



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGÅVE

Glede over betre helse i kvardagen

The joy of better health in everyday life

Kandidatnummer: 201

Samhandling innan helse- og sosialtenester

Avdeling for helsefag

Rettleiar: Anne Marie Sandvoll

04.11.2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Då var masterstudiet over. Det har vore ei lærerik og spennande periode. Eg vil nytte fororda til å takke alle som har hjelpt med gjennomføringa av studien.

Takk til frisklivssentralen som bidrog med rekruttering av informtanar til studien.

Takk til informantane som delte sine erfaringar, opplevingar og tankar med meg.

Takk til rettleiaren min, Anne Marie Sandvoll. Du har vore til god hjelp og motivasjon gjennom studia.

Tusen takk til Mariell, Ingvil og Otis som bidrog med korrekturlesing og støtte undervegs i studien.

Samandrag

Noreg står ovanfor store utfordringar når det gjeld folkehelse og utvikling av sjukdom knytt til fysisk inaktivitet, usunt kosthald og tobakkforbruk. Desse utfordringane og føringar frå Samhandlingsreforma krev ei auka satsing på helsefremmande og førebyggjande tiltak for å fremme folkehelsa. Eit viktig tiltak her kan vere frisklivssentralen, som er ei helsefremmande og førebyggjande helseteneste. Frisklivssentralen kan bidra til å støtte livsstilsending hos personar med auka risiko for, eller som alt har etablert kronisk sjukdom.

Hensikta med studien var å få meir kunnskap om informantane sine erfaringar om kva faktorar som kan fremme livsstilsending gjennom deltaking på ulike tilbod ved frisklivssentralen. Samtidig var det eit ønskje om å auke kunnskapen om korleis deltaking på frisklivssentral kan virke helsefremmande. Studien har eit kvalitativt design med ei fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming til brukarane sine erfaringar med livsstilsending. Det er gjennomført sju semi-strukturerte intervju frå tidlegare deltakarar ved frisklivssentralen henta frå ein frisklivssentral. Intervjua er analysert med systematisk tekstkondensering (STC).

Gjennom analysen kom det fram fire resultat kategoriar; lågterskel tilbod som er tilpassa den enkelte, etablering av nye vaner, å vere del av eit fellesskap og glede av betre helse i kvardagen. Denne studien tyder på at viktige faktorar for å fremme livsstilsending er tilpassa tilbod, hjelp til etablering av nye vaner og oppleving av tilhøyrslø og glede av betre helse. Det siste funnet var viktig for å auke den subjektive livskvaliteten. I tillegg var det viktig å fremme oppleving av kompetanse, tilhøyrslø og autonomi hos informantane, for å bidra til å fremme den indre motivasjonen som er sentral ved varig livsstilsending. Vidare var det viktig å styrke meistringstru til deltakarane.

Nøkkelord: Livsstilsending, frisklivssentral, fysisk aktivitet, kvalitativ studie, motivasjon, meistring, selvbestemmelsesteorien og meistringstro.

Abstract

Norway faces major challenges when it comes to public health and the development of disease related to physical inactivity, diet and tobacco. These challenges and guidelines from “Samhandlingsreformen” require an increased focus on health-promoting and preventive measures to promote public health. An important measure can be the Healthy Living Center, which is a health-promoting and preventive health service. The Healthy Living Center can help support lifestyle changes in people who are at increased risk for, or who have already established, a chronic illness.

The purpose of the study was to get more knowledge about what experiences the informants had about what can promote lifestyle change through participation in various offers at the wellness center. Another purpose was to get extra knowledge about how participation in a Healthy Living Center can have a health-promoting effect on the participants.

The study has a qualitative design with a phenomenological-hermeneutic approach to the users’ experiences of changing their lifestyle. Seven semi-structured interviews have been conducted with former participants at the Healthy Living Center in a district municipality in Norway. The interviews are analyzed with systematic text condensation (STC).

Through the analysis, I got four result categories; adjusted offers that are adapted to the individual, establishing new habits, being part of a community and enjoying better health everyday life.

This study shows that important factors for promoting lifestyle change are customized schemes, help to establish new habits, the experience of belonging, and enjoyment of better health. Enjoyment of better health was important to increase the subjective quality of life. It was also important to promote the experience of competence, belonging and autonomy to help promote their inner motivation, which are central to getting a lasting change of lifestyle. Finally, it was important to strengthen the participants’ threat of mastery.

Keywords: Lifestyle change, Healthy living center, physical activity, qualitative study, motivation, self-efficacy.

Innholdsliste

Samandrag

Abstract

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Introduksjon | 1 |
| 2 | Litteraturgjennomgang | 5 |
| 2.1 | Litteratursøk og tidlegare forskning | 5 |
| 2.2 | Førebyggjande arbeid | 6 |
| 2.3 | Motivasjon og meistring i åtferdsending | 8 |
| 2.4 | Sjølvbestemmingsteorien | 10 |
| 2.5 | Den transteoretiske modellen | 10 |
| 3 | Metode | 14 |
| 3.1 | Kvalitativt design | 14 |
| 3.2 | Forforståing | 15 |
| 3.3 | Utval og rekruttering | 15 |
| 3.4 | Datainnnsamling | 17 |
| 3.5 | Transkripsjon | 18 |
| 3.6 | Analyse | 19 |
| 3.7 | Etiske aspekt | 21 |
| 3.8 | Metodediskusjon | 22 |
| 4 | Presentasjon av funn | 25 |
| 4.1 | Lågterskel tilbod som er tilpassa den enkelte | 25 |
| 4.2 | Etablering av nye vaner | 27 |
| 4.3 | Å vere ein del av eit fellesskap | 29 |
| 4.4 | Glede av betre helse i kvardagen | 33 |
| 5 | Diskusjon | 35 |
| 5.1 | Betydinga av eit tilpassa tilbod | 35 |
| 5.2 | Fellesskapet bidreg til å etablere og vedlikehalde vanar | 38 |
| 5.3 | Glede av betre helse i kvardagen | 42 |
| 6 | Konklusjon | 44 |

Referanseliste

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

Vedlegg 4

1 Introduksjon

Dei største folkehelseproblema i Europa heng nært saman med folk sine levevanar. Fysisk inaktivitet, dårleg kosthald, psykisk helse, røyking og overdriven alkoholforbruk reknast som dei viktigaste årsakene til sjukdom og for tidleg død i Europa (Samdal et al., 2018; Folkehelseinstituttet, 2020). Med for tidleg dødsfall meinast det her dødsfall før fylte 70 år (Folkehelseinstituttet, 2020). Verdens Helseorganisasjon (WHO) anslår at 80 prosent av dei med hjarteinfarkt, 90 prosent av dei med diabetes type-2 og 30 prosent av dei med førekomst av kreft kan førebyggast eller utsettast ved å endre kosthaldet, fysisk aktivitet og røykevanar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette viser at det er stort potensiale for betre helse, og behov for meir førebyggande arbeid.

WHO har utarbeidd fleire strategiar for å fremme folkehelsa (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Å redusere for tidleg død med 25 prosent innan 2025 var eit av måla WHO dei sette opp for dei ikkje-smittsame sjukdommane. Noreg slutta seg til målet for perioden 2010 til 2025 (Folkehelseinstituttet, 2018; 2020). Dei ikkje-smittsame sjukdommane blir kalla for non-communicable disease, og ofte forkorta til NCD (Folkehelseinstituttet, 2020). Ikkje-smittsame sjukdomar er i ferd med å ta over for omgrepet livsstilssjukdommar, og inneber kronisk sjukdommar som skyldast kombinasjon av genetikk, miljø og personleg livsstil (Nylenna, 2020). NCD inneber hjarte- og karsjukdommar, muskel- og skjelettlidingar, kreft, diabetes type 2 og kols (Folkehelseinstituttet, 2018). Statistikken over dødsfall i Noreg viser at målet for tidleg død av NCD var nådd ved årsskiftet 2018-2019 (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette målet er seinare endra til 33 prosent reduksjon frå 2010 til 2030, og inngår i FN sine globale mål for berekraftig utvikling (Folkehelseinstituttet, 2020).

På linje med resten av Europa står Noreg ovanfor store helseutfordringar knytt til utvikling av NCD (Folkehelseinstituttet, 2016). Med omgrepet helse er det tatt utgangspunkt i WHO sin definisjon, som definerer helse som ein tilstand med fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikkje berre fråvær av sjukdom og lidingar (Mæland, 2010). Saman med NCD er sosial ulikskap i helse blant dei største helseutfordringane i Noreg (Hansen et al., 2015; Helsedirektoratet, 2019). Det er store helseforskjellar i dei sosioøkonomiske grupper, med ein tendens at helsetilstanden ofte er betre hos personar med høgare inntekt og utdanning

(Folkehelseinstituttet, 2018). Denne forskjellen er aukande, og er større i Noreg enn mange andre Europeiske land (Folkehelseinstituttet, 2018).

