansker, samtaler om alkoholvaner samt veiledning om FA tilbys ved de ulike FLS i kommunene i større eller mindre grad. FLS er en tverrfaglig tjeneste og de ansatte har ulik faglig bakgrunn, som for eksempel: fysioterapi, ernæring, pedagogikk, ergoterapi, sykepleie, folkehelsevitenskap og psykologi (Ekornrud & Thonstad, 2018). Eksempler på de som har god nytte av FLS tilbud er de som faller inn under en risikogruppe for overvekt/fedme, psykiske lidelser og/eller muskel og skjelettlidelser (Helsedir, 2016c). FLSs mål er å gi kunnskapsbasert støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer (Helsedir, 2016c).

FLS tar imot personer som blant annet trenger hjelp til å komme i gang med trening og livsstilsendring. En frisklivsresept er betegnelsen på en tre måneder oppfølgingsperiode med samtale og trening som man kan få henvist fra eksempel fastlege (Helsedir, 2016c). FLS er et sted man kan møte opp, ha samtale og gjennomføre treningen. Per dags dato er det etablert FLS i 264 kommuner og bydeler rundt om i landet, det vil si at det finnes en frisklivssentral i 3 av 5 kommuner, det er dobbelt så mange som i 2011 (Ekornrud & Thonstad, 2018). Etableringen av frisklivssentraler har kommet lengre i enkelte fylker, da særlig i de store kommunene i sentrale strøk der tilbudet er størst og har flest ressurser i 2016 (Ekornrud & Thonstad, 2018). Forskjellene viser seg gjennom antall gruppetimer, kostholdsveiledning og FLSs lokaler. Kommuner med stram økonomi opplever det som utfordrende å få politikerne

til å se verdien av forebyggende helsearbeid, og at dette som oftes blir nedprioritert til fordel for andre helsetjenester (Ekornrud & Thonstad, 2018).

FLS er i hovedsak et sekundær- og tertiærforebyggende helsetilbud som blir tilbudt i kommunen, da mange av deltakerne har eksempel muskel- og skjelettsykdommer og skader, hjerte- og karsykdommer, diabetes eller lungesykdommer (Andersen, Holmberg, Lendahls, Nilsen & Kristenson, 2018; Ekornrud & Thonstad, 2018). Formålet med FLS er å øke befolkningens levealder og redusere helseforskjellene i sosiale og etniske grupper (HOD, 2003; Helsedir, 2016b).

En Norsk studie fra 2016 (Abildsnes, Meland, Samdal, Stea & Mildestvedt, 2016) undersøker erfaringer med, og forventninger til FLS blant ansatte, pasientgrupper og beslutningstakere. For å finne ut av dette ble det gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte hos FLS, kommuneadministrasjonen, fylkesadministrasjonen, fastleger og representanter fra tre pasientgrupper. Forventningene til FLS er mange, fra primærforebygging hos barn til rehabilitering av voksne med etablerte sykdommer. De ansatte hos FLS mente individuell rådgivning trigget pasientenes vilje til å endre levevaner, der autonomi er et viktig stikkord i en samtale. Erfaringene viste at de som tok kontakt med FLS selv hadde større sjanse for å gjennomføre en endring enn de som ble henvist til FLS. I denne studien er FLS beskrevet som en sentral med komplekse utfordringer og utilstrekkelige håndteringsstrategier, ofte kommer det også deltakere med psykiske helseplager. FLS står overfor en prioriteringskonflikt mellom befolkningsstrategi og høyrisikostrategi. I samsvar med de nasjonale anbefalingene skal FLS ved å tilby effektive kunnskapsbaserte oppfølgingsprogram bidra til å redusere sosiale ulikheter i samfunnet. Abildsnes m.fl. (2016) kom frem til at FLS er et konsept under utvikling, og prøver å definere sin stilling i det offentlige helsevesenet og plass i samfunnet.

FLS opplever at de stadig vekk må «minne» legekantorene på at de finnes (Båtevik m.fl., 2008). I 2008 opplevde FLS ansatte at de hadde 70% kapasitet til å ta imot flere henvisninger fra reseptordningen enn det de faktisk fikk inn (Båtevik m.fl., 2008). Det blir også gitt uttrykk for at det skyldes for få potensielle deltakere til FLS, påstanden avskrives da det er tendens til økende henvisning etter at ansatte på FLS har vært ute med informasjon på legekantorene. Koordinatorne på FLS registrerer at tallet på henvisninger fra fastlegene stiger etter oppslag i media eller etter informasjonsrunder på kantorene (Båtevik m.fl., 2008). Den varierende hyppigheten på henvisninger kan tyde på at det trengs stadig påminninger og gode rutiner for

informasjonsrunder frem til FLS blir integrert som et «vanlig» tilbud for pasienter med livsstilssykdommer.

Leder for Allmennlegeforeningen Trond Egil Hansen (18.04.2011) uttalte seg i 2011 om da helsedirektoratets nye veileder; «FLS vil kunne bli en viktig samarbeidspartner for fastlegene». Han begrunner det videre med at fastlegene møter mange som har behov for veiledning og FA. Det er likevel ulike holdninger blant fastlegene til den nye veilederen. Eksempel i 2014 ba Vestby sentrale helsemyndigheter alle kommunene om å etablere frisklivssentraler som kunne hjelpe personer med å endre livsstil. Saken ble drøftet i kommunens allmennlegeutvalg. Det kom frem at legene i utvalget ikke hadde troa på positiv effekt av en frisklivssentral og var av den oppfatning at motiverte pasienter klarer å snu livsstilen uten en frisklivssentral til å hjelpe seg (Moss Avis, 2014).

#### **1.4 Effekten av veiledning om fysisk aktivitet innen helsetjenester**

Forskning viser til ulike resultat av effekten av veiledning om FA til pasienter. Dette kapittelet tar for seg nyere forskning om effekten av FLS, og nyere forskning som sier noe om hvilke veiledningsteknikker som viser seg å være effektive for økt FA.

Helsedirektoratet bestilte en systematisk oppsummering om effekten av organisert oppfølging for fremming av FA og kosthold (Denison, 2014). Det ble inkludert 38 studier, der 37 var randomiserte kontrollerte studier (RCT) og en observasjonsstudie. Basert på resultatene i de inkluderte studiene og forskernes vurdering av kvalitet på studiene, konkluderte de med at det er stor usikkerhet knyttet til effekten av organisert oppfølging. Resultatene i studiene varierte fra ingen til stor effekt på økt FA og bedre kosthold. De fant at oppfølgingstid på mer enn ett år ikke ser ut til å ha bedre effekt enn oppfølgingstid under ett år, men direkte sammenligninger mangler. Tiltakene i studiene som ble inkludert var svært varierte, men likner på det som kan tilbys i FLS (Denison, 2014).

Samdal m.fl. (2019) gjennomførte en randomisert, kontrollert studie (RCT) for å evaluere effekten av FLS. Formålet var å studere om det var endring i FA nivå etter seks måneders intervensjon med gruppebasert trening. 118 deltakere ble plassert i intervensjon- eller kontrollgruppe, kontrollgruppen ble satt opp på venteliste. Deltakerne hadde i hovedsak psykiske, muskulære eller kroniske somatiske plager. I begge gruppene oppnådde 83% av

deltakerne anbefalt FA etter endt intervensjon. De fant ikke noe sammenheng mellom motivasjon hos deltakerne og endring, men alle deltakerne hadde allerede et høyt aktivitetsnivå ved oppstart. Deltakerne med lavere utdanning hadde minst sannsynlighet for å endre adferd og hadde minst effekt av studien (Samdal m.fl., 2019). Studien til Samdal m.fl. (2019) hadde et selektert utvalg da hele 80% tilfredsstilte anbefalingene om FA før oppstart, mot 32 % i den generelle befolkningen.

En norsk metastudie tar for seg hvilke veiledningsteknikker som er mest effektive for varige livsstilsendringer (Samdal, Eide, Barth, Williams & Meland, 2017). De inkluderte 48 studier. De ønsket å se ulike livsstilsintervensjoner for å se hvilke veiledningsteknikker som var mest effektive. I studiene som fortsatt viste effekt etter et år, var studier der deltakerne hadde blitt bedt om å sette seg mål 1 år fremover i tid, for hva de ville oppnå med livsstilsendringene. Veiledning som fremmer deltakernes selvbestemmelse og gir autonomi til individet viser seg å ha god effekt (Samdal m.fl., 2017). FLS bruker motiverende intervju der selvbestemmelse og målsetting er en del av oppfølgingen.

En studie av Sagsveen, Rise, Grønning og Bratås (2018) undersøkte hvordan ansatte opplever brukerengasjementet og involvering av individene på FLS. Motiverende intervju ble sett på som en måte å presentere livsstilsendringer som et alternativ der brukerne skulle ta kontroll over situasjonen og målsettinger. De ansatte fremmet særlig utfordringer overfor motstridende diskurser i deres praksis og særlig dilemmaet med å fremme autonomi og engasjement, samt fremme forandring i en forhåndsbestemt retning (Sagsveen m.fl., 2018). De viser at ansatte kan prøve å styre pasienten i en retning, men det er pasienten selv som må ta ansvar for egen helse. Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund & Bratås (2019) hevder at respekt og kontinuitet er viktig for pasientens evne til å gjennomføre en livsstilsendring.

En studie fra Sverige med 3300 deltakere, viser at gjennomsnittlig adherence (hvorvidt pasientene tar medisinen de har fått råd om å ta av legen) til FA på resept var 53% etter 2 måneder og 50% etter 12 mnd. Større grad av adherence hadde sammenheng med høyere aktivitetsnivå ved baseline (Leijon, Bendtsen, Stahle, Ekberg, Festin & Nilsen, 2010). FA på resept har en positiv påvirkning på pasientens fysiske aktivitetsnivå, samt påbegynt kronisk sykdom. Andre studier har også vist at ca. halvparten av de som får FA på resept følger opp anbefalingene fra legen (Arsenijevic & Groot, 2017; Leijon m.fl., 2010). Videre viser funn fra tidligere studier at det er usikkert hvorvidt treningsrådgivning har effekt på økt FA på lang

sikt, og i hvor stor grad pasientene følger opp rådgivningen (adherence) (Arsenijevic & Groot, 2017; Goldberg, Cho, & Lin, 2018; Harrison, 2005; Leijon m.fl., 2010; Pavey m.fl., 2012; Rödger m.fl., 2016). Likevel er det viktig med veiledning, da fastlegene har en posisjon som gjør at de kan nå ut til mange (Båtevik m.fl., 2008).

### **1.5 Fastlegene er viktig for frisklivssentralen**

Det er generelt lav forekomst av livsstilsveiledning fra fastlegene (Goldberg m.fl., 2018).

Likevel er den største andelen henvisninger til FLS fra fastlegene lokalt, hele 91% av henvisningene kommer fra fastlegene i kommunene. Enkelte av fastlegene var skeptiske til at personer utenfor helsevesenet (NAV) kan tilvise personer til FA (Båtevik m.fl., 2008).

Båtevik m.fl. (2008) fant at mangel på støtte og forståelse fra helsepersonell var medvirkende på å bremse utviklingsarbeidet lokalt, dette gjaldt særlig dersom man ikke hadde fastlegene på laget. Flere kommuner har åpnet for at annet helsepersonell enn bare fastlegene kan tilvise til FLS sitt treningstilbud. Likevel er det fastlegene som har størst tillit og troverdighet gjennom en god dialog (Malterud, 2017).

Bolstad (2015) intervjuet tidligere deltakere hos FLS som mente de hadde lyktes med en livsstilsendring. Hun fant en trend der legen spilte en viktig rolle for å bevisstgjøre deltakerne på egen helserisiko og påvirke de til å komme i gang med endringsprosessen. Bolstad (2015) fant også at flere av deltakerne opplevde at fastlegene gav dem «en dytt i ryggen» og enkelte mente dette var avgjørende for deres gjennomføring av endringsprosessen. Det er viktig med fastlegene på laget slik at det gir pasientene trygghet og troverdighet til treningen, og på grunn av utvikling av tilbudet generelt.

### **1.6. Fastlegenes forutsetninger for veiledning om fysisk aktivitet**

Salemonsens, Hansen, Frøland og Holm (2018) hevder at det er avgjørende at helsepersonell involverer seg i pasienten, da pasienten ofte kjenner på skam og skyld. Tidligere forskning viser at barrierer for veiledning om FA er blant annet begrenset kunnskap om FA fra medisinstudiet (Bruset, Høye & Haavet, 2014; Båtevik m.fl., 2008; Galaviz, Narayan, Lobelo & Weber, 2018; Gustavsson m.fl., 2018; Mæland, 2016). På utdanning.no (26.okt.2018) kan man lese om medisinstudiet i Oslo. Det står det at man skal lære hvordan du kan hjelpe folk til å bli friske og bevare god helse. De har også skrevet at studentene skal ha inngående kunnskap om faktorer og tiltak som kan påvirke helse og sykdom. Det står ingenting om FA

og bruken av dette i deres studieplan. Medisinstudentene i Bergen har emnet «Aktivitet er medisin» blant seks valgfrie emner på 3 studiepoeng det fjerde semesteret, og blant seksten valgfrie emner det niende semesteret (2 uker undervisning) (Universitetet i Bergen, 2015). Medisinstudentene i Oslo, Tromsø og Trondheim har ingen undervisning om FA som medisin.

Forskning fra Brotons m.fl. (2005) viser til at allerede fysisk aktive leger har større påvirkningskraft for å veilede til økt FA til pasientene. Det vil være vesentlige kunnskapshull og variasjoner mellom fastleger, der leger med interesse for faget vil da ha større grunnlag for å drive primærforebygging og helsemarkedsføring (Brotons m.fl., 2005). De norske fastlegene og annet helsepersonell kan benytte seg av aktivitetshåndboken (Bahr, 2009). Dette er en bok fra 2009, utgitt av Helsedirektoratet som tar for seg ulike diagnoser og hvordan FA kan forebygges og behandles (Bahr, 2009). Hjelle (2018) mener sykepleiere og leger bør kunne like mye om effekten av FA som de kan om legemidler. Goldberg m.fl. (2018) mener politikere og institusjonene som utdanner leger kan påvirke opplæringen av leger og påvirke deres avgjørelse ved veiledning for å forbedre resultatene slik at flere oppnår bedre helse.