WHO har slått fast at fysisk inaktivitet er den fjerde største risikofaktoren for NCD (Folkehelseinstituttet, 2018). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet fremmer helse og velvære hos den enkelte, samt gjev overskot og kan motverke behandlingar av over 30 ulike sjukdommar og tilstandar (Wester, Wahlgren, Wedman, Ommundsen, 2009; Folkehelseinstituttet, 2018). Fysisk aktivitet blir i internasjonal litteratur definert som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Lærum et al., 2009, s. 73). Å fremme fysisk aktivitet vil vere eit viktig tiltak for å førebygge og behandle livsstilssjukdommar og for å bidra til utjamning av sosial ulikskap i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2016).

NCD utgjør ein stor og aukande del av sjukdomsbyrden i den norske befolkninga, og det skapar nye utfordringar for helsevesenet (Tollånes et al., 2018). Ein stor del av Noreg si vaksne befolkning har eit lågt fysisk aktivitetsnivå, og det er nødvendig med folkehelseiltak for å auke fysisk aktivitet i befolkninga (Hansen et al., 2019). Dei norske anbefalingane for fysisk aktivitet for vaksne er moderat til hard intensitet i minimum 150 minutt kvar veke (Jansson & Anderssen, 2019). Dette inneber 30 minutt kvar dag, fem dagar i veka. Blant vaksne er det omtrent 30 prosent som oppfyller anbefalingane for fysisk aktivitet (Folkehelseinstituttet, 2018). Dei som ikkje oppfyller desse anbefalingane blir her rekna som inaktive personar.

Sjukdom relatert til livsstil og levevanar er belastande for helsetenestene, og helsesektoren er derfor ein viktig arena for dette arbeidet (Lærum et al., 2009). Ei viktig oppgåve for heile samfunnet vil vere å arbeide mot eit auka aktivitetsnivå i befolkninga (Lærum et al., 2009). Det er behov for effektive intervensjonar for å nå utsette gruppene i befolkninga med førebyggjande og behandlande tiltak. Ved å auke aktivitetsnivået til personar som er inaktive eller lite aktive vil helsegevinsten bli større, samanlikna med å auke aktivitetsnivået til dei som allereie er fysisk aktive (Jansson & Anderssen, 2009). Ein bør derfor ha fokus på å fremme fysisk aktivitet blant grupper som er fysisk inaktive eller lite fysisk aktive (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2019).

Fleire tiltak i primærhelsetenesta er retta mot risikogrupper, og i Norden har det blitt utvikla ulike modellar for fysisk aktivitet på resept (Lærum et al., 2009). Det er store variasjonar mellom landa med tanke på innhald og struktur på oppfølgingssystema, men samtidig er det stor einigheit om at nytten av fysisk aktivitet er eit helsefremmande, sjukdomsførebyggande og behandlande verkemiddel i helsetenesta (Lærum et al., 2009). Rapportar frå Sverige og Danmark viser at lågterskeltilbod har god effekt i forhold til auka aktivitetsnivå, auka fysisk form og auka helserelatert livskvalitet hos brukarane (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Lågterskeltilboda er lagt til rette for personar med auka risiko for sjukdom, personar med etablert sjukdom og personar som står utanfor arbeidslivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I Noreg er frisklivssentralar ei kommunal helseteneste som tilbyr tilpassa oppfølging og rettleiing, med mål om å endre livsstil og meistre helseutfordringar (Helsedirektoratet, 2016).

Deltakarane ved frisklivssentralane har ofte høg grad av samansette helseutfordringar og lågare fysisk aktivitetsnivå og livskvaliteten samanlikna med den generelle befolkninga (Oldervoll, Blom, Solbraa, Aadland & Skrove, 2021). Tre månader med frisklivsintervensjon aukar aktivitetsnivået, motivasjon for fysisk aktivitet og sosial omgang (Haugland, 2018; Våge, 2018). Etter 15 månader ved frisklivssentralen gjekk aktivitetsnivået tilbake til utgangspunktet (Blom et al., 2020a). Likevel var det ei vesentleg forbetring i den helserelaterte livskvaliteten til brukarane etter tre månader, som også varte etter 15 månader (Blom, Aadland, Skrove, Solbraa & Oldervoll, 2020a). Eit sentralt funn var at deltakarane som auka det fysiske aktivitetsnivået, hadde større sannsyn for å oppleve betre helserelatert livskvalitet (Oldervoll et al., 2021).

Det er stor einigheit om at det er behov for meir fokus på helsefremmande og førebyggande helsetenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2011, 2013; Folkehelselova, 2011). Samhandlingsreforma har som mål å styrke helsefremmande og førebyggande helsetenester i Noreg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 blei frisklivssentralar trekt fram som eit viktig tiltak for å nå dette målet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Frisklivssentralane har utvikla seg frå «Grønn Resept», som blei føreslått som eit folkehelseiltak i stortingsmeldinga *Resept for et sunnere Norge* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Gjennom «Grønn Resept» fekk fastlegane eit større ansvar for rettleiing knytt til pasientar med diabetes type-2 og hjerte- og karsjukdommar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Evaluering av «Grønn Resept» viste at det mangla eit

oppfølgingstilbod, og at denne målgruppa blei for smal (Bringedal & Aasland, 2006). Evalueringa viste også til at fastlegane sakna ein stad å tilvise pasientane til vidare oppfølging. Folkehelsemeldinga peika vidare på at det framleis var behov for å styrke satsinga på kommunale frisklivssentralar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I etterkant av evalueringa har frisklivssentralane blitt utvikla som eit oppfølgingstilbod forankra i helsetenesta (Blom, Aadland, Skrove, Solbraa & Oldervoll, 2019; Helsedirektoratet, 2016). Frisklivssentral er framleis ei helseteneste under utvikling, og forsøker å finne sin posisjon i det offentlege helsesystemet (Abildsnes, Meland, Samdal, Stea & Mildestvedt, 2016).

Livsstil er eit helsepolitisk satsingsområde som det er behov for meir forskning på. Det er gjort få kvalitative studiar som ser på brukarane av frisklivssentralar sine erfaringar og frisklivssentralen som tiltak. Ein fersk studie viser at det er behov for kvalitative studiar som kan utforske erfaringane til brukarane som nytta seg av frisklivssentralar (Sandvoll, Sørum, Blom, 2021). Derfor er hensikta med denne studien å utforske kva faktorar deltakarane erfarte som viktige for å fremme livsstilsendring. Gjennom studien ønsker eg å utforske følgande problemstilling:

Kva erfarer deltakarar ved frisklivssentralar som viktige faktorar for å fremme livsstilsendring?

2 Litteraturgjennomgang

I litteraturgjennomgangen vil eg gjere greie for korleis eg søkte etter litteraturen. Vidare vil eg gå gjennom tidlegare forskning som vil vere relevant for å belyse problemstillinga. Dei mest relevante studiane er presentert i introduksjonsdelen. Det teoretiske rammeverket i prosjektet tar for seg førebyggjande arbeid, kommunen sitt ansvar for å sørge for gode og forsvarlege helse- og sosialtenester, og frisklivssentralen som eit middel for å tilby det. Vidare vil eg gi ein introduksjon til den aktuelle frisklivssentralen som er studert. Til slutt vil eg ta for meg sjølvbestemmingsteorien og den transteoretiske modellen som vil bidra til å belyse problemstillinga.

2.1 Litteratursøk og tidlegare forskning

For å finne relevant forskning til å utdjupe og belyse problemstillinga utførte eg eit systematisk søk i databasane Google Scholar, Medline, PsycINFO og Oria. På norsk brukte eg kombinasjon av desse søkeorda: *Livsstilsending, frisklivssentral, fysisk aktivitet, kvalitativ studie, meistring, brukermedvirkning, aktivitet på resept, trening på resept og selvbestemmelse*. For å finne internasjonal litteratur blei desse orda brukt: *Lifestyle changes, healthy life center, physical activity, qualitative study og self-efficacy*. Søkeorda blei kombinert av “AND” og “OR” i ulike kombinasjonar. Forsking på frisklivssentralar er eit relativt ungt forskingsområde, så eg har ikkje avgrensa søket til noko tidsperiode då dei fleste forskingsartiklane er av nyare tid. Eg har likevel forsøkt å få mest mogleg oppdatert forskning.

Dei som arbeider med brukarar av frisklivssentralen spelar ei viktig rolle for livsstilsendinga til brukarane (Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund, & Bratås, 2018; Sandvoll et al., 2021; Bolstad, 2015). Ein studie av Sagsveen et al. (2018) viste at brukarar opplevde at dei tilsette ved frisklivssentralen gav god profesjonell og sosial støtte gjennom livsstilsendinga. Vidare peika dei på faktorar som å bli møtt med respekt og at det vart etablert eit påliteleg forhold til fagfolk som avgjerande for brukarane sitt engasjement for livsstilsending. Ein annan studie viste til at fastlegane hadde varierende erfaringar med tilbakemelding og samarbeid med frisklivssentralar (Sandvoll et al., 2021). Nokre fastlegar nytta frisklivssentralen som eit hjelpemiddel dersom eigen kunnskap ikkje strakk til. Andre fastlegar var skeptisk til frisklivssentralar på grunn av manglande dokumentasjon på helseeffekt eller på grunn av at dei erfarte at frisklivssentralen var for ei selektert gruppe (Sandvoll et al., 2021).