### **1.7 Fastlegenes erfaringer med frisklivssentralen**

En amerikansk litteraturstudie for livsstil og diabetes type 2 fra USA ser på legenes erfaringer og arbeid med forebygging av livsstilssykdommer (Galaviz m.fl., 2018). Den amerikanske hjerteforeningen mener veilednings-strategier som målsetting og selvbestemmelse vil være viktig for å gjennomføre livsstilsendringer. Legenes barrierer for livsstilsrådgivning viser seg å være mangel på kompetanse, organisatoriske ressurser og tid til samtale med pasienten. Det er også rapportert om dårlige forbindelser mellom praksis og gjennomførbarhet og anbefalinger fra myndighetene (Galaviz m.fl., 2018). Denne samme problematikken ser ut til å gå igjen ved FLS.

Båtevik m.fl. (2009) sin rapport viser også til at enkelte leger var skeptiske til ordningen. Enkelte av fastlegene følte at FLS var en politisk markering og var byråkratisk, samtidig hevder informantene i intervju at de norske fastlegene alt i alt er positive til FLS og at informasjonen rundt ordningen er god. Hele 80% av fastlegene mente at FLS dekket et viktig behov hos pasientene. 57% av fastlegene mente at et slikt tilbud er nødvendig for å lykkes med en livsstilsendring og endring av levevaner. Ordningen med FLS blir stadig tilpasset fastlegenes arbeidssituasjon, og i alt 80% av fastlegene opplevde at FLS har gode



administrative rutiner der pasienten får oppfølging. Båtevik m.fl. (2009) rapporterer om at fastlegene mener i stor grad at ordningen med FA på resept når frem til den rette pasientgruppen.

Enkle rutiner og bruk av informasjonskanaler kunne fått ordningen til å fungere enda bedre i det daglige, likevel gir flertallet av fastlegene uttrykk for at de har positive erfaringer med ordningen. Båtevik m.fl. (2009) kom frem til at fastlegene ønsket tilbakemeldinger fra FLS underveis, og det var ønsket en forenklet fremgang for henvisningen (elektroniske resepter) mellom FLS og legekantorene. En av grunnene til at ordningen blir glemt av fastlegene kan være en hektisk hverdag, samt at FLS blir borte blant alle de andre tilbudene fastlegene kan tilby (Båtevik m.fl., 2009). Ordningen med FLS blir stadig tilpasset fastlegenes arbeidssituasjon, og i alt 80% av fastlegene opplevde at FLS har gode administrative rutiner der pasienten får oppfølging.

Fastlegene opplever at FLS rapporterer om større forbedringer hos pasienten enn det fastlegene erfarte (Bruset m.fl. 2014). Årsakene til dette kan være at FLS fokuserer på mestring og egeninnsats, mens konsultasjonene hos lege dreier seg mer om å finne og dokumentere sykdom og funksjonstap. Fastlegene ser på pasientens fettprosent, blodtrykk og glukosenivå og gjør seg en mening om personens fysiske form ut fra prøvene. Disse forskjellene kan utgjøre at FLS oppleves tvetydig og vag for fastlegene fordi man ser på ulike faktorer for hva som anses som god helse (Bruset m.fl., 2014).

Det viser seg å være få studier i nyere tid som ser konkret på fastlegenes erfaringer med frisklivssentral og veiledning om FA. Gustavsson m.fl. (2018) undersøker ulike helsepersonell sine syn, barrierer og krav til et vellykket samarbeid med den svenske ordningen *swedish physical activity on prescription (SPAP)*. SPAP er et helsefremmende tiltak som helsepersonell kan benytte seg av for forebygging og behandling av livsstilsrelaterte helseproblemer, omtrent slik som den norske FLS. Bakgrunnen for forskningsprosjektet med SPAP er at det blir lite benyttet av helsepersonell, til tross vitenskapelig støtte og regionale kampanjer. Studien tar for seg atten semistrukturerte intervju der de intervjuet helsepersonell i primærhelsetjenesten. De fant at det var motstridende syn på hvordan helsepersonellet oppfattet situasjonen, og at det var behov for økt organisatorisk støtte. Det var også behov for økt kunnskap og positiv holdning blant helsepersonell, støttende og klar ledelse, sentrale støttekulturer og kunnskap om SPAP-metodens innhold. Selv med motstridende resultat fra

helsepersonalet var de fleste enige om viktigheten å fremme FA, men de manglet tid, rutiner og SPAP- rådgivning (Gustavsson m.fl., 2018). Funnene i denne studien viser viktigheten med klare retningslinjer og enkle metoder for helsepersonell til å tilvise til SPAP. Vi kan se likhetstrekk mellom SPAP og FLS, blant annet utfordringene som; mangel på tid og klare retningslinjer for henvisning (Båtevik m.fl., 2008; Gustavsson m.fl., 2018).

### **1.8 Fastlegenes erfaringer med veiledning om fysisk aktivitet**

Det er ulike subjektive erfaringer for legene ved å veilede pasienter til et mer fysisk aktivt liv. I spørreundersøkelsen til Båtevik m.fl. (2008) opplever fastlegene i liten grad at pasientene reagerer negativt på aktivitet som behandlingstiltak. Som nevnt tidligere har fastlegene ulike erfaringer når det kommer til oppfølging av rådet fra legen (adherece) (Arsenijevic & Groot, 2017; Goldberg, Cho & Lin, 2018; Harrison, 2005; Leijon m.fl., 2010; Pavey m.fl., 2012; Rödjer m.fl., 2016). Båtevik m.fl. (2008) viser til at 20 % av norske fastleger mener henvisningene ikke blir fulgt opp (adherence), mens 47% av fastlegene mener det er både/og.

Førstelektor ved Høyskolen i Kristiania og fastlege Ole Petter Hjelle (23.02.2016) skriver i sin artikkel i Tidsskrift for den norske legeförening, «Vi kommer i kontakt med svært mange pasienter, kjenner dem godt, og er i en unik posisjon til å kunne bidra i folkehelsearbeidet. Med vår store kontaktflate mot pasientene er vi fastleger i en unik posisjon til å kunne identifisere (friske) pasienter som er i risikozonen for å utvikle sykdom, og kunne henvise dem videre til lavterskeltilbud innenfor FA» (Hjelle, 2016). Et godt lege-pasient forhold vil være en fordel slik at tilliten og troverdigheten er på plass når man henviser til en annen aktør, som for eksempel FLS (Bruset m.fl. 2014).

En fastlege kan være en kilde til medisinsk kunnskap for pasientene, men også aktivt diskutere kontekstuelle årsaker til livsstilsvalg og være en reflektert partner som utforsker verdier og normer (Walseth, Abildsnes & Schei, 2011). I en kvalitativ undersøkelse (2011) med intervju av 12 pasienter sa majoriteten at de ønsket at fastlegen skulle erkjenne deres følelser og lede dialogen mot felles grunnlag der råd ble justert til den konkrete livssituasjonen (Walseth m.fl., 2011). Et godt, personlig lege-pasientforhold skapte motivasjon og forpliktelse til å forandre, og rådgivning kan tolkes som omsorg. Resultatene fra studien understreker nødvendigheten av pasientsentrert tilnærming i livsstilsrådgivning. Walseth m.fl. (2011) mener at fastlegene må stole på de langsiktige effektene av å investere i et godt forhold og personlig omsorg i livsstilsamtaler med pasienten. Studien konkluderte med

at legen må opptre som en oppmuntrende informant, utforsker av hverdagen og årsakene til atferd, en reflekterende partner, en vaktmester og justere medisinsk rådgivning til pasientens identitet, kontekst og verdier (Walseth m.fl., 2011).

Walseth (2012) skriver i en annen studie, at når en pasient kommer til konsultasjon hos legen lever han/hun i sin livsverden og med sine opplevelser. Fastlegen møter pasienten med sin kunnskap. Legen kan vite hva pasienten bør, og ikke bør gjøre, men det er ikke sikkert det passer inn i pasientens liv (Walseth, 2012). Det kan skapes et skille mellom pasient og behandler i helsesektoren da det brukes et annet «språk», fagspråk (Askheim, 2003). Gjennom utdanning og praksis er helsepersonell lært opp til å bruke spesifikke faglige kunnskaper, fagetiske verdier og ferdigheter. Vi kan se på det som objektive og subjektive individ med forståelse der fagutdannede utøver makt på pasienten ved en gitt handlingsramme (Foucault, 1976). Maktforskjellen kommer til syne for pasienten i møtet med kontorer, avtaler, rammeverk, rolleforståelse og holdninger. Dette maktbruket er ikke synlig, og det er vanskelig å lokalisere opplevelsen rundt fenomenet (Fugelli & Ingstad, 2014). Når helsepersonell ønsker å gi gode råd kan det oppfattes som krenkende for pasienten, og diskusjonen rundt diagnoser blir tatt for gitt da helsepersonellet er de som sitter med den biomekaniske kunnskapen (Foucault, 1976; Fugelli & Ingstad, 2014). Dette kan også oppleves som ubehagelig og moralistisk for fastlegene.

Bruset m.fl. skrev en artikkel i 2014 «Vi må være litt strengere» (Bruset m.fl., 2014). Ved hjelp av sju semistrukturerte intervju samles det kunnskap rundt det å være fastlege. I artikkelen kommer det frem hvordan bruk av medisin kan føre til en distansering til pasienten gjennom deres makt. Bruset m.fl. (2014) diskuterer i artikkelen at; fastlegene må bli strengere overfor seg selv og overfor pasientene i henhold til å skrive ut resepter og veilede til FA. Som pasient kan enten ta medisin som «kurerer» sykdommen, eller du kan trene 1-2 timer 2-3 dager i uka (ca.). I de fleste tilfeller vil det være lettere og enklere for fastlegene og pasienten å få resept på medisin. Bruset m.fl. (2014) skriver om ubehagelige opplevelser av skjult makt; «Legemidler ble fremhevet som noe positivt som kunne beskytte mot sykdom, mens de på den annen side ble brukt som en skjult trussel hvis ikke livsstiltakene skapte positive resultat» (s.24).

Legen sitter med mye makt og det kan være utfordrende for enkelte å ta en samtale om livsstilsendringer. Strømmen m.fl. (2015) kan fortelle om ekte hendelser i helsevesenet der

overvektige pasienter har måttet bytte fastlege før livsstil ble et tema. Han mener det er mange utfordringer i en samtale knyttet til livsstilsendringer. «Fedme er en kronisk sykdom med dårlig prognose uten omfattende behandling, lang profesjonell oppfølging og omfattende egeninnsats. Men mens vi søker etter stadig mer effektive dietter, lovende medikamenter og nye varianter av fedmekirurgi, er den første – og for mange også største – utfordringen å snakke om problemet» (Strømmen m.fl., 2015). Brusset m.fl. (2014) skriver også om fastlegenes pedagogiske virkemidler og evne til å ta en slik personlig prat. Det vil være viktig for fastlegene å ha ulike verktøy i kombinasjon med erfaring for å nå inn til pasienten med et slikt personlig budskap om livsstilsendring.

Kriterier for vitenskapelighet er ikke absolutte og evigvarende sannheter, men normative forutsetninger om hører hjemme i en bestemt historisk, sosial og kulturell ramme (Malterud, 2017). Det er ikke gitt at legenes erfaringer med FLS og veiledning om FA er like utfordrende nå som før. Enkelte av studiene som omtaler samarbeidet mellom fastlegene og FLS er over 10 år gamle (Bringeland & Aasland, 2006; Båtevik, 2008). Så langt kjenner vi til at fastlegene mener det er viktig å veilede om FA, men der er barrierer for livsstilsrådgivning som mangel på kompetanse innen FA, maktdiskurs, organisatoriske ressurser, enkle metoder- og tid til samtale med pasienten (Brusset m.fl. 2014; Båtevik m.fl., 2008; Galaviz m.fl., 2018; Gustavsson m.fl., 2018). Bringedal og Aasland (2006) mener det videre arbeidet av FLS bør utvikles i tett samarbeid med fastlegene for å dra nytte av kunnskapen og erfaringen som de arbeider med daglig. Derfor er det viktig å lytte til legenes subjektive erfaringer om veiledning om FA og henvisning til FLS, fordi de spiller en stor rolle for FLS. Det er mangel på nyere kunnskap om legenes erfaringer med FLS som tiltak for økt aktivitet i befolkningen. For utviklingen av samarbeidet er det viktig med oppdaterte erfaringer fra nåværende leger. Derfor er det behov for å utforske fastlegenes erfaringer med FLS og veiledning om FA slik at man på sikt kan utvikle samarbeid mellom fastlegene og FLS (Bringedal & Aasland, 2006; Goldberg, Cho & Lin, 2018). Hensikten med denne studien har vært å undersøke legenes erfaringer med FLS og veiledning om FA, og det er formulert følgende forskningsspørsmål: *Hvilke erfaringer har fastleger med frisklivssentral og veiledning om fysisk aktivitet?* Studien tar for seg subjektive erfaringer fra et utvalg fastleger og kan avdekke trender og holdninger blant mitt utvalg.

## 2.0 Metode

For å få tilgang til ulike fastlegers erfaringer med veiledning om fysisk aktivitet (FA) og erfaringer med frisklivssentralen (FLS) ble det brukt en kvalitativ metode. Metoden er egnet for å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk og egenskaper ved fenomenet som skal studeres (Malterud, 2017). En kvalitativ metode i dette tilfellet har gitt gode data og belyst forskningsspørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2012; Tranøy, 1986).

### 2.1 Datainnsamling

Studien hadde til hensikt å få tak i fastlegenes erfaringer og opplevelser med veiledning om FA og henvisning til FLS. Ifølge Thagaard (2009) er det kvalitative intervjuet velegnet til å gi informasjon om opplevelser, forståelser og omgivelsene til personene som blir intervjuet. Det ble benyttet et semistrukturert kvalitativt intervju. Intervjuformen er passende for å samle informasjon om hvordan mennesker opplever ulike situasjoner, hvilke erfaringer, meninger og perspektiver informantene har rundt det som blir tatt opp av intervjuer (Thagaard, 2009).

### 2.2 Utvalg

Det ble valgt et strategisk utvalg for å samle inn refleksjoner og oppfatninger som er representative for mitt forskningsfelt (Malterud, 2017). Inklusjonskriteriet for informantene i studien var at de skulle ha jobbet som fastlege minst 1 år, for å ha erfaringer og situasjoner å se tilbake på. Det var ønskelig å ha ca. 50 % kvinner og menn, med et ulikt antall år med erfaring blant informantene. Forskeren ønsket mellom åtte til ti informanter.