Personleg haldning er viktig for om ein person gjennomfører livsstilsending, det inneber personen si vilje og om personen tar ansvar i endringsprosessen (Bolstad, 2015). Det er derfor viktig at personalet ved frisklivssentralen aktivt arbeider for å fremme ei slik innstilling hos deltakarane (Bolstad, 2015). Mange deltakarar opplevde auka bevisstheit og gode meistringsopplevingar gjennom opphald på frisklivssentralen, men fleire har problem med å vedlikehalde livsstilsendingane over tid (Strand, 2016). Avgjerande for om deltakarane meistra utfordringane ein kan møte ved livsstilsending er om brukarane har dei rette meistringsressursane tilgjengeleg. Her kan vere nyttig at frisklivssentralen gjev deltakarane verktøy til å takle utfordringane deltakarane møte på i endringsprosessen (Strand, 2016; Helsedirektoratet, 2013). Til dømes vil oppleving av gruppetilhøyrsløse vere ein sentral meistringsressurs (Strand, 2016). Vidare er det viktig å kartlegge dei individuelle meistringsressursane til deltakarane og aktivt arbeide med desse (Strand, 2016). Vidare er det viktig med meistringsopplevingar gjennom erfaringar med fysisk aktivitet, opplevingar med betre fysisk form og betre helse (Strand, 2016).

2.2 Førebyggande arbeid

Folkehelse er befolkninga sin helsetilstand og korleis helsa fordeler seg i ei befolkning (Folkehelselova, 2011, § 3 a). Vidare blir folkehelsearbeid definert som samfunnet sin innsats for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremmer befolkninga si helse og trivsel, førebygge psykisk og somatisk sjukdom, skade eller lidingar eller som beskyttar mot helsetruslar, samt arbeid for ei jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa (Folkehelselova, 2011, § 3b; Mæland, 2010). Sentralt i folkehelsearbeid er helsefremmande og sjukdomsførebyggande arbeid (Mæland, 2010). WHO definerte i 1986 helsefremming som «den prosess som gjør folk i stand til å bedre eller bevare sin helse» (Mæland, 2010, s. 73). Det kan med andre ord vere tiltak som fokusera på å betre livskvaliteten, trivsel og moglegheiter for å meistre ei utfordringane ein møter på. Det helsefremmande arbeidet tar utgangspunkt i kva faktorar som kan styrke ressursane for god helse, medan det sjukeførebyggande arbeid har som mål å forhindre eller utsette sjukdom, hindre tilbakefall eller vidareutvikling av sjukdom (Mæland, 2010).

Førebyggande arbeid kan delast inn i primærførebygging, sekundærførebygging og tertiærførebygging. Frisklivssentralen arbeider med alle desse nivåa, og deltakarane i frisklivssentralen sine tilbod kan ha førebyggande effektar på fleire nivå (Helsedirektoratet,

2016). “Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud” utgitt av Helsedirektoratet (2016) viser til at ein person kan nytte seg av eit tilbod ved frisklivssentralen, som i utgangspunktet har som mål å hindre forverring av funksjonssvikt. Frisklivssentralen skal samtidig bidra til å førebygge sjukdomsutvikling og tilbakefall, samt førebygge andre helseplagar og lidingar.

Eit mål i samhandlingsreforma er å fremme folkehelse, førebygge sjukdom og utjamne sosiale helseforskjellar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Kombinasjon av folkehelselova og bestemmingane i helse- og omsorgstenestelova er rettslege verkemiddel for å nå målet. Samhandlingsreforma har eit auka fokus på førebygging gjennom ei sterkare kommunerolle, både på folkehelse og helse- og omsorgsområdet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Kommunen sitt helsefremmande og førebyggande ansvar og oppgåver er heimla i ulike lovverk og styringsdokument (Helsedirektoratet, 2016). Kommunane er pålagt å tilby helsefremmande og førebyggande helsetenester til heile befolkninga (Helse- og omsorgstenestelova, 2011, § 3). Kommunen vel sjølv korleis dei vil organisere tenestene sine utifrå dei lokale behova og kva kommunen ser på som mest formålstenleg (Helsedirektoratet, 2016; Thonstad, Ekornrud & Støland, 2020). Kommunen blir oppfordra til å etablere frisklivssentralar for å organisere slike helsetenester, sidan ein ser at frisklivssentralar er eit viktig tiltak for meir og betre førebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Frisklivssentral er eit kommunalt, førebyggande helsetilbod for personar som ønskjer å endre livsstil (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Den første frisklivssentralen i Noreg blei etablert i Modum kommune i 1996, og sidan har mange kommunar følgd etter. I 2019 rapporterte 262 kommunar (inkludert bydelar i Oslo) at dei hadde etablert frisklivssentral, det vil seie omlag 60 prosent av alle kommunane i Noreg (Thonstad et al., 2019). Formålet med frisklivssentralen er å fremme fysisk og psykisk helse, samt førebygge eller avgrense utvikling av sjukdom (Helsedirektoratet, 2016). Målgruppa er personar med utvikla sjukdom eller er i risiko for sjukdom, som treng støtte til å endre levevanar og å meistre helseutfordringar. Frisklivssentralen skal vere ein samarbeidspartnar i kommunen sitt folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2016). Tilbodet til frisklivssentralane er meint for alle som bur eller oppheld seg i kommunen, spesielt for dei som ikkje finn anna eigna tilbod eller treng rettleiing i å finne eit tilpassa tilbod (Helsedirektoratet, 2016). Frisklivssentralane tilbyr basistilbod som omfatta støtte til fysisk aktivitet, kosthald og snus- og røykeslutt. Dei

arbeider gjennom å auke deltakarane si tillit til eiga meistring, fremme indre motivasjon gjennom kompetanse, tilhøyrslø og autonomi (Helsedirektoratet, 2016).

Gjennomsnittsalderen på deltakarane ved frisklivssentralen er omtrent 51 år, og mellom 61 og 80 prosent er kvinner (Blom, Skarpaas, Sundar & Heintz, 2013).

Fastlegar, personell i primær- og spesialisthelsetenesta, bedriftshelsetenesta og NAV kan tilvise brukarar til frisklivsresept, som inneber 12 veker med oppfølging med rettleiing, kurs og trening hos frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2016b). Om brukaren sjølv tar kontakt, blir det tatt ei vurdering av kva tilbod som kan vere aktuelle, og om personen treng oppfølging frå frisklivssentralen eller kan delta i andre tilbod. Dei fleste som kjem i kontakt med frisklivssentralen startar med ein helsesamtale, som er ein strukturert og individuell samtale om levevanar og helse (Helsedirektoratet, 2016). Formålet med helsesamtalen er å hjelpe brukaren sjølv til å skildre eigne grunnar for å endre åtferd, sette seg realistiske mål, og reflektere over eigen situasjon og erfaringar undervegs i endringsprosessen (Helsedirektoratet, 2016). Helsesamtalen er utforma med forankring i teorien om fem stadium for åtferdsendring, også kalla den transteoretiske modellen (Wester et al., 2009).

2.3 Motivasjon og meistring i åtferdsendring

Åtferdsendring startar ofte med at ein person er motivert og har eit ønske å endre åtferda si, samtidig som ein har ei tru på at ein klarar å få til dei ønska resultata (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Motivasjon er sentralt for å forstå mennesket si åtferd. Det inneber korleis tankar, kjensler og fornufta påverkar handlingane vi utfører (Imsen, 2005). Motivasjon kan definerast som det som forårsakar ein aktivitet hos individet, held aktiviteten i gang og det som gjev individet mål og meining til sjølve utføringa (Imsen, 2005). Utifrå denne definisjonen kan motivasjon forståast som drivkrafta bak ei åtferd, og vil vere sentral for å starte og lykkast med livsstilsendring.

Grovt sett kan ein skilje motivasjon i ytre og indre motivasjon (Ryan & Deci, 1992). Ytre motivasjon er driven av ei form for ytre belønning eller gevinst, og ikkje fordi ein har interesse for aktiviteten (Imsen, 2005). Indre motivasjon inneber at ein gjer noko for aktiviteten sin eigenverdi. Til dømes er ein person indre motivert dersom ein har interesse av det og opplever at det er kjekt. I motsetnad til ytre motivasjon reknar ein aktiviteten som ei belønning hos ein indre motivert person (Imsen, 2005). Når ein sjølv ikkje ønsker å endre

livsstil kan det vere vanskeleg å få til endring, det vil derfor vere viktig å påverke den indre motivasjonen.

«Self-efficacy» blei introdusert av Albert Bandura på 1970-talet, og er del av Bandura sin sosial-læringsteori (Bandura, 1986). Omgrepet «Self-efficacy» blir ofte omtalt som meistringforventing eller meistringstru på norsk. Denne teorien er ein av dei mest brukte når det gjeld åtferdsendring og er mykje brukt til å utarbeide fysiske aktivitetsintervensjonar (Sherwood & Jeffery, 2000). Meistringstru kjem til uttrykk i den kognitive delen av sosial-kognitive teorien, og er med på å forklare korleis kognitive prosessar kan påverke og motivere ulik menneskeleg åtferd (Bandura, 1997). Essensen i meistringstru er at tru på kva ein kan klare er avgjerande, både for kva val ein vel å gjere, innsats ein legg ned, kor mykje angst ein opplever og for sjølv prestasjonen (Bandura, 1997). Til dømes vil ein person med lita tru på at ein greier å gjennomføre, ikkje legge ned så mykje innsats i forsøket på å endre livsstil. Om personen har tru på at ein skal klare det ein ønsker, vil ein legge ned meir innsats for å klare dette (Imsen, 2005).