Rekrutteringsprosessen startet med mail til et utvalg legekantor der fastlegene ble oppfordret til å delta i studien. Dette var tilfeldig da forskeren sendte mail til legekantor i flere ulike kommuner på Østlandet og Vestlandet. Det var utfordrende å få tak i informanter og kun én av ti ble rekruttert gjennom mail til legekantor. Etter intervju med denne informantene spurte forskeren som et siste spørsmål om informantene visste om andre fastleger som kunne deltatt i forskningsprosjektet, informantene anbefalte meg ett eller to navn. Slik er de fleste informantene blitt rekruttert i denne masteroppgaven. På grunn av lite respons på mail har det vært viktig med venner og familie, eller «noen som kjenner noen», for deretter å sende en forespørsel om deltakelse, *snøballeffekten* (Malterud, 2017). Videre anbefalte informantene å ta kontakt med kolleger og venner av informantene. Informantene er rekruttert gjennom et *tilgjengelighetsutvalg*, altså at man inkluderer de informantene som er mulig å få tak i innenfor inklusjonskriteriet (Malterud, 2017).

Informantene består av ti kvinner og menn i ulike alder fra ulike områder på Østlandet og Vestlandet. Informantene er i utgangspunktet både positive og negative til FA og FLS og det er ingen krav til veiledning om FA. Et variert utvalg har vært viktig for å få ulike synspunkt på fenomenet som skal studeres, slik at problemstillingen kan belyses fra ulike sider og anses som gyldig kunnskap (Malterud, 2017). For beskrivelse av utvalgets karakteristika med hensyn til kjønn, alder og antall år med erfaring, se Tabell 1.

Tabell 1, Informanter

Informant	Kjønn og alder	Erfaring som fastlege
Informant 1	Mann, 37 år	10 år
Informant 2	Mann, 57 år	30 år
Informant 3	Kvinne, 30 år	2,5 år
Informant 4	Mann, 62 år	31 år
Informant 5	Mann, 35 år	5 år
Informant 6	Kvinne, 37 år	5 år
Informant 7	Mann, 48 år	5 år
Informant 8	Kvinne, 31 år	2,5 år
Informant 9	Kvinne, 35 år	4 år
Informant 10	Mann, 39 år	7 år

### 2.3 Semistrukturert intervju

Jeg ønsket å få svar på informantenes subjektive opplevelser og holdninger til veiledning om FA, og erfaringer med FLS generelt. Derfor ble det benyttet et semistrukturert intervju, en åpen og strukturert samtale for et dypere innblikk i hvilke holdninger og erfaringer som ligger til grunn for bruk av FA i behandlingen av pasientene. Forskeren kan tilnærme seg en dyp forståelse av informantens subjektive opplevelse rundt fenomenet. Semistrukturert intervjuform passer til fenomen som er under forandring (Dalen, 2011). Fenomenet i dette tilfellet er i konstant forandring på grunn av ny forskning, kurs og generasjonsskifte blant fastlegene. Når man forsker på ulike fenomen der opplevelsene og erfaringene står i fokus vil det ikke være mulig å gjenta studien om ti år med samme resultat. Som forsker er det viktig å belyse dette og reflektere rundt metodikken, slik at forskningen er til å stole på, ikke fordi resultatene nødvendigvis er sanne, men fordi forskningen er godt dokumentert og ærlig gjennomført (Laake m.fl., 2011).

## **2.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervju**

Det ble utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1) som et hjelpemiddel under intervjuene. Dette viste seg å være et godt hjelpemiddel. Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av forskningsspørsmålet, teori og tidligere forskning på feltet. Informantene hadde fått tilsendt en mail med informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 2) på forhånd som de skrev under på før gjennomføringen av intervjuene. Per e-post avtalte jeg tid og sted med informantene, som var på deres arbeidsplass eller høyskolen. Alle intervjuene ble gjennomført ved personlig møte. Etter ti intervju inneholdt materiale tilstrekkelig varierte data til problemstillingen, slik at den kunne belyses fra ulike sider (Malterud, 2017).

Intervjuene startet tidlig i september 2018, og alle ti intervjuene ble gjennomført innen slutten av oktober 2018. Intervjuguiden og intervjuene startet med åpne spørsmål som ga informantene muligheten til å begynne med en generell refleksjon innenfor de ulike temaene (FA og FLS) (Kvale, 2007). På den måten ble det skapt et bilde av holdninger og tidligere erfaringer gjort av informanten. Etter de åpne spørsmålene stilte jeg konkrete spørsmål til hva informanten fortalte for å bekrefte det informanten hadde sagt (Kvale, 2007). I forkant ble informantene oppfordret til å gi ærlige svar, slik at deres erfaringer og holdninger til FA og FLS generelt kommer tydelig frem under intervjuene (Malterud, 2017). Ved gjennomføring av intervjuene var det lett å vandre utenfor intervjuguiden og snakke om det informantene har vært mest opptatt av. Intervjuguiden har minnet meg på de ulike temaene underveis i intervjuet, samtidig som de ulike situasjonene har åpnet opp for interessante digresjoner eller oppfølgingsspørsmål som har beriket datamaterialet (Malterud, 2017). Semistrukturert intervju har vært presist for formålet, fordi det er en fleksibel og planlagt samtale, man følger ikke intervjuguiden slavisk underveis (Kvale & Brinkmann, 2009). Det har vært foretrukket å gjennomføre intervju ved personlig møte for å innhente ytterligere informasjon ved ansiktsuttrykk og stemningen i rommet, noe som har vært verdifullt ved intervjuene i denne oppgaven. Det skjer en ikke-verbal kommunikasjonen mellom menneskene i en intervjusituasjon som er viktig å være klar over. Dette merket jeg i ett av intervjuene da det følte hektisk og bar preg av «kan vi bli ferdige snart», det var ikke en følelse som kom frem ved transkriberingen av intervjuet. Intervjuene varte mellom 20 og 35 minutter.

Jeg er fornøyd med gjennomføringen av intervjuene, fordi de fleste intervjuene ble som en samtale som var innom de ulike temaene. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og

transkribert av førsteforfatter. Det ble gjennomført transkribering mellom to til tre dager etter intervjuene ble gjennomført. Transkriberingsprosessen ble gjort manuelt ved å lytte til opptakene og skrive ned det som ble sagt. Dette var en god arbeidsmåte der jeg kunne sette seg godt inn i alle intervjuene. Setningene fra transkriberingen ble skrevet ned tilnærma slik det ble sagt, da det er viktig å få frem informantens mening med setningen og ikke setningen i seg selv (Kvale, 2007). Det har vært ønskelig å ivareta meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte, og setningene ble omformulert til bokmål for å sikre informantenes anonymitet (Malterud, 2017). I denne fasen ble det etablert empiriske data som ved hjelp av analysen har blitt systematisert, sammenfattet og til slutt gjenfortalt (Malterud, 2017).

## **2.5 Analyse**

Analysen ble gjennomført med inspirasjon fra Malterud (2017). Det har vært ønskelig å finne informasjon som gir oss innsikt om problemstillingen som vi ikke visste fra før. Som forsker har det vært viktig å hele tiden ha i bakhodet at det er informantens subjektive erfaringer som forskningsspørsmålet spør etter (Thagaard, 2009). Det er også viktig å være klar over at det er en forsker som har tolket informantene utenfra. Vi aksepterer at ulike forskere kan feste seg ved forskjellige nyanser når de leser det samme materiale (Malterud, 2017). Underveis i analyseprosessen har det vært viktig å være åpen for funn som kan rokke ved forhold vi regner med som opplagte. Jeg har sett for meg analysen som en bro mellom rådata og resultater, ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2017). Ved analysearbeidet i denne oppgaven ble først og fremst Malterud (2017) en god følgesvenn og inspirasjon.

Analysearbeidet i dette forskningsprosjektet har vært inspirert av en tverrgående analyse, der likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, følelser eller holdninger fra flere informanter skal tolkes og sammenfattes (Malterud, 2017). Ved denne analysemetoden har det vært viktig å stoppe opp, tenke seg om og se etter relevante tendenser og mønstre i datamaterialet som kan svare på problemstillingen (Malterud, 2017). Dette kalles; Systematisk tekstkondensering som en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse. Analyseprosessen har blitt gjennomført ved fire trinn inspirert av Malterud (2017): 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, 4) å sammenfatte betydningen av disse.



Etter å ha transkribert intervjuene skulle transkripsjonen leses på trinn en, for å få et helhetsinntrykk. Det har vært viktig å fokusere på helheten i datamaterialet når jeg har lest igjennom, slik at jeg danner et overordnet bilde av datamaterialet (Malterud, 2017). Underveis ved gjennomlesningen av datamaterialet var det viktig å prøve å stille seg åpen for det datamaterialet kan formidle og høre informantens stemmer klart og tydelig (Malterud, 2017). Det har vært viktig å gå inn i analysen med et åpent sinn gjennom alle ledd i forskningsprosessen, og lete aktivt etter informasjon og tolkninger som kunne rrokke med min forforståelse og erfaringer (Malterud 2017). I det første trinnet har det vært vanskelig, men viktig å aktivt motstå all trang til å systematisere (Malterud, 2017). Transkripsjonen ble lest igjennom to ganger. Etter de to gjennomlesningene kunne jeg skimte ulike tema som; «FA som rekreasjon, sosial ulikhet - og befolkningsstrategier for folkehelse, makt- redsel for medisiner, tid og kommunikasjon». Etter flere runder og samtale med veiledere kom det opp flere meningsbærende enheter, og det ble ulike tema som: «FA som rekreasjon/vanskelig å nå inn, befolkningsstrategi/sosial ulikhet, makt /redsel for medisiner, erfaringer med FLS, tid/kommunikasjon, inngangsport/verktøy, motivasjon/tilpasses den enkelte, holdninger». Hele åtte ulike tema, vel viten om at disse måtte både slås sammen eller kortes ned etterhvert i prosessen etter inspirasjon av Malterud (2017) sin fremgangsmåte.

Videre i trinn to, ble det gjort et skille mellom relevant tekst fra irrelevant tekst (Malterud, 2017). Det ble gjort en systematisk gjennomgang av materialet linje for linje for å identifisere *meningsbærende enheter*, altså de temaene som har kommet opp. Samtidig med gjennomgangen av datamaterialet begynte forskeren å systematisere, altså *koding*. Kodearbeidet tok i utgangspunkt sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten, det vil si element som har sammenheng med de foreløpige temaene vi samlet oss om i første analysetrinn (Malterud, 2017). Dette ble gjort ved å markere meningsbærende enheter med markeringstusj i ulike farger. Alle setninger og avsnitt med lik farge bar frem noe av det samme budskapet og var utsagn av noenlunde samme karakter (Malterud, 2017). Underveis så jeg at enkelte kodegrupper inneholder få meningsbærende enheter, og det ble vurdert hvorvidt disse hører sammen med andre kodegrupper. Eksempel ble «motivasjon/tilpasses den enkelte» og «holdninger» slått sammen til «individuell tilpasning». I denne perioden ble datamaterialet redusert fra 70 sider med transkribert intervju, til åtte ulike dokument med meningsbærende enheter. Det har vært oversiktlig å organisere materialet med ulike underoverskrifter og «båser» til de ulike temaene.

I trinn tre av analysen ble det systematisk hentet ut mening i innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. For å gå i gang med denne prosessen startet jeg med en kode som vekket interesse, «ansvar for egen helse» (Malterud, 2017). I denne prosessen ble det jobba frem og tilbake i datamaterialet, med hjelp fra mine veiledere for å finne ut hva de fleste informantene var mest opptatt av (Malterud, 2017). Etterhvert ble de meningsbærende enhetene redusert til fem kategorier. Kategoriene ble etterhvert til ulike *kondensat*. Et kondensat skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle kategorien, med tydelige spor av informantens ord og begrep fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017).

I trinn fire ble det utviklet en analytisk tekst for hver kategori. Kategoriene tok utgangspunkt i kondensatene fra trinn 3 og utvalgte *gullsitat*. Et gullsitat er et sitat som best mulig illustrerer det som er abstrahert i kondensatet (Malterud, 2017). Sammenfatningen er forsøkt formidlet på en måte som er lojal mot informantens stemmer og skal gi leseren god innsikt (Malterud, 2017). I den analytiske teksten trekkes det likhetstrekk mellom hva informantene er opptatt av. Den analytiske teksten er rammeverket for resultatdelen, og resultatet består av følgende fem kategorier; «vanskelig å nå inn til pasienten, inngangsport og verktøykasse for samtale, individuell tilpasning, ansvar for egen helse og erfaringer med frisklivssentral».

## **2.6 Forforståelse**

Jeg har aktivt prøvd å gå inn i de ulike prosessene med et åpent sinn. Som forsker har man alltid med seg tidligere erfaringer, forventninger og holdninger som danner vår forforståelse, altså hvordan vi oppfatter verden (Føllesdal m.fl., 2000). Jeg har erfaringer med FA gjennom bachelorstudiet; Idrett, fysisk aktivitet og helse, og har mange gode argumenter for hvorfor det er positivt å fremme FA. Det er vanskelig for meg å legge dette til side, men det har vært viktig for meg å være klar over at tolkningen skjer ut ifra egne erfaringer. Min forforståelse kan danne utgangspunkt for resultatet og det er fort at man blir styrt av sine motiv, indre bilder og forestillinger (Malterud, 2017). Jeg har tolket informantene i dette analysearbeidet på bakgrunn av min forforståelse. Det kan skje at forskerens forforståelse «farger» fenomenet som skal forstås, derfor har det vært viktig for meg å være klar over dette (Thagaard, 2009).

## **2.7 Etiske hensyn**

Det har vært viktig å følge etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter. Dialogene i studien forutsetter gjensidig tillit og respekt, der fokuset er på informantenes erfaringer med fenomenet (Malterud, 2017). Underveis i forskningsprosjektet har jeg kjent på ansvaret for å håndtere det som blir sagt på en måte som best mulig samsvarer med hvordan det ble ment. Som forsker ser jeg situasjonen fra utsiden, dette gjør at jeg har et annet perspektiv enn informanten (Thagaard, 2009). Dette er en utfordring det har vært viktig å være klar over.

For at forskningsprosjektet skulle tilfredsstillende de etiske retningslinjene har jeg hatt fokus på personvern. Det har vært viktig å ta vare på informantens behov, trygghet og anonymitet. Intervjuene er kodet og ivaretatt på Høgskolen på Vestlandet sin forskningsserver med passord. Det kommer ikke frem sensitiv informasjon som kan gjenkjenne informantene i oppgaven. Lydopptakene og tilhørende data blir slettet ved prosjektets sluttdato og skal ikke brukes til annet enn dette forskningsprosjektet. Informantene i forskningsprosjektet har skrevet under på informert samtykke (Vedlegg 2) (Personopplysningsloven, 2018). Informasjonsskriv og informert samtykke ble utdelt i forkant på mail der det ble informert om studiet, samt at de kan trekke seg når de ønsker uten ytterligere forklaring. Forskningsprosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), saksnr: 237369 (Vedlegg 3). Dette viser at etikken ligger til grunn fra og med planleggingen av prosjektet og frem mot en eventuell publisering av lovlig og relevant forskning. Internt i forskningsmiljøet er det viktig å ikke plagiere andre og da etterstrebe god henvisningsetikk (Thagaard, 2009).

## **2.8 Styrker og svakheter ved metoden**

Kvalitativ forskning er en dynamisk arena der tiden går fremover, i dette tilfellet vil et semistrukturert intervju vil være relevant for formålet. Jeg har hatt et ansvar for at kunnskapen formidles og dokumenteres riktig underveis i forskningsprosessen. En dokumentert fremgangsmåte underveis kan sikre intern validitet og reliabilitet i arbeidet. I metoden er det forsøkt å gi en beskrivelse av studiets fremgangsmåte, noe som styrker reliabiliteten, slik at det blir transparent og etterprøvbart (Thagaard, 2009). Når man forsker på ulike fenomen der opplevelsene og erfaringene står i fokus, vil det ikke være mulig å gjenta studien senere med samme resultat. Informantene i denne studien har bredde både erfaringsmessig og geografisk. De er egnet til studien med formål om å dele ulike erfaringer og synspunkt rundt tema.

Underveis i forskningsprosessen har jeg prøvd å redegjøre for min egen forforståelse, men jeg kan likevel påvirket intervju situasjonen, analysedelen og/eller resultatet. Metoden ble skrevet parallelt med datainnsamlingen for å dokumentere prosessen best mulig (Thagaard, 2009). Forskningsprosessen ved denne oppgaven har vært fleksibel da jeg har arbeidet med metode, analyse og resultat om hverandre. Denne fleksibiliteten er det som er ønskelig ved kvalitativ forskning for at de ulike prosessene skal påvirke hverandre gjensidig (Thagaard, 2009). Studien inkluderer de informantene som var mulig å få tak i. Forskningsspørsmålet spør etter erfaringer fra informantene. Dette er et forskningsspørsmål som krever ærlighet og selvinnsikt (Malterud, 2017). Det kan være grunn til å tro at informantene er spesielt positive til FA eller har spesifikke meninger om FLS eller veiledning om FA fordi de har takket ja til deltagelse i studien. Det er grunn til å tro at dersom en lege ikke har nevneverdig tro på FA eller FLS ønsker man heller ikke stille opp på et forskningsintervju rundt tematikken.

Som forsker bør man gå kritisk gjennom grunnlaget for egne tolkninger. Jeg, som forsker i denne studien har positive erfaringer med FA som behandling og har en mening om temaet som forskes på, noe som kan anses som en svakhet. På en annen side kan det være en styrke ved oppgaven da forskeren allerede kjenner til fenomenet og kan derfor gå dypere inn i det (Thagaard, 2009). Jeg har lest meg opp på teori og tidligere forskning på feltet før prosjektplanen skulle utarbeides. Underveis i prosessen hadde jeg tilnærmet meg mye kunnskap før intervjuguiden ble utarbeidet, og intervjuene ble gjennomført. På bakgrunn av informantenes synspunkt, litteratur og tidligere forskning ble dataene tolket etter egen forståelse og bakgrunn. For å prøve å motvirke min egen forforståelse har jeg diskutert likheter og ulikheter blant informantene opp mot relevant teori, men kan ikke si med sikkerhet at min subjektive forståelse ikke preger mine tolkninger (Thagaard, 2009).

For å bli godt kjent med datamaterialet transkriberte jeg alle intervjuene selv (Thagaard, 2009). Underveis i transkriberingen utviklet jeg min egen måte å skrive ned data og senere tolke de på. På denne måten dannet jeg meg et godt grunnlag for videre prosess med fortolkning og analyse ved å kjenne egne data godt. Måten datamaterialet er analysert gir et grunnlag for hvordan resultatene presenteres (Thagaard, 2009). Det er ingen fasit på hva som er rett. Innen kvalitativ forskning må jeg som forsker stole på meg selv, min objektivitet, forforståelse og veiledere (Malterud, 2017). Antallet kategorier ble ikke bestemt på forhånd, men ble et resultat av hva som fremsto som viktig i datamaterialet for å kunne besvare

problemstillingen på best mulig måte. Jeg har forsøkt å være kritisk til egne tolkninger underveis i analyseprosessen og jobbet mellom løsrevne meningsbærende enheter og tekstens helhet. Analyseprosessen og det endelige resultatet i studien er diskutert i flere omganger med mine veiledere og medstudenter.

## **2.9 Overførbarhet**

I kvalitative studier kan fortolkningen gi grunnlag for overførbarhet. Spørsmålet er om tolkningen som utvikles innenfor rammene av et studie også kan være relevant i andre sammenhenger (Thagaard, 2009). Det er forskerens oppgave å argumentere for at tolkningen i en bestemt studie kan være relevant i en større sammenheng. Fastlegene i denne studien viser bredde i erfaring og geografisk, men de kan ikke kalles representative. Informantene i studien er derimot relevante for formålet fordi studien har som hensikt å undersøke opplevelser og erfaringer knyttet til veiledning av FA og henvisning til FLS. Overførbarheten kan derfor knyttes til bevisstgjøring av legenes praksis, og gjenkjennelse (Thagaard, 2009). Det kan være sannsynlig at andre fastleger som skal veilede pasienter til FA kan kjenne seg igjen i noen av resultatene og tolkningene som kommer frem. Intervjuene ble gjennomført slik at informantene fortalte om erfaringer og holdninger til fenomenet og det kom ned til et metningspunkt i datamaterialet. Det er også grunn til å tro at resultatene sannsynligvis kan forekomme i lignende studier på feltet.

### 3.0 Litteraturliste

- Abildsnes, E., Meland, E., Samdal, G. B., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2016). Stakeholders' expectations of Healthy Life Centers: A focus group study. *44(7)*, 709-717. Hentet fra <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494816655946>. doi:10.1177/1403494816655946
- Andersen, P., Holmberg, S., Lendahls, L., Nilsen, P., & Kristenson, M. (2018). Physical Activity on Prescription with Counsellor Support: A 4-Year Registry-Based Study in Routine Health Care in Sweden. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *6(2)*. doi:10.3390/healthcare6020034
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in psychiatry*, *4*, 27. doi:10.3389/fpsy.2013.00027
- Anderssen, S. A & Ekelund, U. (2018). Anbefalinger for fysisk aktivitet. I Torstveit, M., Lohne- Seiler, H., Berntsen, S., Anderssen, S,A (red), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 55-61). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Anderssen, S. A & Strømme, S. B. (2001). Fysisk aktivitet og helse - anbefalinger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Arsenijevic, J., & Groot, W. (2017). Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, *7(2)*. doi:10.1136/bmjopen-2016-012156
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment : ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bahr, R (red.). (2009). *Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet
- Bolstad, A. (2015). Gjennomføring og vedlikehold av livsstilsendring – kva skal til? Ein kvalitativ studie av tidlegare frisklivsdeltakarar sine erfaringar med å gjere og vedlikehalde livsstilsendingar. (*Klinisk helsevitenskap, NTNU*), Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/297372/Bolstad%20Aase.pdf?sequence=1>
- Breivik, G., & Rafoss, K. (2012). *Fysisk aktivitet : omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet : en oppdatering og revisjon*. Hentet fra Oslo.
- Bringeland, B., & Aasland, O. G. (2006). Legers bruk og vurdering av grønn resept. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2006--1036-8.pdf>
- Brotons, C., Björkelund, C., Bulc, M., Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M., Jurgova, E., Vuchak, J. (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine*, *40(5)*, 595-601. doi:10.1016/j.ypmed.2004.07.020

- Bruset, S., Høye, S., & Haavet, O. R. (2014). "Vi må være litt strengere"; fastlegers holdning til forebyggende helsearbeid. *Utposten*, 47(7), 20-24.
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R., Aarflot, U., & Møreforskning. (2008). Ein resept å gå for? : evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald (*Vol. nr. 225*).
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health- related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Denison E, U. V., Berg RC, Vist GE. (2014). *Effekter av mer enn tre måneders organisert oppfølging på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med økt risiko for livsstilsrelatert sykdom*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2014/effekter-av-mer-enn-tre-maneders-organisert-oppfolging>
- Ekeland, E., Heian, F., Hagen, K. B., Abbott, J., & Nordheim, L. (2004). Exercise to improve self- esteem in children and young people. *Cochrane database of systematic reviews* (Online)(1), CD003683.
- Ekorud, T., & Thonstad, M. (2018). Frisklivssentraler i kommunane. (2018/27). Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358702?ts=16557397138>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Foucault, M. (1976). *Mental illness & Psychology*. London: Harper.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk : god helse slik folk ser det* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Galaviz, K. I., Narayan, K. M. V., Lobelo, F., & Weber, M. B. (2018). Lifestyle and the Prevention of Type 2 Diabetes: A Status Report. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(1), 4-20. doi:10.1177/1559827615619159
- Goldberg, D. M., Cho, B.-Y., & Lin, H.-C. (2018). Factors influencing U.S. physicians' decision to provide behavioral counseling. *Preventive Medicine*, 119. doi:10.1016/j.ypmed.2018.12.015
- Gustavsson, C., Nordqvist, M., Bröms, K., Jerdén, L., Kallings, L. V., & Wallin, L. (2018). What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription?: - interview study with primary healthcare staff and management. *Bmc Health Services Research*, 18(1). doi:10.1186/s12913-018-3021-1
- Hansen, B., Kolle, E., Steene- Johannessen, J., Dalene, K. E., Ekelund, U., & Anderssen, S. A. (2019). Monitoring population levels of physical activity and sedentary time in Norway across the lifespan. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 29(1), 105-112. doi:10.1111/sms.13314

- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen., Ekelund, U., Nilsen., A. K., Andersen, I. D., Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge- National kartlegging 2014-2015*. (IS-2367). Oslo
- Hansen., T. E. (2011, 18.04.2011) Sentraler for bedre levevaner/Interviewer: K. E. Braaten. *Tidsskrift for den norske legeforening*.
- Harrison, R. A. (2005). Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *Journal of Public Health, 27(1)*, 25-32. doi:10.1093/pubmed/fdh197
- Haskell, W. L., Blair, S. N., & Hill, J. O. (2009). Physical activity: Health outcomes and importance for public health policy. *Preventive Medicine, 49(4)*, 280-282. doi:10.1016/j.ypmed.2009.05.002
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge : folkehelsepolitikken*. (Meld. St. nr. 16 (2002- 2003)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Oslo Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Gode liv i et trygt samfunn* (Meld. St. nr. 19 (2018- 2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Strategier og tiltak for å øke fysisk aktivitet i samfunnet*. Helsedirektoratet. Oslo
- Helsedirektoratet. (2016c). *Veileder for kommunale frisklivssentraler Etablering, organisering og tilbud*. Oslo
- Henriksson, J & Sundberg, C. J. (2015). Generelle effekter av fysisk aktivitet. In R. Bahr (red), *Aktivitetshåndboken* (Vol. s.8-36). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjelle, O. P. (2018). *Sterk hjerne med aktiv kropp*. Oslo: Kagge forlag.
- Hjelle, O. P. (2016). Fastleger får pasientene opp av sofaen. Interviewer: L. T. Kongsvik. *Tidsskriftet for den norske legeforening*.



- Kinge, JM., Modalsli, JH., Øverland, S., Gjessing, HK., Tollånes, MC., Knudsen AK., Skirbekk V., Strand, BH., Håberg, SE., & Vollset, SE. (2019) Association of Household Income with Life Expectancy and Cause Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 32(19), 1-10
- LeFevre, M. L. (2014). Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults With cardiovascular risk factors: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.(Clinical Guideline)(Report)(Author abstract). *Annals of Internal Medicine*, 161(8), 587. doi:10.7326/M14-1796
- Leijon, M. E., Bendtsen, P., Stahle, A., Ekberg, K., Festin, K., & Nilsen, P. (2010). Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care.(Research article)(Report). *11(38)*, 38. doi:10.1186/1471-2296-11-38
- Lærum, G., Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Börjesson, M., & Ståhle, A. (2015). Fysisk aktivitet på resept. In R. Bhar (Ed.), *Aktivitetshåndboken* (pp. ss. 72-83). Oslo: Helsedirektoratet.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn : fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Moss Avis. (2014, 26.06.2014). "*Har ingen tro på frisklivssentral*".
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis 4. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Nerhus, K. A., Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E., & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: forslag til bruk og forståelse. *Norsk Epidemiologi.*, 20(2), 149-152.
- Patnode, C. D., Evans, C. V., Senger, C. A., Redmond, N., & Lin, J. S. (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 318(2), 175-193. doi:10.1001/jama.2017.3303
- Pavey, T., Taylor, A., Hillsdon, M., Fox, K., Campbell, J., Foster, C., Taylor, R. (2012). Levels and predictors of exercise referral scheme uptake and adherence: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 737. doi:10.1136/jech-2011-200354
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *In (Vol. 25, pp. 1-72).*
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger.* (LOV-2000-04-14-31). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

- Raastad, T., Paulsen, G., Refsnes, P. E., Rønnestad, B. R., & Wisnes, A. R. (2010). *Styrketrening : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal undervisning.
- Ried-Larsen, M., & Anderssen, S. (2018). Fysisk aktivitet og diabetes type 2. Torstveit, Lohne-Seiler, Berntsen & Anderssen (Red) *Fysisk aktivitet og Helse, fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s: 168-193). Oslo : Cappelen Damm Akademisk
- Rödger, L., H. Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 443-452. doi:10.1080/02813432.2016.1253820
- Sagsveen, E., Rise, M., R. Grønning, K., & Bratås, O. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*(1492291). Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/17482631.2018.1492291?scroll=top>.
- Sagsveen, E., Rise, M., Grønning, K., Westerlund, H., & Bratås, O. (2019). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectations*, 22(2), 226-234.
- Salemonsens, E., Hansen, B., Førland, G., & Holm, A. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived "wrong" lifestyle - a qualitative interview study. Hentet fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2579366>
- Samdal, G. B., Eide, G., Barth, T., Williams, G., & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *In International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (Vol. 14).
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2019). The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 18-27. doi:10.1177/1403494818785260
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. (2000). *Vekt - helse*. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.
- Rössner, S. (2015) Overvekt og fedme. Bahr, R. (red) *Aktivitetshåndboken* (S. 466-483). Oslo: Helsedirektoratet
- Storvik., A. G. (2014, 02.01.2014). 10 år med "Livsstilstaksten". *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/01/02/10-ar-med-livsstilstaksten/>
- Strømme, S. B., & Høstmark, A. T. (2000). Fysisk aktivitet, overvekt og fedme. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(29), 3578-3582.