Bandura (1997) viser til at det er fire kjelder til meistringstru som er avgjerande for om ein person trur at ein kan greie spesifikke oppgåver. Kjelda som påverkar meistringstrua mest er tidlegare erfaringar (Bandura, 1997). Tidlegare meistringsopplevingar påverkar trua på eigen kapasitet for å lykkast (Prescott & Børtveit, 2004). Oppleving av nederlag og mislykka forsøk vil påverke meistringstrua negativt, spesielt dersom dette skjer før meistringskjensla er etablert (Bandura, 1997). Den andre måten å styrke meistringstrua er gjennom vikarierande erfaringar frå det sosiale miljøet (Bandura, 1997). Ved å sjå på at personar som liknar seg sjølv lykkast, kan det auke innsatsen til personen og trua på at ein greier ei spesifikk oppgåve (Bandura, 1997). Tredje måte å styrke meistringstrua på er gjennom verbal overtaling. Det inneber at om andre personar har trua på at personen lykkast med ei spesifikk oppgåve, så er det lettare å tru på egne moglegheiter for å lykkas (Bandura, 1994). Tilbakemeldingar frå andre kan oppmuntre og støtte personen, som kan styrke personen si meistringstru, og vidare føre til at personen lettare held ut og held fram med livsstilsendringa (Prescott & Børtveit, 2004). Siste kjelde til styrka meistringstru inneber å redusere personen sine stressreaksjonar og endring av dei negative kjenslene og eventuelle feiltolkingar av deira fysiologiske tilstand (Bandura, 1997).

2.4 Sjølvbestemmingsteorien

Sjølvbestemmingsteorien er ein motivasjonsteori utvikla av Ryan og Deci og brukast for å forstå menneskeleg åtferd for å betre kunne optimalisere for menneskeleg utvikling (Ryan & Deci, 2002). Sjølvbestemmingsteorien har spesielt fokus på indre motivasjon og vektlegg at oppleving av åtferd er sjølvbestemt. Vidare har teorien fokus på tre medfødte psykologiske behov, desse er behov for kompetanse, autonomi og tilhøyrse med andre (Ryan & Deci, 2000b). Desse behova må vere oppfylt for positiv psykologisk utvikling og sjølvbestemt motivasjon (Ryan & Deci, 2002). Kompetanse viser til behovet ein har til å produsere åtferdsmessige utfall og forstå kva verkemiddel som har ført til desse utfalla. Autonomi viser til behovet ein har for å vere initiativtakaren til eigne handlingar. Tilhøyrsla viser til behovet for å oppleve gode relasjonar med andre og generelt i det sosiale (Deci & Ryan, 1985). Ved å dekke desse tre psykologiske behova kan ein styrke velvære, og motivasjon og utvikling kan utviklast (Deci & Ryan, 2002).

2.5 Den transteoretiske modellen

Den transteoretiske modellen, også kalla Stages of Change, er ein sentral teori om læring og åtferdsending. Modellen er utvikla og vidareutvikla av psykologane Prochaska, DiClemente og Norcross på starten av 1980-talet. Ved å bruke modellen kan ein forstå kor viktig motivasjon og meistring er i åtferdsending, og modellen er mykje brukt i utvikling og gjennomføring av livsstilsending. Modellen er ein av dei mest brukte for å skildre endring av åtferd, og er ein modell for sjølve endringsprosessen og presenterer endringsstadia personar ofte går gjennom på vegen mot åtferdsending (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Modellen består av ulike delar. Første del er endringsstadium og inneheld ulike stadium på grunnlag av personen sin vilje og motivasjon til endring, altså kvar personen er i prosessen for åtferdsending. Kwart stadium er prega av ulik grad av motivasjon, ambivalens og avgjersle om endring. Andre del handlar om dei psykologiske og handlingsorienterte prosessane folk tar i bruk til sjølvhjelp ved åtferdsending. Siste del fokuserer på kvifor personen endra seg, og består blant anna av meistringsforventing eller motivasjonsbalanse (Wester et al., 2009). For å påverke ein person sin vilje og motivasjon til å bli meir fysisk aktiv er det viktig å bruke alle desse delane, eller modellen i kombinasjon med andre modellar (Wester et al., 2009).

Endring er ein dynamisk prosess over tid og modellen delast inn i fem fasar eller endringsstadium, og desse utgjer til saman eit endringshjul (Prochaska et al., 1992). Kvar fase inneheld ulike endringsprosessar som fører ein vidare til neste fase, og modellen tar sikte på å skildre kjenneteikn ved personen sine kjensler og åtferd. Prosessen blir ofte skildra som ein spiral der individet flytta seg både framover og bakover i endringshjulet. Det som er tenkt med modellen er å gi personar som arbeider med livsstilsendring betre moglegheiter til å påverke og støtte desse endringsprosessane. Når ein arbeider med personar som skal endre levevaner er det viktig å vite kvar personen er i prosessen, slik at ein på den måten kan tilby individuell rettleiing som passar til kor motivert personen er (Prochaska, 1992; Helsedirektoratet, 2016).

Kvar fase seier noko om kvar eit menneske er i prosessen for åtferdsendring. Første fase er prekontemplering, her finn ein personar som ikkje er regelmessig aktive og det er ingen intensjon eller ønske om å utføre ei endring i næraste framtid (Prochaska et al., 1992; Wester et al., 2009). Personane i denne fasen er ofte ikkje klar over dei negative konsekvensane ved ein bestemt livsstil eller vedkjenner seg ikkje problemet. Andre årsaker kan vere at ein ikkje lenger har trua på endring etter fleire mislykka forsøk på livsstilsendring (Prochaska, 1992). Det kan vere utfordrande å ha samtale om den problematiske åtferda med personar i denne fasen (Barth et al., 2001). Uavhengig av årsak er personar i denne fasen lite mottakelege for informasjon om den inaktive risikoåtferda si, då mange ikkje ser på fysisk inaktivitet som eit problem for dei (Wester et al., 2009).

I kontempleringsfasen finn ein personar som ikkje er regelmessig aktive, men er klar over problemet og startar for alvor å tenke over ei endring (Wester et al., 2009; Prochaska et al., 1992). Her oppstår det ofte ambivalens, og personen har ikkje heilt bestemt seg for å gjere ei endring. På den eine sida forstår personen at livsstilen er eit problem og kan uttrykke eit ønske om å endre vaner og åtferd. På den andre sida kan ein sjå dei positive sidene ved å halde på dei gamle vanene, samtidig som ein ser det negative ved innsatsen som må til for å endre livsstil. I denne fasen er personen ofte ikkje tilstrekkeleg motivert for å gjere ei varig livsstilsendring, og ein kan vere i fasen i lang tid (Prochaska et al., 1992; Wester et al., 2009).

Tredje fasen er førebuing, og inneber intensjon om å gjere endring i næraste framtid. Personen skiftar fokus og startar å sjå framover mot det som kjem og mot endringane (Barth et al., 2001). Her er personen ofte motivert, og har sett seg ein bestemt plan for å nå måla og

er mottakeleg for råd (Wester et al., 2009). Motivasjonen er ikkje lenger knytt til frykt for konsekvensane av ei bestemt åtferd, men ein kan sjå helsegevinsten av å gjere endringar (Prochaska et al., 1992). Her kan aktivitetsorienterte verkemiddel passe for menneske i denne fasen, då dei er klare for å endre livsstil (Wester et al., 2009).

Fjerde fase er handlingsfasen, og inneber å gjennomføre planen der ein utfører dei mest sjølvsaute åtferdsendingane. Her skal den oppbygde motivasjonen bli sett ut i praksis og i konkrete aktivitetar. Denne fasen krev betydeleg engasjement, tid og energi (Prochaska et al., 1992). Personar i denne fasen er regelmessig fysisk aktive og har vore det i seks månader (Wester et al., 2009). I denne fasen er det viktig å forsøke å endre gamle mønster, medan ein etablerer nye vaner. Vidare er målet å meistre dei utfordringane ein møter på (Prochaska et al., 1992). I denne fasen vil omgrepet meistringstru vere sentralt for å nå måla ein har sett seg. Meistringstru vil også vere sentralt for endring i dei seinare og meir handlingsorienterte stadia, og kan auke når personen går gjennom dei ulike fasane (Bezyak et al., 2011).

Det er viktig at personen og personalet ikkje forvekslar handling med varig åtferdsending (Prochaska et al., 1992). Dette fordi ein då kan oversjå det som krevst av arbeid for å oppretthalde endringane som er blitt gjort. Sjølv om ein når handlingsstadiet betyr ikkje det at ein har nådd ei åtferdsending, men handlingsfasen er ein del av prosessen for åtferdsending (Wester et al., 2009). Det krevst tid for å etablere ei regelmessig fysisk aktiv åtferd (Wester et al., 2009). Handlingsfasen varer så lenge at den nye åtferda er blitt til ny vane, og det er individuelt kor lang tid dette vil ta.

Den siste fasen er vedlikehald. Denne fasen er det fokus på å vedlikehalde endringane for å forhindre tilbakefall. For nokre kan denne fasen innebere at ein heile tida er bevisst over innsatsen sin for å vedlikehalde endringane. For andre kan endringane ha blitt automatisert, og ikkje krevje like målretta vedlikehaldsarbeid (Prochaska et al., 1992). Prosessen for åtferdsending bør sjåast på som ein spiralforma prosess (Prochaska et al., 1992). Det er viktig å prøve å halde oppe motivasjonen og motstå freistingar. For nokre skjer dette automatisk, slik ein ikkje treng å vere bevisst på endringane for at dei skal bli vedlikehald. Andre må heile tida jobbe bevisst med endringane ein har gjort (Wester et al., 2009; Helsedirektoratet, 2009). Tilbakefall er ofte ein naturleg del av prosessen, og dette bør handterast av omgjevnadane slik at det ikkje skapar negative kjensler og dårleg samvit (Wester et al., 2009). Tilbakefall blir ofte omtalt som ein sjette fase. Tilsette som arbeider med

livsstilsendring kan bidra til å normalisere tilbakefall, og slik unngå at personar utviklar skyldkjensle for at dei ikkje til ei kvar tid meistrar prosessen mot ei varig endring av livsstil. Ein studie frå 2008 viser at intervensjonar med bakgrunn i den transteoretiske modellen har eit spesielt potensiale til å påverke åtferdsendring (Johnson et al., 2008). Under i tabell 1 er det blant anna vist korleis kvar fase inneber ulik tilnærming til kva praksis ein bør og kan nytte seg av.

Tabell 1: Den transteoretiske modellen: Faser, prosesser og forslag til praksis. Frå «Riktig strategi til riktig tid: Bruk av den transteoretiske modellen for å fremme fysisk aktivitet hos personer med depresjon» av Korban & Bonsaksen (2014).

| FASE | BESKRIVELSE | PROSESS | PRAKSIS |
|----------------|--|---|---|
| FØROVERVEIELSE | Fysisk inaktiv. Har ikke planer om å bli fysisk aktiv. | Bevisstgjøring, emosjonell reaksjon, revurdering av seg selv og av miljøet. | Helseinformasjon, informasjon om muligheter, kartlegging av personens erfaring. |
| OVERVEIELSE | Fortsatt fysisk inaktiv, men ønsker å endre på dette innen 6 mnd. | Bevisstgjøring, emosjonell reaksjon, revurdering av seg selv og av miljøet. | Bevisstgjørende samtaler, informasjon om fysisk aktivitet, vurdere fordeler og ulemper. |
| PLANLEGGING | Ikke regelmessig fysisk aktiv, men vil bli det innen 1 mnd. Har en konkret plan. | Personlig frigjøring. | Konkretisere planer, forslag til mål og aktiviteter, motivere og støtte til aktivitet og mestringsoppfatning. |
| HANDLING | Gjennomfører planen. Er regelmessig fysisk aktiv, men har vært det mindre enn 6 mnd. | Sosial frigjøring, finne erstatninger, stimuluskontroll, belønning, støttende relasjoner. | Støtte til aktivitet og mestring, positive tilbakemeldinger, evaluere måloppnåelse og prosess, forebygge tilbakefall. |
| VEDLIKEHOLD | Har vært regelmessig fysisk aktiv i mer enn 6 mnd. | Sosial frigjøring, finne erstatninger, stimuluskontroll, støttende relasjoner, (belønning). | Fortsette å støtte opp for å redusere faren for tilbakefall. Motivere for videre fysisk aktivitet. |
| TILBAKEFALL | Har vært fysisk aktiv, men har falt ut av aktivitet. | | Avhengig av hvilken fase personen går tilbake til. |

Ved å bruke modellen kan ein få fram ei forståing av endring (Prochaska, 1992). Eit slikt perspektiv på endring kan bidra til at ein lettare kan forstå kva ein person opplever som utfordrande, og kva oppgåver som må løysast for at personen skal komme seg vidare til neste fase. Modellen tar utgangspunkt i at personen sin motivasjon, vilje og preferanse for å endre åtferd heng saman med kva fase personen er i (Prochaska, 1992). I arbeid med livsstilsendring er det nyttig å ha kunnskap om kva fase personen er i, slik at riktig praksis kan bli gitt i form av tiltak og strategiar som samsvarar med kor mottakeleg personen er og psykologiske beredskap (Wester et al., 2009). Til dømes vil ein person i prekontemplerings- og kontempleringsfasen ha låge mestringsforventingar, og då kan det vere nyttig med å tilby kunnskap og bevisstgjerjing om eiga åtferd og negative konsekvensar av denne.

3 Metode

I dette kapitlet vil eg ta føre meg prosjektet si vitskapsteoretiske tilnærming, og vidare gjere greie for korleis data har blitt samla inn og analysert for å komme fram til resultatata.

Avslutningsvis vil eg ta for meg metodediskusjonen.

3.1 Kvalitativt design

For å utforske informantane sine subjektive erfaringar er det valt kvalitativ metode. Denne forskingsmetoden kan bidra til å få fram kunnskap om menneskelege eigenskapar, opplevingar, tankar, forventningar, motiv og haldningar (Malterud, 2017). Erfaringar rundt livsstilsendring kan for nokon opplevast som personleg og sensitivt, og då kan kvalitativ metode vere ein eigna metode (Thagaard, 2018). Ved ei kvalitativ tilnærming er det ei viktig målsetting å oppnå forståing av sosiale fenomen (Thagaard, 2018). I kvalitativ metode er fortolkande teoretiske retningar eit viktig grunnlag, som kan koplast til forskaren sitt teoretiske utgangspunkt (Thagaard, 2018). Samtidig gjev mønstre i dataen eit grunnlag for den forståinga ein utviklar i løpet av forskingsprosessen (Thagaard, 2018, s. 33).

Forskningsprosjektet bygger på det vitskapsteoretiske perspektivet fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Ifølge Thagaard (2018) er den vitskapelege forankringa avgjerande for kva ein søker informasjon om, og dannar eit utgangspunkt for den forståinga vi utviklar. Tilnærminga blei valt fordi det var eit ønske om å auke forståinga av deltakarane sine levde erfaringar rundt livsstilsendring. Fenomenologi handlar om forståing av mennesket sine subjektive erfaringar og bevisstheit (Malterud, 2017). Metoden er fenomenologisk ved at fokuset i forkinga er ved brukarane sine levde erfaringar, med formål om å få fram meiningssensen ved den levde erfaringa. Hermeneutikk er læra om fortolking av transkriberte intervju. I hermeneutikken vektleggast det at det ikkje finnast ei eigentleg sanning, men at den kan tolkast på ulike nivå. Det handlar om spørsmål knytt til forståing og fortolking, der formålet er å oppnå ei gyldig og allmenn forståing av kva teksten betyr (Brinkmann & Kvale, 2015; Thagaard, 2018). Hermeneutikken er brukt for å tolke deltakarane sine meiningar og skape ei forståing av deira verden (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.2 Forforståing

Forforståing består av erfaringar, hypotesar, fagleg perspektiv og av den teoretiske referanseramma (Malterud, 2017). Malterud (2017) viser til at ei og same verkelegheit alltid kan skildrast utifrå ulike perspektiv. Derfor er det viktig å vere bevisst over kva perspektiv og posisjon ein har som forskar, sidan det kan ha betydning for kva kunnskap som kjem fram. Gjennom utdanninga mi innan sosialt arbeid og årsstudium i idrett lærte eg ulike teoriar om åtferdsending og motivasjon. Denne forståinga kan ha innverknad for val av teori, korleis eg innhentar data, kva data som blei innhenta og korleis den har blitt skapt. Det kan også tenkast at det har påverka val av problemstilling og korleis eg har tolka og analysert prosjektet sine funn (Kvale & Brinkmann, 2015).

Frå tidlegare hadde eg inga erfaring knytt til frisklivssentralar, og er på den måten ein utanforståande. Det gjev eit anna utgangspunkt enn å vere inni miljøet det vert forska på, og det gjev ulikt tolkingsgrunnlag som er viktig å vere bevisst på. Ifølge Thagaard (2018) er det styrker og svakheiter ved begge deler. Ei styrke ved å vere utanforståande kan vere at det kan bidra til at forskaren blir meir open for nyansar i dei situasjonane som vert studert. Samtidig kan lite kjennskap til miljøet vere ei svakheit ved at det kan vere utfordrande å forstå deltakarane sin situasjon (Thagaard, 2018).

3.3 Utval og rekruttering

Denne studien vart gjort i samarbeid med ein frisklivssentral i ein distriktskommune på Vestlandet. Frisklivssentralen tilbyr både individuelle og gruppebaserte oppfølgingar og kurs. Frisklivssentralen har eitt tett samarbeid med frivilligsentralen og treningssenter i nærområdet. Frisklivssentralen ligg på 1,2 årsverk, som også er det nasjonale gjennomsnittet per frisklivssentral (Ekornrud, Thonstad & Stølan, 2020). I likskap med mange andre distriktskommunar er det utfordringar knytt til knappe økonomiske ressursar. I tillegg kan lengre reiseavstandar internt i mindre kommunar gjere det utfordrande å gjennomføre tilboda på ein god måte (Ekornrud et al., 2020). I tråd med *Veilederen for kommunale frisklivssentraler* tilbyr frisklivssentralen dei basistilboda som består i støtte til fysisk aktivitet, kosthald og snus- og røykeslutt (Helsedirektoratet, 2016). Utover basistilboda har dei ulike kurs, blant anna knytt til søvnproblem og depresjon. Frisklivssentralen har fleire ulike samarbeid med lokale aktørar, blant anna eit tett samarbeid med frivilligsentralen, ulike treningssenter, Røde kors og andre tenester.