- Strømmen, M., Bakken, I. J., Andenæs, E., Klöckner, C. A., Mårvik, R., Kulseng, B., & Holen, A. (2015). Obese, fat, or just overweight? *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 135(19), 1732. doi:10.4045/tidsskr.14.0828
- Sørensen, J., Sørensen, J. B., Skovgaard, T., Bredahl, T., & Puggaard, L. (2011). Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *European Journal of Public Health*, 21(1), 56-62. doi:10.1093/eurpub/ckq003
- Tellnes, G. (2017). *Helsefremmende samhandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tollånes, M. C., Knudsen, Ann Kristin, Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skibekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/10/originalartikkel/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016> doi:10.4045
- Ulseth, A.-L. B. (2008). *Mellom tradisjon og nydannelse : analyser av fysisk aktivitet blant voksne i Norge*. In. Oslo: Akademisk publisering.
- Walseth, Abildsnes, & Schei. (2011). Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*, 553995(2), 99-103. doi:10.3109/02813432.2011. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294605>
- Walseth. (2012). *Change through ethical dialogue : a theoretical and qualitative study of lifestyle counselling in general practice*. University of Bergen, Bergen.
- WHO. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world Geneva*. Hentet fra <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>.
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K., Høigaard, R., & Stene-Larsen, G. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

## 4.0 Cover letter

Kjære Karen Christensen, redaktør i Tidsskrift for velferdsforskning

Vi ønsker herved å sende inn vår artikkel med tittelen; *Hvilke erfaringer har fastleger med frisklivssentral og veiledning om fysisk aktivitet?* for vurdering i Tidsskrift for velferdsforskning. Artikkelen tar for seg fastlegers erfaringer med frisklivssentraler og veiledning om fysisk aktivitet. Vi mener studien tar opp et viktig tema vedrørende legenes samarbeid med frisklivssentralen, samt legenes prosedyre for veiledning og samtale om fysisk aktivitet til pasienter. Artikkelen gir forskningsresultater som er relevante for utviklingen av frisklivssentraler og det tverrfaglige samarbeidet mellom legene og frisklivssentralen. Vi mener denne forskningen kan gi ny kunnskap innen helse-velferd. Artikkelen er original, og er ikke sendt til andre tidsskrift.

Ser frem til å høre fra dere!

Med vennlig hilsen

Marie Sørum, Ellen Eimhjellen Blom og Anne Marie Sandvoll

# Hvilke erfaringer har fastleger med frisklivssentral og veiledning om fysisk aktivitet?

Marie Sørum, Master idrettsvitenskap, Fakultet for lærarutdanning og idrett, Høgskulen på Vestlandet, Norge, [Sorum2905@gmail.com](mailto:Sorum2905@gmail.com)

Ellen Eimhjellen Blom, PhD-stipendiat, fakultet for lærarutdanning og idrett, Høgskulen på Vestlandet, Norge, [ellen.blom@hvl.no](mailto:ellen.blom@hvl.no)

Anne Marie Sandvoll, førsteamanuensis, Fakultet for helse –og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Norge, [annemsa@hvl.no](mailto:annemsa@hvl.no)

## Sammendrag

Kommunene og folkehelseloven skaper grunnlaget for at fastlegene skal veilede pasienter til å forbedre eller bevare god helse. Frisklivssentraler (FLS) er kommunale helsetjenester som skal gi strukturert hjelp til økt fysisk aktivitet (FA). Tidligere studier viser at samarbeidet mellom fastlegene og FLS har forbedringspotensial og ny kunnskap er etterlyst. Hensikten med denne studien var å studere fastlegers erfaringer med FLS og veiledning om FA til pasientene. Studien har et kvalitativt design og data ble samlet gjennom intervju med 10 informanter. Analysen var inspirert av systematisk tekstkondensering og førte til identifisering av fem kategorier; vanskelig å nå inn til pasienten, inngangsport og verktøykasse for samtale, individuell tilpasning, ansvar for egen helse og erfaringer med FLS. Konklusjonen er at legenes oppfatning av FLS var todelt. Halvparten av informantene var positive til FLS, benyttet tilbudet og så ingen tydelige svakheter. Andre halvparten var generelt skeptisk til tilbudet, og opplevde at FLS bidrar til stigmatisering og selektering av deltagere med lav sosioøkonomisk status. Informantene var enige om at det er viktig med gode verktøy, en inngangsport for samtale og individuell tilpasning om FA. Studien kan bidra til bevisstgjøring rundt egen praksis for legene og inspirere til utvikling av samarbeidet mellom FLS og leger.

Nøkkelord: Primærhelsetjenesten, Livsstilsendring, Helseveiledning, Fastlege, Intervju

## **Abstract**

### **GP's experiences with Healthy Life Center and counseling regarding physical activity?**

The municipalities and the Public Health Act create the basis for the General practitioners (GP) to guide patients to improve or maintain good health. Healthy Life Centers (HLC) are primary health care services aiming to increase people's' level of physical activity (PA). Previous studies show that collaboration between GP and HLCs can be improved, however more knowledge is required. The purpose of the current study was to investigate the GPs' experiences of HLCs and counseling regarding physical activity to the patients. The study has a qualitative design and data was collected through semi structured interviews with 10 subjects and the analysis uses systematic text condensation. The results reveal the following categories: difficult to get through the patients, entrance gate and tools for discussion, individual adaptation, responsibility for own health, and experiences with HLC. The conclusion is two-fold: many of the informants are positive to HLCs, take advantage of their offerings and did not identify any weaknesses. Others do not believe in positive effects of HLC and were skeptical of the offer in general, having experienced HLSs contributing to social inequality and selection of participants with low socioeconomic status. All the informants agreed upon the importance for good tools, gateways and individual adaptation as starting points for conversations to increase PA. The study can contribute to raising awareness about GPs own practice and hopefully inspire to future improvement of collaboration with the HLCs.

Keywords: Primary Health Care, Lifestyle Changes, Guidance to Health, GP, Interview

## Introduksjon

Livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2 og kreft er blant vår tids største helseutfordringer og utgjør en stor andel av sykdomsbyrden i den norske befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Tollånes m.fl. 2018). Fysisk inaktivitet sammen med overvekt og fedme er noen av de største risikofaktorene for livsstilssykdom og redusert helse (folkehelseinstituttet [FHI], 2018). Det er rapportert at aktivitetsnivået i den voksende delen av befolkningen er lavt. Kun 33% kvinner og 31% menn tilfredsstillende anbefalingene for fysisk aktivitet (FA) og faller under kategorien fysisk inaktiv (Hansen. m.fl., 2019). De norske anbefalingene for FA tilsier at voksne bør være i moderat aktivitet minst 150 minutter hver uke (Helsedirektoratet [Helsedir], 2016a). Helsedirektoratet (2016a) omtaler FA som et viktig virkemiddel ved forebygging og behandling av ulike diagnoser og tilstander. Sammen med livsstilssykdommer er sosial ulikhet blant de største helseutfordringene i Norge i dag. En rapport fra Kinge m.fl. (2019) viser at de rikeste 40-åringene kan regne med å leve opp til 14 år lengre enn de med lav sosioøkonomisk status (SØS). Kvinner og menn med lengst utdanning lever 5-6 år lengre og har bedre helse enn de som har kortere utdanning, noe som viser at det er sosiale ulikheter knyttet til helse og fysisk aktivitetsnivå (FHI, 2018). Hansen m.fl (2015) viser til at aktivitetsnivået er sosialt skjevfordelt i befolkningen der personer med høyere utdanning har dobbelt så stor odds for å oppfylle anbefalingene.

Sykdomsforebygging er både etisk og økonomisk hensiktsmessig, behandlingen av livsstilssykdommer er utfordrende på grunn av høye kostnader for helsetjenesten og økt utbredelse (Goldberg, Cho, & Lin, 2018). Folkehelsearbeid kan skje gjennom befolkningsstrategier, for eksempel kampanjer som oppfordrer til hverdagsaktivitet eller ved høyrisikostrategi som sikter på å treffe en mindre gruppe med spesifikke helseutfordringer, eksempelvis livsstilssykdommer. Livsstilssykdommene blir gjerne behandlet som individuell sykdomsforebygging gjennom den kliniske arbeidsmetoden ved møte med en ekspert, vanligvis en lege (Mæland, 2016). Det er en kombinasjon av de generelle befolkningsstrategiene og høyrisikostrategier som er mest effektive for folkehelsearbeidet (Mæland, 2016). Fastlegenes veiledning om FA og Frisklivssentralene (FLS) er eksempler på høyrisikostrategier innen folkehelsearbeidet i Norge.

FLS er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste (Helsedir, 2016b). Per dags dato er det etablert FLS i 264 kommuner og bydeler rundt om i landet, en dobling fra 2011 (Ekornrud. & Thonstad, 2018). I følge Folkehelseloven (2012) er kommunen pålagt å drive forebyggende arbeid, fastlegene er en stor del av helsetjenesten og frisklivssentraler er et eksempel på forebyggende arbeid. FLS skal blant annet bidra til å redusere sosiale ulikheter i kommunen ved å ta imot personer som trenger hjelp til å starte med trening. Fastlegene kan henvise pasienter til «frisklivsresept» som er betegnelsen på en 3 måneders oppfølgingsperiode med samtale og trening hos FLS (Helsedir, 2016c).

### **Kunnskapsstatus om legenes erfaringer med frisklivssentral og fysisk aktivitet**

Det er mange forventninger til hvilke oppgaver FLS skal utfylle både blant ansatte, pasienter og henvisere, fra primærforebygging til rehabilitering (Abildsnes, Meland, Samdal, Stea & Mildestvedt, 2016). Abildsnes m.fl. (2016) har beskrevet FLS som en sentral med komplekse utfordringer og utilstrekkelige håndteringsstrategier, og er et konsept under utvikling.

Tidligere forskning viser at pasienter finner det motiverende at det er legen som henviser til FLS, da det gir trygghet og troverdighet til tilbudet (Båtevik m.fl., 2008). Fastlegen møter pasienten med sin kunnskap og kan vite hva pasienten bør og ikke bør gjøre, men det er ikke sikkert det passer inn i pasientens liv (Walseth, 2012). Når helsepersonell ønsker å gi gode råd kan det oppfattes som krenkende for pasienten (Foucault, 1976; Fugelli & Ingstad, 2014). Respekt, gjensidig tillit og kontinuitet viser seg å være viktig for pasientene for å lykkes med en livsstilsendring (Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund & Bratås, 2019). Et godt og personlig lege-pasientforhold kan skape motivasjon og forpliktelse til å forandre, og rådgivning kan tolkes som omsorg (Walseth, Abildsnes & Schei, 2011). Tidligere studier viser utfordringer knyttet til samarbeidet mellom legekontor og FLS i enkelte kommuner (Bringeland & Aasland, 2006; Brusset, Høye, & Haavet, 2014; Båtevik m.fl., 2008). Studier har vist at fastlegenes barrierer for livsstilsrådgivning er mangel på kompetanse innen FA, organisatoriske ressurser og tid til samtale med pasienten (Båtevik m.fl., 2008; Galaviz, Narayan, Lobelo & Weber, 2018; Gustavsson m.fl., 2018). Videre viser ulike studier at det er usikkert hvorvidt treningsrådgivning har god effekt på økt FA på lang sikt, og i hvor stor grad pasientene følger opp rådet fra legen (Arsenijevic & Groot, 2017; Goldberg m.fl., 2018; Harrison, 2005; Leijon, Bendtsen, Stahle, Ekberg, Festin & Nilsen, 2010; Pavey m.fl., 2012; Rödger, H. Jonsdottir & Börjesson, 2016). Brusset m.fl. (2014) mener at fastlegene må bli strengere overfor seg selv, og overfor pasientene når det kommer til veiledning om FA og medisiner.



Tidligere studier av samarbeidet mellom fastleger og FLS er over 10 år gamle, i mellomtiden har FLS hatt stor utvikling (Abildsnes m.fl., 2016; SSB 2018). Bringedal og Aasland (2006) mener det videre arbeidet av FLS bør utvikles i tett samarbeid med fastlegene for å dra nytte av kunnskapen og erfaringen som de arbeider med daglig. Studier om fastlegenes synspunkt er etterlyst, og det er behov for kunnskap om legenes erfaringer med FLS og veiledning om FA. Vi har derfor formulert følgende forskningsspørsmål: *Hvilke erfaringer har fastleger med frisklivssentral og veiledning om fysisk aktivitet?*

## Metode

Det ble brukt et kvalitativt design med semistrukturerte intervju for å samle inn fastlegenes erfaringer og opplevelser med frisklivssentralen (FLS) og veiledning om fysisk aktivitet (FA) (Malterud, 2017).

## Utvalg og intervju

Ti fastleger samtykket til å delta i studien, seks menn og fire kvinner, jf. Tabell 1. Inklusjonskriteriet var at de skulle ha jobbet som fastlege i minst 1 år for å ha tilstrekkelig med erfaringer og situasjoner å se tilbake på. Én informant samtykket til deltagelse etter å ha sendt epost til ulike legekontor på Østlandet og Vestlandet med forespørsel om deltagelse i studien. Videre ble informantene rekruttert via kolleger, eller «noen som kjenner noen», *snøballeffekten*. Vi inkluderte de som var mulig å rekruttere innenfor inklusjonskriteriet. Informantene var i utgangspunktet både positive og negative til FA og FLS.

Tabell 1; *Informanter*

Informant	Kjønn og alder	Erfaring som fastlege
Informant 1	Mann, 37 år	10 år
Informant 2	Mann, 57 år	30 år
Informant 3	Kvinne, 30 år	2,5 år
Informant 4	Mann, 62 år	31 år
Informant 5	Mann, 35 år	5 år
Informant 6	Kvinne, 37 år	5 år
Informant 7	Mann, 48 år	5 år
Informant 8	Kvinne, 31 år	2,5 år
Informant 9	Kvinne, 35 år	4 år
Informant 10	Mann, 39 år	7 år

Det ble utviklet intervjuguide i samsvar med teorien og forskningsspørsmålet (Dalen, 2011). For eksempel ble informantene spurt om de kunne *fortelle om hvilke erfaringer de har med veiledning om fysisk aktivitet til egne pasienter?* Deretter ble informantene spurt om de kunne være mer tydelige: *Fungerer rådgivningen? Hvorfor/hvorfor ikke?* Underveis i intervjuet var det viktig å stille åpne spørsmål som ga rom for refleksjon innenfor de ulike temaene (FA og FLS) (Thagaard, 2009). På den måten ble det skapt et bilde av holdninger og tidligere erfaringer gjort av informantene. Intervjuene varte mellom 20 og 35 minutter. Etter ti intervju inneholdt materialet tilstrekkelig varierte data, slik at vi kunne belyse problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2017). Det ble gjort lydopptak under intervjuene, som deretter ble transkribert av førsteforfatter. Det transkriberte materialet besto av 70 sider tekst.

### **Analyse**

Analysen ble gjennomført i fire trinn inspirert av Malterud (2017). I det første trinnet ble transkripsjonen lest igjennom flere ganger for å danne et helhetsinntrykk (Malterud, 2017). Etter flere gjennomlesninger og samtale med medforfattere kom det opp flere meningsbærende enheter, og førsteforfatter kunne antyde ulike tema. I trinn to ble det forsøkt å skille mellom relevant og irrelevant tekst, og førsteforfatter sorterte systematisk materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter ble kodet etter tema, for eksempel «vanskelig å nå inn». De enhetene som inneholdt noe av det samme budskapet ble kodet i samme gruppe. I det tredje trinnet av analysen ble meningsinnholdet systematisk hentet ut av materialet som var kodet sammen. Noen kodegrupper hadde innhold som kunne slås sammen, for eksempel ble kodene «motivere pasienten og individuell tilpasning» slått sammen til kategorien «individuell tilpasning». Materialet ble på denne måten redusert til fem kategorier. På trinn fire ble det utviklet en analytisk tekst for hver kategori med utvalgte *gullsitat* som illustrerer meningsinnholdet i kategoriene. I den analytiske teksten trekkes det frem likhetstrekk mellom hva informantene er opptatt av. Sammenfatningen er forsøkt formidlet på en måte som er lojal mot informantens stemmer og utgjør de fem kategoriene i resultatdelen (Malterud, 2017).

### **Etiske hensyn**

Informantene i forskningsprosjektet har skrevet under på informert samtykke (Personopplysningsloven, 2018). Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (saksnummer: 237369). Personidentifiserbare opplysninger er anonymisert i transkriberingen og data er lagret etter gjeldende retningslinjer.

## **Styrker og svakheter ved studien**

Legenes erfaringer er et fenomen i konstant forandring på grunn av ny forskning, kurs og generasjonsskifte blant fastlegene, og derfor passer semistrukturert intervju godt (Dalen, 2011). Metoden ble skrevet parallelt med forskningsprosessen og er godt dokumentert underveis (Thagaard, 2009). Studien inkluderer de informantene som var mulig å få tak i. Det kan være grunn til å tro at informantene er spesielt positive til FA eller har spesifikke meninger om FLS eller veiledning om FA fordi de har takket ja til deltagelse i studien.

For å motvirke egen forforståelse har vi diskutert likheter og ulikheter blant informantene opp mot relevant teori, men vi kan ikke si med sikkerhet at vår subjektive forståelse ikke preger våre tolkninger (Thagaard, 2009). Samtidig kan vår forforståelse være positivt, slik at vi har mulighet til å gå dypere inn i temaet. Når man forsker på ulike fenomen der opplevelsene og erfaringene står i fokus, vil det ikke være mulig å gjenta studien senere med samme resultat. Informantene i denne studien har bredde både erfaringsmessig og geografisk. De er egnet til studien med formål om å dele ulike erfaringer og synspunkt rundt tema. Overførbarheten kan knyttes til bevisstgjøring av legenes praksis og gjenkjennelse (Thagaard, 2009).

## **Resultat**

Gjennom analysen kom det fram fem kategorier; *Vanskelig å nå inn til pasienten, Inngangsport og «verktøykasse» for samtale om fysisk aktivitet (FA), Individuell tilpasning, Ansvar for egen helse og erfaringer med frisklivssentral (FLS).*

### **Vanskelig å nå inn til pasienten**

De fleste informantene opplevde at det er vanskelig å nå inn til pasientene når det er snakk om FA og livsstilsendringer. En av informantene formidlet sin fortvilelse over deres arbeidsoppgave og komplekse tema:

*Det er et ganske vanskelig å veilede til FA, fordi de som trenger det har kanskje smerter og sykdom. De som har smerter trenger kanskje å bygge seg opp kroppslig. Man ønsker at pasientene ikke skal ta medisiner, og leve sunne, gode liv. Men det er vanskelig for folk altså ... å gjennomføre endring (informant 1).*

Informantene fortalte at det er vanskelig å gi en konkret anbefaling, da pasientene gjerne har en kompleks situasjon med flere sykdommer eller ulike symptomer. Få av informantene mente de lyktes med sin veiledning om FA.

*Solskinshistoriene er få, det er sjelden jeg føler jeg lykkes med å komme igjennom med rådgivningen min om FA ... Dessverre. Det hadde kanskje vært mer motiverende om jeg følte at jeg lyktes skikkelig med noen. Pasientene er så forskjellige, noen er kjempeflinke til å følge opp og noen ... jeg vet ikke, det er akkurat som at de ikke ser fordelene med det. Det kommer ikke effekt så fort, ikke sant, det tar tid- også mister de motivasjonen. For å holde de motivert burde jeg jo egentlig hatt de inne en gang i uka, men det har jeg jo ikke kapasitet til å gjøre (Informant 2).*

Informantene mente at de har en viktig jobb som veiledere og skal komme med korrekt informasjon til pasientene. Informantene ga også uttrykk for at det er lite motiverende å gi veiledning om FA dersom man ikke ser endring. De mente generelt at det er vanskelig å nå inn til pasienten slik at det skjer en endring i adferd.

### **Inngangsport og «Verktøykasse» for samtale om fysisk aktivitet**

Informantene fortalte at de trenger en inngangsport for å kunne ta opp temaet FA og deretter bruke «verktøykassen» for å veilede og gi råd til pasientene. Inngangsporten kommer gjerne på slutten av en konsultasjon etter et dårlig resultat på en prøve, eller ved plager som kan ses i sammenheng med livsstilen til pasienten.

*...hvis det er en diabetespasient, prater vi om hvordan blodprøvene har vært, hvordan medisiner pasienten tar, også er det naturlig å ta en klinisk undersøkelse, også på slutten - kanskje de siste 5-10 minuttene går man gjennom kosthold og mosjonsvaner (Informant 3).*

En inngangsport ble sett på som et verktøy for å komme inn på pasientens vaner vedrørende FA. Videre var det ulike strategier på hvordan informantene valgte å motivere pasienten til FA. Noen av informantene fortalte at de bruker forskning aktivt som et verktøy for å vise til at FA fungerer for å oppnå bedre helse, for eksempel for å senke blodtrykket.

*... derfor må man ha noe å vise til. Gjerne da forskning som viser at dette med FA er gunstig for helsa (Informant 4).*

Videre snakket informantene om aktivitetshåndboken som et verktøy for dosering av FA og enkelt forklare effekt på de ulike sykdommene/tilstandene. En av informantene fortalte at han gjerne skulle hatt noe mer i «verktøykassa». Han var tydelig frustrert når han fortalte om tilfeller der fastlegene gjør en grundig jobb med veiledning og dosering av FA, men de store endringene uteblir.

*Jeg skulle hatt noen flere strategier altså. Man gjør kanskje en kjempe jobb som fastlege, men med minimale resultat... Også sier pasienten; jeg har vært hos fastlegen min, han sa ditt og datt. Men så gjør kanskje egentlig fastlegen alt han kan for pasienten... (Informant 1).*

Informantene fortalte også om bruk av teknikker til samtale som; motiverende intervju og «pisking»/skremsel for medisiner, men at de generelt savnet strategier som fungerer.

### **Individuell tilpasning**

Alle informantene beskrev individuell tilpasning som viktig når det gjelder å motivere til FA. Informantene mente det er positivt at de kjenner pasienten og legger til rette for at han/hun skal få til sine mål. Andre fortalte hvordan pasienten ofte synes det er motiverende å ha en lege med på laget som støttespiller og viser at han/hun har troa på det pasienten gjør.

*Man må prøve å tilpasse det til mottakeren og være en trygg rådgiver. Jeg har litt trua på at det er samme hva man driver med altså, så lenge man finner et eller annet man synes er gøy (Informant 5).*

Enkelte informanter beskrev at det er viktig å sette mål og delmål for hva pasienten vil oppnå underveis. De fleste informantene snakket om en situasjon der pasienten trives og føler at de har tid og lyst til å gjennomføre aktiviteten. Informantene uttrykte at de er bevisste på språket og ordlyden i møte med pasienter, slik at de unngår å opptre «ovenfra og ned».

*Jeg pleier hvertfall å være ganske forsiktig så jeg ikke sier noe som gjør at de føler seg dumme eller dårlige, at de burde visst bedre... (Informant 1).*

En informant brukte et annet ord på den nevnte bevisstheten, og snakker mye om hvordan han ikke ønsket å fremstå som en moralist ovenfor sine pasienter.

*De aller fleste overvektige ville hatt veldig god effekt av mosjon; det blir jo nesten et moralsk spørsmål: «Du burde vært annerledes». Og om du driver med motiverende intervju; «Hva har du tenkt, hva er det som hindrer deg i å gjøre dette her?» Så koker det ned til at man fort blir moralister... «Jeg er slank, jeg er sprek, du er tykk, du har høyt blodtrykk og diabetes, du burde vært annerledes» (Informant 2).*

Informantene mente at de skal motivere pasienten, og prøve å oppnå individuell tilpasning på pasienten sine premisser. De ønsket ikke å fremstå som moralister i møte med pasientene. Videre understreket informantene at det er viktig at pasienten selv kommer frem til hvilken endring som kan gjennomføres.

### **Ansvar for egen helse**

Informantene mente det er viktig å ta ansvar for egen helse og at pasientene selv tar tak i deres egne livsstilsendringer. Flere av informantene mente at pasienten må *eie* endringen om et fysisk aktivt liv selv.

*Det er viktig at man er ansvarlig for egen helse, sant... man kan ikke bare få tilbud servert på et sølvfat, man er faktisk nødt til å ta grep og gjøre noe selv. Men jeg tenker at det hele tiden er viktig å bruke pasienten slik at han/hun eier det, det er han/hun sitt prosjekt (Informant 6).*

Med det menes kanskje at pasienten må ha innsikt og indre motivasjon for gjennomføring av livsstilsendring. Informantene trakk frem at det er ressurssterke mennesker som har størst sannsynlighet for å ta ansvar for egen helse.

*Det er nok de personene som viser seg å være ressurssterke, kanskje de har studert mer eller hatt jobber med ansvar... Og kanskje de som har hatt fysisk aktive hobbyer i ungdommen, at de kan plukke opp litt der. Det er liksom de faktorene der. Og da kan jeg oppleve at de får til en endring, uavhengig av hvor vondt de har, man må liksom gripe fatt i de mulighetene man har (Informant 1).*

Som informantene beskrev er det viktig at pasientene eier livsstilsendringen og gjør det til sitt prosjekt. De mente at det skal legges til rette for gjennomføring, men at man må huske på at det er pasienten som skal få til endringen, og ta ansvar for egen helse.

## **Erfaringer med frisklivssentral**

Informantene hadde ulike erfaringer med tjenesten frisklivssentral (FLS). De fleste informantene var positive til FLS som et tilbud til en pasientgruppe. En informant benytter seg mye av FLS der egen kunnskap ikke strekker til.

*På FLS føler jeg at pasientene får veldig god hjelp. Det jeg verken har tid eller kompetanse til å prate om kan de snakke om med en veileder fra FLS, da får man tatt det litt skikkelig med kompetente folk (Informant 8).*

En annen informant la vekt på at det er positivt at det er et stabilt tilbud, men de fleste informantene snakket om forbedringspotensialet for samarbeidet mellom FLS og legekantorene. Det kom frem at det er ønskelig med et bedre samarbeid om tilbakemeldinger etter gjennomføringen.

*Det er noen jeg henviser, men har ikke peiling på hva som skjedde... Mye da kanskje på grunn av den mangelfulle tilbakemeldingen fra FLS. Også er det bare noen du møter et par ganger, så tar det lang tid før du møter de som fastlege igjen. Da husker man kanskje ikke å spørre om det, da hadde det vært greit at det lå i journalen (Informant 9).*

Informantene hadde forslag til forbedring av FLS sitt samarbeid mellom fastlege-FLS, blant annet FLS sine åpningstider. Enkelte av informanter mente at det er en selektert gruppe som henvises til FLS, mye på grunn av at treningen skjer på dagtid.

*Det er de «problempasientene» som møter opp på FLS fordi de klarer ikke å gjøre det selv, og FLS er jo på dagtid, så man kan ikke være i jobb heller, så det blir en spesiell gruppe når treningen gjøres på dagtid da. Ganske selektert egentlig. Det er ikke så mange som har fri på dagtid for å trene (Informant 2).*

Det kan se ut som informantene allerede hadde forutinntatte holdninger til hvilke pasienter som kommer til å gjennomføre treningen hos FLS. Eksempelvis fortalte informantene om pasienter med flere klassiske unnskyldninger for hvorfor man ikke trener.

*... det er mange som er sånn; «nå er det sommer, så nå skal jeg gå mer i fjellet»... det er klassisk. Eller «Nå er det nytt år, så nå skal jeg begynne». Jeg tenker som så at; de pasientene som typisk går til FLS er jo de som trenger et ekstra dytt i «ræva». De pasientene som stiller seg positive til det, tror jeg er de pasientene som uansett hadde gjort de endringene som må til, tror jeg (Informant 3).*

Våre informanter viste seg å være delt når det kommer til erfaringer med FLS. Det kan se ut til at enkelte informanter har forutinntatte holdninger til hvem som vil lykkes med en livsstilsendring og var generelt skeptiske til FLS, fordi de mente at det er *de* pasientene som ikke klarer å begynne med trening selv som går til FLS. En av informantene fortalte også om tilfeller der pasienten ikke ønsker å benytte seg av FLS fordi han/hun ikke ønsker å bli sammenliknet med *de* som går til FLS. Andre informanter er positive og mener det dekker et viktig behov.

## **Diskusjon**

Våre informanter fortalte at de bruker ulike teknikker ved samtale, som eksempel motiverende intervju og «pisking»/skremsel for å unngå medisiner, men at de gjerne skulle hatt noe mer i «verktøykassa». Informantene våre trenger en inngangsport for å kunne ta opp temaet FA og deretter bruke «verktøykassa» for å veilede og gi råd til pasientene. En inngangsport, som eksempel høyt blodtrykk eller risiko for å utvikle diabetes, blir av informantene våre sett på som et verktøy for å starte en samtale rundt pasientens vaner med FA. Dette samsvarer med Bruset m.fl. (2014) som mener det er viktig for fastlegene å ha ulike verktøy og erfaringer for å nå inn til pasienten. Informantene våre nevner eksempelvis forskning som et veiledningsverktøy, for å vise pasienten tydelig at FA fungerer som behandling i ulike tilfeller. Enkelte informanter forteller også om motsatt effekt ved dette, og at FA plutselig blir vitenskap og pasienten blir «skremt» eller tenker «dette er ikke noe for meg».