Det er nytta strategisk utval for å få deltakarar som har visse eigenskapar eller kvalifikasjonar som er strategiske i forhold til problemstillinga og teoretiske perspektiv (Thagaard, 2018; Malterud, 2017). Ved å nytte strategisk utval får ein innhenta informantar som har best mogleg grunnlag for å belyse problemstillinga. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at det på førehand er vanskeleg å vite kor mange informantar som skal innhente. Det var ønskeleg med seks til åtte informantar, og eit mangfald når det kom til kjønn, alder og kva tilbod dei nytta ved frisklivssentralen. Inklusjonskriterium for utvalet var at deltakaren har vore deltakar ved den aktuelle frisklivssentralen, over 18 år, klar og orientert. Vidare var det ønskeleg å få tak i informantar som sjølv opplevde at livsstilsending hadde vart etter deltaking på frisklivssentralen. Tanken var at det kunne bidra til å skape nyansar i erfaringane på korleis ein kunne oppnå livsstilsending, og korleis ein kunne få det til å vare over lengre tid.

Rekrutteringsprosessen starta ved at eg tok kontakt med koordinatoren ved frisklivssentralen, som på førehand hadde sagt seg villig til å bidra med innhenting av informantar.

Koordinatoren hadde oversikt over tidlegare deltakarar, og henta ut potensielle informantar utifrå gitte inklusjonskriterium I første runde innhenta koordinatoren ved frisklivssentralen sju potensielle informantar, der fem av desse ville vere med vidare i prosjektet. Eg tok direkte kontakt med informantane for å informere om studien og innhente munnleg samtykke til å la seg intervju. Vidare blei det sendt ut informasjonsskriv, innhenta skriftleg samtykke og avtalt tidspunkt for intervju. Etter gjennomføring av fem intervju blei det vurdert at metningspunktet ikkje var nådd, og det blei ei ny runde med rekruttering. Etter sju gjennomførte intervju blei metningspunktet nådd, og det blei vurdert at det ikkje var hensiktsmessig å rekruttere fleire. Det blei vurdert at den innhenta dataa var variert og fyldig, med god nok informasjonsstyrke til å svare på problemstillinga (Malterud, 2017).

Totalt blei det intervjuet sju informantar mellom 39 og 81 år, sjå tabell 1 for meir informasjon om informantane. Alle nytta seg av tilbod ved fysisk aktivitet, og det varierende utvalet bidrog til fleire nyansar og synspunkt på fenomenet som skulle utforskast. Informantane hadde ulike erfaringar når det kom til livsstilsending, på den måten kunne problemstillinga belyst frå ulike sider (Malterud, 2018). Informantane hadde kome i kontakt med frisklivssentralen på ulikt vis, nokre var tilvist frå fastlegen eller via NAV, medan andre hadde tatt kontakt sjølv. Det var ikkje alle som hadde hatt frisklivsresept, nokre av informantane nytta ulike tilbod i regi av frisklivssentralen eller aktørar dei samarbeida med. Det var dermed ikkje alle informantane som hadde fått helsesamtale, noko som inngår i frisklivsreseptet.

Tabell 2: *Oversikt over informantar*

| Informant | Kjønn | Alder | Tilbod ved frisklivssentral |
|-------------|--------|-------|--|
| Informant A | Kvinne | 66 | Fysisk aktivitet |
| Informant B | Kvinne | 56 | Fysisk aktivitet |
| Informant C | Kvinne | 39 | Kurs i depresjonsmeistring Fysisk aktivitet Kognitivt kurs |
| Informant D | Mann | 59 | Fysisk aktivitet |
| Informant E | Mann | 60 | Fysisk aktivitet |
| Informant F | Kvinne | 55 | Fysisk aktivitet |
| Informant G | Mann | 81 | Fysisk aktivitet |

3.4 Datainnsamling

Hensikta med prosjektet er å utforske erfaringar hos deltakarar ved frisklivssentralen. Det er derfor brukt kvalitativt intervju til datainnsamlinga. Intervju er prega av nær kontakt mellom forskar og informant, og det gjev eit grunnlag for å utvikle ei forståing av sosiale fenomen på bakgrunn av kontakten som blei etablert (Thagaard, 2018). Kvalitative intervjuet er eigna for å innhente informasjon om informantane si oppleving, synspunkt og sjølvforståing (Thagaard, 2018). Intervjua bidrog til å utvikle ei forståing av korleis deltakarane opplevde ein situasjon og korleis dei reflekterte over eigne erfaringar (Thagaard, 2018). Kvalitativ metode brukar ulike strategiar for innsamling av data, men det vert i hovudsak bygd på teori om menneskeleg erfaring (fenomenologi) og fortolking (hermeneutikk) (Malterud, 2017). I denne studien er det brukt semistrukturert intervju for å få tak i deltakarane sine subjektive meiningar, og søke ei forståing av korleis verda ser ut for deltakaren (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom semistrukturert intervju fekk ein ei forståing av kva deltakarane opplevde som viktig ved endring og vedlikehald av livsstil.

På førehand vart det utarbeida ein intervjuguide (vedlegg 4) med omsyn til intervjuet sine teoretiske og dynamiske dimensjonar, altså relevansen for forskingsprosjektet si problemstilling og det å skape ein god intervju-interaksjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden blei utarbeida på bakgrunn av problemstillinga, teori og tidlegare forskning på feltet. Intervjuguiden bestod av nokre opne spørsmål og stikkord som var retta mot utforsking av tema, og blei brukt som ei stikkordsliste under intervjua. Eg forsøkte å få fram mest

mogleg konkrete fortellingar om situasjonar og hendingar dei hadde erfart. Ideelt sett skulle intervjuar vore gjort ansikt til ansikt, men grunna koronasituasjonen og reiseavstand mellom ulike kommunar blei intervjuar gjort over video på Teams. Kvar intervju tok mellom 25 og 45 minutt, og blei gjennomført mellom mars og juli 2021. Etter sju intervju var det tilstrekkeleg data for å kunne belyse problemstillinga frå ulike vinklar (Malterud, 2017).

3.5 Transkripsjon

Transkripsjonen er eit viktig arbeid for å gjere materialet klart til analyse og tolking (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet blei tatt opp med ein lydopptakar frå biblioteket ved Høgskulen på Vestlandet. Målet med studien var å samle erfaringane frå informantane, der den nonverbale kommunikasjonen ikkje er like sentral. Det var derfor naturleg å velje lydopptak framfor videoopptak sidan det var mest nyttig i studien.

Transkripsjonen av intervjuet blei gjort av forskaren same dag som intervjuet blei gjennomført. Å transkribere same dag og transkribere materialet sjølv var nyttig fordi det gjorde det lettare å hugse stemninga, nonverbal kommunikasjon og andre moment som kunne oppklare uklarheiter eller andre ting som kunne ha betydning for mening i teksten (Kvale & Brinkmann, 2015). Lydopptaket blei transkribert manuelt, så nøyaktig som mogleg, for å sikre at eg behaldt mest mogleg av informasjonen frå intervjuet. Skriftleggjing er å fange opp samtalen i ei form som best mogleg viser det informantane hadde som hensikt å dele (Malterud, 2017). Det var ønskeleg å ta vare på meiningsinnhaldet på ein påliteleg og gyldig måte. Sidan transkripsjonen ikkje skulle brukast til detaljert språkleg analyse eller liknande blei det ikkje tatt med lengde på pausar, tonefall, hosting, kremting og andre ting som ikkje var av betydning. Det ville ikkje ha vore nyttig i denne forskinga sidan det er ei meiningsanalyse (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Studien er gjort i distriktet og nokre av informantane karakteristiske dialekter, så for å ivareta anonymiteten til informantane blei alt skriven over til nynorsk. Undervegs i transkripsjonen blei også namn, stader og frisklivssentralen anonymisert på grunn av etiske omsyn.

3.6 Analyse

For analysen er det brukt ei tverrgående analyse, der ein samanfattar erfaringane frå informantane. Ved denne metoden er det viktig at ein som forskar stoppar opp, tenker seg om, ser etter relevante mønster eller tendensar som kan belyse problemstillinga, og held alternative tolkingar opp mot kvarandre (Malterud, 2017). Analyseprosessen blei gjennomført i fire trinn, og er inspirert av Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering (STC). Malterud (2017) viser til at i kvalitativ analyse kan det vere ulike tolkingar som alle er gyldige, der problemstillinga og dei teoretiske perspektiva gjev støtte for kva tolkingar som gjev mest relevante funn for prosjektet. Malterud (2017) påpeikar at vi aksepterer at ulike forskarar kan feste seg ved ulike nyansar når dei les det same materialet. Vidare er det viktig med ein fleksibel analyseprosess, for å kunne ha eit opent blikk på mønstre ein ikkje såg innleiingsvis (Malterud, 2017). Denne analysemetoden omfatta ein spesifikk framgangsmåte for kondensering og abstrahering av data som skil seg frå mange andre tverrgående analysemetodar.

Første trinn av analyseprosessen handlar om å bli kjent med materialet og danne seg eit heilskapsinntrykk (Malterud, 2017). Så for å danne heilskapsinntrykket starta eg med å lese gjennom transkripsjonen fleire gonger. Etter gjennomlesing prøvde eg å oppsummere inntrykka og kva foreløpige tema ein kunne skimte i teksten. Dei foreløpige tema som kunne representere ulike faktorar som var viktig for å fremme livsstil vart notert ned, og vart gitt midlertidige namn. Etter første trinn var det til saman sju foreløpige tema, til dømes meistring, tilhøyrsløse og sosial støtte. I dette trinnet forsøkte eg å arbeide aktivt med å sette mi forforståing og teoretiske referanseramme i ein midlertidig parentes, og legge vekk det eg trudde eg visste på førehand (Malterud, 2017). Dette var ein føresetnad for at eg skulle klare å stille meg open til inntrykka som materialet kunne formidle.

Vidare i neste trinn skulle ein skilje mellom relevant og ikkje relevant tekst (Malterud, 2017). I dette trinnet gjekk eg systematisk gjennom materialet på jakt etter å identifisere meiningsberande einingar, og skilde mellom relevant og ikkje relevant tekst (Malterud, 2017). Dei delane av materialet som ikkje hadde meiningsberande einingar blei lagt vekk. Samtidig starta eg å systematisere den delen av teksten som kunne tenkast å belyse problemstillinga. Foreløpige tema frå trinn ein danna utgangspunkt for forhandlingar om kodar, som blei brukt som grunnlag for å sortering av meiningsberande einingar i

kodegrupper (Malterud, 2017). Sorteringa blei gjort ved å kode og markere meiningsberande einingar med ulike fargar, alt etter kva tema dei passa inn under. Gjennom kodearbeidet forsøkte eg å identifisere og klassifisere alle meiningsberande einingane i teksten (Malterud, 2017). Alle setningar med same farge innehaldt noko av det same budskapet. Gjennom kodeprosessen såg eg at kodane måtte justerast etter kvart. I nokre tilfelle såg eg at kodane ikkje var presise nok, då eg hadde koda ein og same meiningsberande eining inn i fleire kodegrupper. Til dømes kom det fram at eg kunne slå saman kodane *lågterskel tilbod* og *tilpassa tilbod* til kategorien *lågterskeltilbod som er tilpassa den enkelte*.

I tredje trinn blei det utvikla eit kondensat som utgjorde informantane sine erfaringar (Malterud, 2017). I dette trinnet skjedde det ein del justeringar av kodegrupper, og eg vart derfor nøydd til å gå fram og tilbake i dei ulike analysetrinna. Det blei systematisk henta ut ei mening ved å kondensere innhaldet i dei ulike meiningsberande einingane som var koda saman (Malterud, 2017). Hensikta her var ikkje å skape eit samsvar i gruppene, men å skape rom for fleire tolkinga og moglege tilnærmingar (Malterud, 2017). Det blei lagt vekt på at det skulle vere tydelege spor av informantane sine ord og omgrep frå dei meiningsberande einingane.

Fjerde trinn er essensen av resultatata, trinnet handlar om å samanfatte betydninga av dei meiningsberande einingane (Malterud, 2017). Samanfatninga er forsøkt å formidla på ein måte som er lojale mot informantane si stemme, samtidig som det skal gje lesaren innsikt (Malterud, 2017). For kvar resultatkategori blei det utvikla ein analytisk tekst med utvalde sitat for å illustrere meiningsinnhaldet i kategoriane (Malterud, 2017). Den analytiske teksten er skriven i 3.person, der eg løftar fram fellestrekk med variasjonar frå informantane sine ulike historier. Den analytiske teksten er rammeverket for resultatdelen, og resultatkategoriane består av følgjande fire resultatkategoriar; lågterskel tilbod som er tilpassa den enkelte, etablering av vaner, å vere del av eit fellesskap og glede av betre helse i kvardagen.

Eksempel på utvikling av resultatkategorien *Lågterskel tilbod som er tilpassa den enkelte* er vist i tabell 3.

Tabell 3: Eksempel frå analyseprosess frå tema til resultatkategori

| Tema | Meiningsberande eining | Kode | Resultatkategori |
|-----------------|---|---|---|
| Sjølve tilbodet | <p><i>Det er veldig godt å ha eit tilbod som er lågterskel. Du treng på ein måte ikkje å kunne noko.</i></p> <p><i>Det er egentleg det einaste eg kan vere med på, som gjev noko positiv effekt for meg</i></p> | <p>Lågterskel tilbod</p> <p>Tilpassa tilbod</p> | Lågterskel tilbod som er tilpassa den enkelte |

3.7 Ethiske aspekt

Forskningsprosjektet fell inn under personopplysningslova og dermed meldepliktig til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). NSD godkjent registrering og handtering av personopplysningar (Vedlegg 1). Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte søknaden som ikkje framleggspliktig, sidan dei vurderte at prosjektet fell utanfor helseforskningslova sitt område, jf. § 2 og § 4 a.

Utgangspunkt for alle forskingsprosjekt er at forskingsdeltakarane gjev eit informert samtykke (Thagaard, 2018). Informasjonsskriv og informert samtykkeerklæring blei utarbeida med utgangspunkt i NSD sin offentlege mal. Informasjonsskrivet sikra at informantane fekk tilstrekkeleg informasjon til å vurdere om dei ønskte å vere med i prosjektet og om dei ville gje sitt samtykke (Thagaard, 2018). Dette blei sendt til informantane via mail, og dei som ønskte det fekk det tilsendt via posten saman med returkonvolutt med frimerke. Før oppstart av intervju blei det innhenta skriftleg samtykke (vedlegg 3) frå alle informantane. Det vart presisert i informasjonsskrivet og i forkant av intervjuet at deltaking var frivillig, og at dei kunne trekke seg når som helst, utan nokre negative konsekvensar. Dei blei forsikra om konfidensialitet og anonymitet i presentasjon i resultatdelen.

3.8 Metodediskusjon

Kvalitativ metode byggast på velkjente vitskapsteoretiske føresetnadar for systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, der prosessen skal vere tilgjengeleg for innsyn og utfordring (Malterud, 2017). Vidare skal resultata delast med andre, samt ha overførbarheit utover den lokale konteksten studien er gjort. Kvalitative studier skal kunne bedømmast etter sin vitskaplege kvalitet. I det følgande vil studien bli diskutert opp mot kvalitetskriteria refleksivitet, relevans og validitet. Dette er grunnleggande kvalitetskriterier for kvalitativ forskning (Malterud, 2017).

Refleksivitet er ei aktiv haldning, og eg har gjennom studien forsøkt å vedlikehalde denne posisjonen. Forforståinga og bakgrunnen min er skildra i metodedelen, slik at lesaren skal kunne forstå korleis e har komen fram til resultata. For å oppretthalde refleksiviteten har eg forsøkt å reflektere over korleis bakgrunnen min kan ha påverka alle ledd i prosessen. Ei svakheit med studien kan vere at eg hadde lite kjennskap til feltet på førehand. Ved kjennskap til feltet kan intervjuja bli meir målretta og relevante, samt at det kan gi nyttig innsikt og forståing. På den andre sida kan det vere ei styrke fordi det blir lettare å halde eit kritisk blikk på studiefeltet og gjer det lettare å halde oppe refleksiviteten (Malterud, 2017).

I metodedelen har eg forsøkt å skildre framgangsmåten undervegs i forskingsprosessen. Dokumentasjon av framgangsmåten kan det bidra til å styrke den interne validiteten og refleksiviteten, og på den måten kan studien bli transparent og etterprøvbar (Thagaard, 2009). Det har blitt forska på ulike fenomen i erfaringar til informantane, og det vil ikkje vere mogleg å gjenta studien ved seinare tidspunkt med same resultat. Det er anerkjent at forskaren har medverknad i alle ledd av kunnskapsutviklinga, og fullstendig nøytralitet ikkje er mogleg innan kvalitativ forskning (Malterud, 2017).

Det strategiske utvalet er med på å avgrense mangfaldet ved å forsøke å inkludere dei som har opplevd varig livsstilsending. Utvalet i studien er vurdert som relevant då informantane hadde ulike og relevante erfaringar og var slikt sett eigna med tanke på studien si hensikt. Den interne validiteten er derfor god (Malterud, 2017). Sidan seks av sju informantar erfarte varig livsstilsending kan det tenkast at frisklivssentralen har blitt framstilt i eit noko einsidig og positivt lys. Hadde eg valt å inkludere fleire av dei som hadde opplevd varig livsstilsending ville ein fått fleire nyansar og større overføringsverdi av funna. Vidare

inkludjonskriterium ville kunne bidratt til betre validitet når ein vurderer ulike tilbod til frisklivssentralen. Funna frå studien reflekterer i hovudsak kring endringar knytt til fysisk aktivitet. Dette gjer at resultata blir mindre overføringsverdi for andre levevaneområder enn fysisk aktivitet.