Aktivitetshåndboken (Bahr m.fl. 2014) er også brukt som verktøy for legene for å bidra med dosering av FA og enkelt forklare effekt på de ulike sykdommene/tilstandene. Informantene i vår studie brukte både forskning og aktivitetshåndboken når de veileder pasientene, men de savner flere verktøy.

Funnene våre viser at de fleste av informantene opplevde at det var vanskelig å nå inn til pasientene når det var snakk om fysisk aktivitet (FA) og livsstilsendringer. Dette samsvarer



med tidligere studier som indikerer at det er mange utfordringer knyttet til samtale om livsstilsendringer (Bruset m.fl., 2014; Strømmen m.fl., 2015). Bruset m.fl. (2014) hevder det finnes et skjult maktforhold mellom legen og pasienten. Det kommer til syne gjennom legemidler, behandlerens utdanning og køsystem. Maktforholdet kan føre til en distansering til pasienten som kan gjøre det vanskelig for legen å virkelig nå inn. I enkelte tilfeller kan det være vanskelig for pasienten å forstå hva fastlegen egentlig mener, noe som kan føles ubehagelig selv om legen egentlig prøver å legge til rette og gi gode anbefalinger (Bruset m.fl., 2014; Strømmen m.fl., 2015). En slik maktbalanse kan bli oppfattet som en frarøving av selvbestemmelse og kan påvirke pasienten negativt (Bruset m.fl., 2014; Foucault, 1970/1999; Fugelli & Ingstad, 2014; Walseth m.fl. 2011). Gode råd kan oppfattes som krenkende for pasienten, og det er et behov for flere verktøy legene kan benytte seg av. Informantene våre mener de skal være trygge veiledere, komme med rett informasjon til pasientene og ser på seg selv som en viktig samtalepartner for pasienten. Flere studier understreker betydningen av at legen er med på laget for pasienten (Bolstad, 2015; Hjelle, 2016; Walseth m.fl., 2011). Walseth m.fl. (2011) mener at legen kan være en kilde til medisinsk kunnskap og en reflektert partner for diskusjon av kontekstuelle årsaker til pasienten sin situasjon. Pasienten kommer til legen med sin opplevelse av verden, med sine tanker og virkelighet rundt et fenomen (Walseth, 2012). Det er viktig å møte pasienten der han/hun er, slik at legen kan veilede pasienten best mulig.

Helsedirektoratet (2010) sin brukerversjon om diabetes type 1 og 2 (s. 36) beskriver at «Legen/behandleren din har ansvar å legge til rette for at du får den oppfølgingen og motivasjonen du trenger ...» (Claudi, Berg, Aulie & Grotdal, 2010). Legen i samsvar med pasienten skal legge til rette for at pasienten skal lykkes med en livsstilsendring. For å få til en livsstilsendring viser det seg å være effektivt med tydelige mål og en motiverende veileder (Samdal m.fl., 2017). Resultatene fra vår studie viser viktigheten av å tilrettelegge individuelt for pasienten og utfordringene med å motivere til FA, resultatet støttes av Samdal m.fl. (2017), som fant at veiledning basert på å fremme autonomi og selvbestemmelse har god effekt for å nå de målene en har satt seg. Tidligere studier viser positiv effekt på livsstilsendring med motiverende intervju, selvbestemmelse og autonomi, samt viktigheten av det å ta ansvar for egen helse (Phillips, Street & Haesler 2016; Sagsveen m.fl. 2019; Samdal, Eide, Barth, Williams & Meland, 2017; Walseth, 2012; Williamson, 2014). Informantene beskrev en ideell situasjon for livsstilsendring der pasienten trives og føler at de har tid og lyst

til å gjennomføre aktiviteten. For å få til en slik situasjon mente informantene at det er viktig med individuell tilpasning, slik at pasienten kan føle at hun/han *eier* livsstilsendringen.

Informantene beskrev også betydningen av at pasienten ikke skal føle seg utilstrekkelig ved en samtale om livsstilsendringer. Salemonsens, Hansens, Frøland og Holm (2018) støtter dette, da pasienten ofte veksler mellom en følelse av skyld og skam når det gjelder overvekt og livsstilssykdommer. Enkelte av våre informanter ser ut til å være klar over dette, og ønsket ikke å fremstå som moralister ovenfor sine pasienter. Det kan se ut som om informantene vil unngå å opptre «ovenfra og ned» i møte med pasienten. Vi kan se på dette funnet som en form for individuell tilpasning. En dypere forståelse av hver pasient sitt behov vil være viktig for å kunne skreddersy en personlig behandling (Salemonsens m.fl. 2018). Salemonsens m.fl (2018) er tydelig på at pasienten trenger omsorg og verdighet fra helsepersonell for å ta ansvar for egen helse. Alle informantene snakker om at det er viktig å møte pasienten der han/hun er, og at de er forsiktige i tilnærmingen av pasienten avhengig av situasjonen. Dette funnet stemmer med Sagsveen m.fl. (2019) som hevder at respekt, gjensidig tillit og målsetting er avgjørende for en livsstilsendring. På den måten unngår man også at legen opptre «ovenfra og ned» ovenfor pasienten.

Videre viser våre funn at informantene erfarer det som vanskelig å gi konkrete anbefalinger, og mente de sjelden lykkes med sin veiledning. Det kan være utfordrende å veilede fordi fastlegene har lite kunnskap om FA gjennom utdanningen (Brotons m.fl., 2005; Galaviz, Narayan, Lobelo & Weber, 2018). Det kan være grunn til å tro at fastlegene for det meste veileder pasientene til FA på bakgrunn av egen interesse (Brotons m.fl., 2005; Brusset m.fl. 2014). Våre informanter har ulike terskel for å veilede om FA, noe som kan være på grunn av deres interesse eller kunnskap innenfor faget. Goldberg m.fl. (2018) mener det er politikere og institusjonene som utdanner leger som kan påvirke opplæringen og legenes avgjørelse ved veiledning om FA. Tidligere studier på oppfølging av råd fra legen viser at pasientene i varierende grad følger opp anbefalinger av legen, noe som kan forklare at få av våre informanter erfarer at de lykkes med sin veiledning om FA (Arsenijevic & Groot, 2017; Båtevik m.fl., 2008; Goldberg m.fl., 2018; Harrison, 2005; Leijon m.fl., 2010; Rödger m.fl., 2016).

FLS er en måte å organisere det lovpålagte helsefremmende arbeidet i kommunen (Folkehelseloven, 2012). En informant la særlig vekt på at det er positivt at det er et stabilt og

vedvarende tilbud. Legene og kommunen skal legge til rette for pasienten, men informantene er enige om at det er pasienten sitt ansvar å følge opp veiledningen. Informantene våre beskrev ulike erfaringer med frisklivssentral (FLS), men de fleste er positive til FLS og mener pasientene får god hjelp. Enkelte av informantene fortalte at de benytter seg mye av FLS der egen kunnskap ikke strekker til. Informantene i denne studien er også tydelige på forbedringspotensialet for samarbeidet mellom FLS og legekantorene. Det kommer særlig frem at det er ønskelig med et bedre samarbeid om tilbakemeldinger angående gjennomføringen til pasienten på FLS. Funnene er i tråd med studiene til Båtevik (2009) og Gustavsson m.fl. (2018) som fant at legene savnet enkle rutiner for henvisning, samtale og tilbakemelding.

Funnene våre viser også at enkelte av legene har forutinntatte holdninger til pasienten. Det vil si at fastlegene uttrykker at de på forhånd vet hvilke type pasienter som vil lykkes med en livsstilsendring. Ved å ha forutinntatte holdninger kan våre informanter skape et slags overblikk over hvem de mener vil lykkes med en livsstilsendring. Våre informanter snakker også om enkelte pasienter som ikke vil benytte seg av FLS fordi de ikke ønsker å bli sammenliknet med *de* som går til FLS. Dette er et funn som viser at det kan være stigmatisering knyttet til FLS, men ingen av våre informanter har nevnt dette ordrett.

Det forekommer skepsis til FLS blant våre informanter, der enkelte mente pasienten hadde fått til en livsstilsendring også uten FLS. Enkelte av informantene i vår studie mente FLS sitt treningstilbud selekterer mennesker med lav SØS, blant annet på grunn av at det er gratis og treningen skjer på dagtid. Det skal nevnes at personer med lav SØS er en av flere grupper mennesker FLS har som formål å nå ut til. Informantene trekker frem at det er ressurssterke mennesker som har størst sannsynlighet for å ta ansvar for egen helse. Dette støttes av resultatene fra Hansen m.fl. (2015) som viser at personer med høyere utdanning og inntekt har større sannsynlighet for å oppfylle anbefalingene for FA i forhold til de med lav utdanning og inntekt. Samdal m.fl. (2019) hevder at FLS ikke har effekt på å utjevne de sosiale forskjellene, da deltakerne med lav utdanning var de som hadde minst forbedring etter en randomisert kontrollert studie (RCT) med trening ved frisklivssentraler. Det skal tas i betraktning at det var et selektert utvalg i studien til Samdal m.fl. (2019) da hele 80% av deltakerne tilfredsstilte anbefalingene, mot 32% i den generelle befolkningen. Samdal m.fl. (2018) viser motstridende funn, da deres deltakere var høyt indre motivert ved oppstarten av trening hos FLS. Informantene mener at pasientene som er motiverte får til en livsstilsendring på egenhånd,

uansett om de er med på FLS sitt tilbud eller ikke. Enkelte av våre informanter opplever at FLS ikke har effekt på å utjevne sosial ulikhet i samfunnet, fordi deltakere med lav SØS ikke klarer å bli mer fysisk aktive selv om de blir henvist til FLS. FLS har som formål å utjevne sosial ulikhet i helse i kommunen. Dersom ikke dette innfris vil det være verdifullt å lytte til legenes erfaringer på hvordan samarbeidet kan bli bedre. Det vil være ulike grupper mennesker med ulik motivasjon hos FLS til enhver tid, men opplevelsen er likevel reell for våre informanter.

## **Konklusjon**

Studiens hensikt var å beskrive fastlegers erfaringer med frisklivssentral og veiledning om FA til pasienter. Funnene viser at informantene mente det er vanskelig å motivere pasienten, nå inn til pasienten og komme med konkrete individuelle tilpasninger. Informantene uttrykker blant annet et behov for flere konkrete verktøy, mer kunnskap om FA og individuell tilpasning/veiledning om FA, noe som tyder på at dette kunne hatt større fokus i medisnutdanningen. Studien viser at det kan være en utfordring i kommunikasjon mellom legene og FLS med hensyn til hvilke pasientgrupper FLS passer for, og tilbakemelding om hvilke endringer pasienten oppnår ved veiledning fra FLS. Videre viser funnene at enkelte av informantene er svært positive til FLS og benytter seg av tilbudet når egen kunnskap og tid ikke strekker til. På den andre siden viser våre funn at enkelte av informantene er generelt skeptiske til FLS, og opplever at FLS bidrar til stigmatisering og selektering av deltagere med lav SØS. Informantene begrunner det med at de personene med lav SØS ikke klarer å bli mer fysisk aktive selv om de blir henvist til FLS. For å slå fast om dette er en reell svakhet hos FLS er det behov for mer forskning. Disse funnene kan bidra til bevisstgjøring av utfordringene mellom fastlegene og FLS

## Referanser

- Abildsnes, E., Meland, E., Samdal, G. B., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2016). Stakeholders' expectations of Healthy Life Centers: A focus group study. *44(7)*, 709-717. Hentet fra <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494816655946>. doi:10.1177/1403494816655946
- Arsenijevic, J., & Groot, W. (2017). Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, *7(2)*. doi:10.1136/bmjopen-2016-012156
- Bahr, R (red.). (2009). *Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet
- Bolstad, A. (2015). *Gjennomføring og vedlikehold av livsstilsendring – kva skal til? Ein kvalitativ studie av tidlegare frisklivsdeltakarar sine erfaringar med å gjere og vedlikehalde livsstilsendingar*. (Klinisk helsevitenskap, NTNU), Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/297372/Bolstad%20Aase.pdf?sequence=1>
- Bringeland, B., & Aasland, O. G. (2006). Legers bruk og vurdering av grønn resept(126). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2006--1036-8.pdf>
- Bruset, S., Høye, S., & Haavet, O. R. (2014). "Vi må være litt strengere"; fastlegers holdning til forebyggende helsearbeid. *Utposten*, *47(7)*, 20-24.
- Brotons, C., Björkelund, C., Bulc, M., Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M., Jurgova, E., Vuchak, J. (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine*, *40(5)*, 595-601. doi:10.1016/j.ypmed.2004.07.020
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R., Aarflot, U., & Mæreforskning. (2008). *Ein resept å gå for? : evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. In Arbeidsrapport (Høgskulen i Volda : online), Vol. nr. 225.
- Claudi, T., Berg, J.T., Aulie, M., & Grotdal, S. (2010) *Nasjonale kliniske retningslinjer Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling*. (Brukerversjon). Oslo; Helsedirektoratet & Diabetesforbundet. Hentet fra: [http://www.dokter.no/PDF-filer/Diabetes\\_Brukerversjon\\_Retningslinjer\\_IS\\_1689.pdf](http://www.dokter.no/PDF-filer/Diabetes_Brukerversjon_Retningslinjer_IS_1689.pdf)
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekornerud, T., & Thonstad, M. (2018). *Frisklivssentraler i kommunane*. (2018/27). Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358702?ts=16557397138>.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>.
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid. LOV-2011-06-24-29*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>.

- Foucault, M. (1970/1999). *"Diskursens orden"*. Oslo: Spartacus.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk : god helse slik folk ser det* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Galaviz, K. I., Narayan, K. M. V., Lobelo, F., & Weber, M. B. (2018). Lifestyle and the Prevention of Type 2 Diabetes: A Status Report. *American Journal of Lifestyle Medicine, 12*(1), 4-20. doi:10.1177/1559827615619159
- Goldberg, D. M., Cho, B.-Y., & Lin, H.-C. (2018). Factors influencing U.S. physicians' decision to provide behavioral counseling. *Preventive Medicine, 119*. doi:10.1016/j.ypmed.2018.12.015
- Gustavsson, C., Nordqvist, M., Bröms, K., Jerdén, L., Kallings, L. V., & Wallin, L. (2018). What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription?: - interview study with primary healthcare staff and management. *Bmc Health Services Research, 18*(1). doi:10.1186/s12913-018-3021-1
- Hansen, B., Kolle, E., Steene- Johannessen, J., Dalene, K. E., Ekelund, U., & Anderssen, S. A. (2019). Monitoring population levels of physical activity and sedentary time in Norway across the lifespan. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 29*(1), 105-112. doi:10.1111/sms.13314
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, E., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blandt voksne og eldre i Norge- National kartlegging 2014-2015*. (IS-2367). Oslo.
- Harrison, R. A. (2005). Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *Journal of Public Health, 27*(1), 25-32. doi:10.1093/pubmed/fdh197
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/sec1>.
- Helsedirektoratet. (2016a). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>.
- Helsedirektoratet. (2016b). *Strategier og tiltak for å øke fysisk aktivitet i samfunnet*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016c). *Veileder for kommunale frisklivssentraler Etablering, organisering og tilbud*. Oslo.
- Hjelle, O. P. (2016, 23.02.1016) Fastleger får pasientene opp av sofaen. Interviewer: L. T. Kongsvik. *Tidsskriftet for den norske legeforening*.
- Kinge, JM., Modalsli, JH., Øverland, S., Gjessing, HK., Tollånes, MC., Knudsen AK., Skirbekk V., Strand, BH., Håberg, SE., & Vollset, SE. (2019) Association of Household Income with Life Expectancy and Cause Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA, 32*(19), 1-10

- Leijon, M. E., Bendtsen, P., Stahle, A., Ekberg, K., Festin, K., & Nilsen, P. (2010). *Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care.* (Research article)(Report). *11*(38), 38. doi:10.1186/1471-2296-11-38
- Malterud., K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis 4. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Pavey, T., Taylor, A., Hillsdon, M., Fox, K., Campbell, J., Foster, C., Taylor, R. (2012). Levels and predictors of exercise referral scheme uptake and adherence: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*(8), 737. doi:10.1136/jech-2011-200354
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger.* (LOV-2000-04-14-31). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>.
- Phillips, N. M., Street, M., & Haesler, E. (2016). A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, *25*(2), 110–117.
- Rödger, L., H. Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *34*(4), 443-452. doi:10.1080/02813432.2016.1253820
- Sagsveen, E., Rise, M., Grønning, K., Westerlund, H., & Bratås, O. (2019). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectations*, *22*(2), 226-234.
- Salemonsens, E., Hansen, B., Førland, G., & Holm, A. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived "wrong" lifestyle - a qualitative interview study. Hentet fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2579366>
- Samdal., Eide, G., Barth, T., Williams, G., & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *In International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (Vol. 14).
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2019). The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scandinavian Journal of Public Health*, *47*(1), 18-27. doi:10.1177/1403494818785260
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2018). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *46*(7), 774-781. doi:10.1177/1403494818756081

- Strømmen, M., Bakken, I. J., Andenæs, E., Klöckner, C. A., Mårvik, R., Kulseng, B., & Holen, A. (2015). Obese, fat, or just overweight? *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 135(19), 1732. doi:10.4045/tidsskr.14.0828
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tollånes, M. C., Knudsen, Ann Kristin, Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skibekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/10/originalartikkel/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016> doi:10.4045
- Walseth, L., Abildsnes, E., & Schei, E. (2011). Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*, 553995(2), 99-103. doi:10.3109/02813432.2011
- Walseth. (2012). Change through ethical dialogue : a theoretical and qualitative study of lifestyle counselling in general practice. University of Bergen, Bergen.
- Williamson, L. (2014). Patient and citizen participation in health: The need for improved ethical support. *The American Journal of Bioethics*, 14(6), 4–16.



## 6.0 Medforfattererklæring



Jeg samtykker i at artikkel

---

**Tittel:** Fastlegers erfaringer med frisklivssentralen og veiledning om fysisk aktivitet til pasienter

---

**Publisert i:** Tidsskrift for velferdsforskning

---

**Dato:** 28. mai. 2019

---

**Forfattere:** Marie Braathen Sørum, Ellen Eimhjellen Blom og Anne Marie Sandvoll

---

Kan inngå som del av mastergradsavhandling for

**Student:** Marie Sørum

---

**Beskriv kandidatens bidrag:**

Kandidaten har designa studien og utvikla prosjektplan under veiledning av medforfatterne. Kandidaten har søkt og fått godkjenning fra NSD. Kandidaten har rekruttert informanter, gjennomført samt transkribert alle intervju. Kandidaten har gjennomført analyse og drøfta funn med medforfatterne. Videre har kandidaten vært førsteforfatter på artikkelen og fått veiledning og innspill fra medforfattere.

**Dato og sted:** Sogndal/Førde, 28.mai.2019

Signatur medforfatter(e):

*Ellen Eimhjellen Blom*

*Anne Marie Sandvoll*

Signatur kandidat

*Marie Sørum*

## 7.0 Tidsskriftet sine retningslinjer

### INNLEVERING AV MANUS

Før du sender inn ditt manuskript til redaksjonen ber vi om at du leser forfatterveiledningen nøye, og sjekker at:

- Forfatteropplysningene er fullstendige
- Antall tegn med mellomrom ikke overskrider maksimumsgrensen
- Noter og referanser er i henhold til veiledningens standard
- Et kort abstrakt og nøkkelord på engelsk og norsk/svensk/dansk er inkludert

Manuskript sendes inn via vår ScholarOne-side:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/uf-velferd>.

### KRAV TIL MANUS

Et krav for å bli publisert i Tidsskrift for velferdsforskning er at bidraget tar opp viktige spørsmål og at de holder et høyt faglig nivå. Tidsskriftets artikler skal være på et av de skandinaviske språkene.

#### Formelle krav

- Vitenskapelige artikler, inkludert sammendrag, noter, referanser og litteraturliste, bør ikke overskride 46.000 tegn (med mellomrom).
- Kommentar- og debattartikler bør ikke overstige 18.000 tegn (med mellomrom).
- Bokanmeldelser bør være under 9000 tegn (med mellomrom).

Redaksjonen kan godta lengre kommentarer eller bokessays, knyttet til viktige velferdspolitiske debatter.

En vitenskapelig publikasjon må presentere ny innsikt, og være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning.

#### Sjekkliste før innsending

1. Tittel (gjør gjerne kort og poengtert)
2. Forfatternavn, med tittel, institusjon, e-postadresse
3. Sammendrag på hovedspråk og engelsk (maksimum 200 ord).
4. Sammendragene skal innholdet bakgrunn for studien, metodene som er benyttet, det empirisk grunnlaget, hva som er studiens hovedfunn og konklusjon.
5. Engelsk tittel.
6. Manuskript med litteraturreferanser alfabetisk ordnet til slutt og ev. fotnoter
7. 3–6 nøkkelord på norsk og engelsk (som beskriver artikkelen med ord som ikke forekommer i tittelen)
8. Litteraturliste i henhold til referansestilen APA

9. Figurer og tabeller plasseres i teksten. Forfatter er selv ansvarlig for å innhente ev. tillatelser til bruk av figurer og tabeller

### **DOI-REFERANSE**

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://search.crossref.org/>

### **LITTERATURREFERANSER I TEKSTEN**

Tidsskriftet benytter referansestilen APA 6A. Se her for en kort introduksjon:

<http://www.kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>

### **PUBLISERINGSETIKK**

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til Committee of Publication Ethics (COPE).

### **VURDERINGSPROESSEN**

Tidsskrift for velferdsforskning benytter fagfeller for å sikre den vitenskapelige kvaliteten til artiklene. Innkomne bidrag blir først vurdert av ansvarlig redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Tidsskriftet følger tosidig anonymitets-prinsipp: både forfatter og fagfelle er anonyme for hverandre. Derfor må manuset anonymiseres før det sendes inn, dvs. forside med forfatternavn og -omtaler sendes inn som separat dokument og selvreferanser må anonymiseres. Redaksjonen konkluderer på grunnlag av fagfellevurderingene og videreformidler disse kommentarene og eventuelle endringsforslag til artikkelforfatteren.

Redaksjonen har prosedyrer for fagfellevurdering av evt. bidrag fra redaksjonens medlemmer, slik at også disse bidragene blir sikret anonym behandling.

Artikler skal ikke ha vært publisert andre steder tidligere. Innholdet i artikkelen skal heller ikke ha vært publisert i rapporter eller lignende med ISBN-nummer. Selv om artiklene ikke kan sies å være identiske kan ikke redaksjonen akseptere en artikkel der innholdet er publisert andre steder.

Å sende inn et manuskript til et vitenskapelig tidsskrift er et uttrykk for en hensikt om å publisere manuskriptet i dette tidsskriftet. Behandling av innkomne bidrag krever tid og oppmerksomhet i redaksjonen og hos dem som skal vurdere manuskriptet. Det er viktig at bidragsyterne er innforstått med at de ved å sende inn en artikkel aksepterer at ikke andre tidsskrifter kan vurdere artikkelen mens den er til vurdering i Tidsskrift for velferdsforskning redaksjon.

Tidsskriftet forbeholder seg retten til å avvise uferdige manus.

(hentet fra: [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_velferdsforskning#/authors](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning#/authors) (20.02.19))

# Vedlegg

## (1) Intervjuguide

Estimert tid på intervju; 20-30 min.

Kan gjøres via skype!

- Kan du fortelle om hvilke erfaringer har du med rådgivning om fysisk aktivitet til egne pasienter ?
  - I hvor stor grad rådgiver du om fysisk aktivitet til egne pasienter
  - Hvorfor/hvorfor ikke rådgiver du om FA?
- Kan du fortelle om hvilke erfaringer du har med kommunale tilbud som eks; frisklivssentralen?
  - Hvorfor/Hvorfor ikke?
- Hvilke erfaringer har du med pasienter som får rådgivning om FA?
  - Fungerer rådgivningen?
  - Hvorfor/hvorfor ikke?
- Dersom du benytter deg av FLS som lege, hvilke erfaringer har du med FLS som kommunal forebyggende helsetjeneste for livsstilsendring?
  - Hvordan erfarer du pasientene sine reaksjoner når du henviser til FLS?
  - Hvordan føles det for deg å rådføre om FA? /hva får det deg til å føle?
- Hvilke erfaringer sitter du igjen med etter du har henvist/rådført en ung person, vs en eldre person til FA/FLS? Erfarer du en forskjell mellom de to scenarioene?
- Hvordan oppfatter du fysisk aktivitet sin legitimitet blant dine kollegaer?
- Er det noe mer du ønsker å tilføye når det kommer til temaet; rådgivning om fysisk aktivitet til egne pasienter?
- Er det noe mer du ønsker å tilføye når det kommer til temaet FLS?

## **(2) Informasjonsskriv og samtykkeerklæring**

*Informert samtykke til deltagelse i forskningsprosjekt.*

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### **«Legenes erfaringer og holdninger til fysisk aktivitet og frisklivssentralen»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke ulike fastleger sine erfaringer med fysisk aktivitet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er å se på fastlegenes erfaringer rundt rådgivning om fysisk aktivitet og henvisning til frisklivssentralen. Problemstillingen som skal undersøkes gjennom intervju med et utvalg fastleger er; *Hvilke erfaringer og holdninger har fastlegene til veiledning om fysisk aktivitet og henvisning til frisklivssentralen?* Hensikten med studien er å bidra til kunnskap om tverrfaglig samarbeid mellom fastleger og frisklivssentraler. Prosjektet er en masteroppgave for masterstudent Marie Sørum.

Informasjonen skal kun brukes i forbindelse med denne oppgaven.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

*Ansvarlige for forskningprosjektet er;* Høgskulen på Vestlandet, Master Idrettsvitenskap. Mine hovedveiledere er; Ellen Blom, PhD stipendiat v/Høgskulen på vestlandet, fakultet for lærerutdanning, kultur og idrett, og Anne Marie Sandvoll, førsteamanuensis v/Høgskulen på vestlandet, avd. Helse- og omsorgsvitenskap.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg ønsker å intervju 8-10 fastleger i ulike deler av landet ved ulike legekantor, med ulike alder og erfaringer. Jeg ønsker å intervju 8-10 fastleger der jeg ønsker ulike erfaringer med frisklivssentraler og fysisk aktivitet. Din kontaktinformasjon har jeg funnet via legekantorets hjemmesider, gjennom kontakter eller via et tidligere intervjuobjekt.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dette er et kvalitativt studie basert på dybdeintervju av fastleger. Dersom du velger å delta i dette prosjektet innebærer et intervju på ca 20-30 min. Enten ved at jeg møter opp på din arbeidsplass, eller via skype. Informasjonen registreres via lydopptak, samt at jeg vil ta notater. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer som lege rundt fysisk aktivitet, og frisklivssentralen. Det stilles ingen krav til at du ikke henviser pasienter til frisklivssentralen. Intervjuet vil ikke spørre etter personlige data.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg, Marie Sørum som vil ha direkte tilgang til lydopptak og notater. Mine veiledere Ellen Blom og Anne Marie Sandvoll vil ha tilgang til transkripsjon. Ved transkripsjonen er deltakerne i undersøkelsen anonymiserte.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med eks; Mann 34/Kvinne 50, uten demografi.

Dersom du leser oppgaven eller eventuelt publisert artikkel kan du gjenkjenne egne utsagn. Men det vil bli anonymisert med eks; mann 34/kvinne 60, som gjør det umulig for andre personer å identifisere deltakerne.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal avsluttes *30. mai. 2019*. Transkripsjon og lydopptak vil bli slettet når oppgaven leveres inn.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved Ellen Blom (Tlf: 91125943.  
E-post: [ellen.eimhjellen.blom@hvl.no](mailto:ellen.eimhjellen.blom@hvl.no))  
Eller Student: Marie Sørum (Tlf: 46414051. E-post: [Sorum2905@gmail.com](mailto:Sorum2905@gmail.com))
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no))  
eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Ellen Blom*

*Marie Sørum*

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Masterstudent

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; «*legenes erfaringer og holdninger til fysisk aktivitet og frisklivssentralen*».

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 30. mai. 2019

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### **(3) Godkjenning fra NSD**

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 237369 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at den innmeldte behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt behandlingen gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan gjennomføres.

**MELD ENDRINGER** Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.05.2019

**LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være de registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen. - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenelige formål. - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet. - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet. DE

**REGISTRERTES RETTIGHETER** De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: informasjon, innsyn, retting, sletting, begrensning, dataportabilitet, jf. art. 12, 13, 15-17, 19, 20. Disse rettighetene gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN



INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp behandlingen av personopplysninger ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen er avsluttet. Vi ønsker lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)