Rekruttering av informantar til studien er gjort ved koordinatoren ved frisklivssentralen. For å sikre strategisk utval blei det sendt inkludjonskriterium til koordinatoren, som vidare valte ut aktuelle informantar. Det kan tenkast at koordinatoren sitt syn har påverka kven ho spurte, noko som kan ha påverka resultatet. På den andre sida kan det vere ei styrke at koordinatoren valte ut informantar, ettersom ho har kunnskap og kjennskap til feltet.

Ei svakheit med studien kan vere at den berre er gjort ved ein utvalt frisklivssentral. Det kan tenkast at eg ville fått andre data med større variasjon dersom eg hadde intervjuet brukarar frå fleire frisklivssentralar. Dette kan påverke den eksterne validiteten, som handla om overføringsverdien (Malterud, 2017). Erfaringar frå den enkelte frisklivssentralen er ikkje nødvendigvis representativt for alle frisklivssentralar. Formålet med studien var å bidra til betre forståing av det enkeltfenomenet som blei studert. Studien kan ha overføringsverdi til andre som forskar på same feltet og for dei som arbeider med frisklivssentralar, både ved at den bidreg til ny innsikt eller kunnskap som kan vere nyttig eller gjeldande for dei. Vidare er det få kvalitative studier som forskar på frisklivssentralar i Noreg, og spesielt frå brukarperspektivet. Denne studien kan bringe fram relevans i form av ny innsikt eller kunnskap som kan vere nyttig eller gjeldande for andre som forskar på same feltet eller for dei som arbeider med frisklivssentralar (Malterud, 2017).

Utvalet bestod av fire kvinner og tre menn, i ulike alder. Eit slikt mangfald blant informantane når det gjeld kjønn, alder og tilbod bidrog til å skape nyansar på fenomenet, og bidrog til å styrke informasjonsstyrka, som igjen kan styrke validiteten (Kvale & Brinkmann, 2015). Eit slikt mangfald og høg relevans er eit godt utgangspunkt for å belyse problemstillinga og finne nyansar som kan bidra til ny kunnskap. Generelt blant frisklivssentralar er 61-80% av deltakarane kvinner, og snittalderen er rundt 51 år (Blom et al., 2013). I studien er snittalderen 59 år og fleirtal av kvinner. Dette kan tyde på at utvalet representerer den gjennomsnittlege deltakaren på frisklivssentralane når det kjem til alder og kjønn. Dette kan styrke den eksterne validiteten.

I utarbeiding av intervjuguide blei det forsøkt å legge forforståinga til sides og stille opne spørsmål. I forkant av intervjuet blei det gjennomført eit pilotintervju. For meg som uerfaren forskar og lite kjennskap på feltet var dette nyttig for å bli tryggare i intervjusituasjonen, kjent med intervjuguiden og få erfaring med kva spørsmål som burde formulerast annleis. Sjølv om eg erfarte at eg fekk innhenta mykje relevant informasjon frå intervjuet, kan det diskuterast om resultatet ville ha blitt betre dersom eg hadde hatt meir erfaring som forskar og på temaet. På bakgrunn av pilotintervjuet blei intervjuguiden revidert noko. Intervjuguiden blei gradvis revidert etter det ein såg gav relevant informasjon, dette skjedde trinnvis etter kvart som intervjuet blei utført. Justering av intervjuguiden kan bidra til å styrke validiteten av materialet (Malterud, 2017).

4 Presentasjon av funn

Gjennom analysen kom det fram fire resultat kategoriar; lågterskel tilbod som er tilpassa den enkelte, etablering av nye vaner, å vere del av eit fellesskap og glede av betre helse i kvardagen.

4.1 Lågterskel tilbod som er tilpassa den enkelte

Informantane erfarte at frisklivssentralen tilbydde lågterskel tilbod som var tilpassa dei, noko mange informantar trakk fram som positivt. Informantane hadde ulikt utgangspunkt når det kom til alder og fysisk form, og gjennom intervju uttrykte mange at det var viktig at tilboda var tilpassa informantane sin ulikskap. Informantane opplevde at frisklivssentralen gjorde dette ved å tilby lågterskeltilbod, og på den måten passa for dei fleste, uavhengig av alder og helse.

Det er jo veldig oppbygde treningar, så er det jo ulike nivå då. Eg tar jo desse treningane nesten sånn dødsseriøst. Eg gjer jo alt, eg gjer jo det eg klare kvar einaste gang, sant? (...) Du kan få veldig mykje utav det, dersom du berre prøve og pressa deg sjølv litt, heile tida. Og eg gjer dette kvar einaste gang (Informant D).

Informantane erfarte at treningane var lagt opp til ulikt nivå, slik at tilbodet treffe dei med betre fysisk form også. Informant D påpeikte at sjølv om det var lågterskeltilbod var det opp til kvar enkelt kor mykje og hardt ein ville ta i, og slik kunne regulere intensiteten sjølv. Fleirtalet av informantane opplevde at dei hadde funne eit nivå som passa dei, og uttrykte at dette bidrog til å fremme meistring og vidare motivasjon for å halde fram med aktiviteten.

Sjølv om frisklivssentralen tilbydde lågterskeltilbod med ulikt nivå erfarte nokre av informantane at det var utfordrande å finne eit tilpassa tilbod. Ein av informantane erfarte at eine tilbodet med turgåing var for lågterskel, då ho opplevde at ho var i betre fysisk form enn dei andre. Denne informanten fortalde at ho ikkje opplevde noko meistring av tilbodet. Ho kunne ønskt at det var eit tilbod for dei som var i litt betre form, vidare fortalde ho at dersom ho ville gå lengre og brattare turar, kunne ho gjere dette på eiga hand. Ein annan informant opplevde også at han ikkje fann eit passande tilbod på frisklivssentralen. Han hadde prøvd ulike aktivitetar, men av dei han meinte passa han var ikkje lengre eit tilbod ved den frisklivssentralen. Andre informantar opplevde også at det var utfordrande å finne passande

tilbod med ein gong. Nokre av desse fortalde at dei hadde prøvd ulike tilbod, som ikkje passa for dei på grunn av at kroppen ikkje tolte den type trening. Dette førte til avbrekk frå frisklivssentralen, og dei opplevde at dei måtte starte opp igjen med livsstilsendingane. Eine informant skildra det slik:

Det har vore på eit nivå som eg har greidd. Eg har hatt ein sånn tendens til at eg har ville meir enn eg har hatt helse til. Og no har eg funne noko som går, utan at eg må stoppe opp, og det har vore veldig viktig for meg. For eg har hatt veldig mange ting som... Og så har eg måtta stoppa opp, fordi eg har hatt veldig mange ting som.. Så har det blitt pause.. Så er det det å komme i gang igjen då. Så då blir det ei dørstokkmil kvar gang, sant? (Informant A).

Etter kvart fann desse informantane tilbod ved frisklivssentralen som passa betre til deira helse. Ved å finne eit tilbod som var tilpassa helse unngjekk dei lengre avbrekk frå frisklivssentralen på grunn av helsesituasjonen. Desse informantane har haldt fram dei same aktivitetane over mange år, og erfarte at det var lettare å vedlikehalde livsstilsendingane når ein hadde eit tilpassa tilbod.

Også er det jo lågterskel. Du må ikkje vere i sånn veldig god form, sant? Det er sånn at det er jo alt frå dei i 20-åra til 80-åra som er med på desse treningane. Så det er jo for alle (Informant C).

Eit tilpassa tilbod innebar for dei fleste at det var lågterskel. Fleire informantar sette pris på at det ikkje var noko krav til kunnskap eller fysisk form for å delta på dei ulike aktivitetane eller tilboda, noko som senka terskelen for å komme i gang med trening eller tørre å prøve nye ting. Ein informant fortalde at dei tilsette og andre brukarane var flinke til å ta omsyn til dei som var eldre, slik at det vart tilpassa deira nivå.

Fleire av informantane uttrykte at det også var lågterskel i form av redusert pris. Dette trekte mange av informantane fram som viktig, då mange stod utanfor arbeidslivet med redusert inntekt. Informantane fortalde at frisklivssentralen møtte denne utfordringa ved at dei fleste tilboda dei hadde var gratis, og nokre av tilboda måtte ein betale ein liten eigenandel for.

Det at eg fekk så rimeleg medlemskap på treningssenteret, til dømes. Tenk kor bra det var for meg når eg ikkje hadde vanleg lønn lenger, sant? Det er jo.. Eg er veldig takknemleg, rett og slett, for det tilbodet (Informant B).

Nokre informantar fortalde at redusert pris førte til at det var lågare terskel for å komme i gang med trening, då økonomien ikkje lengre var ei hindring eller unnskyldning for å komme i gang. Vidare gav nokre informantar uttrykk for at det gjorde at det blei lågare terskel for å teste ut ulike tilbod og aktivitetar ved frisklivssentralen. Andre fortalde at det opna opp for at dei kunne prøve ut ulike aktivitetar dei elles ikkje ville prøvd. Til dømes tilbod som styrketrening, klatring og yoga. Informant C fortalde at ho starta med eit billegare medlemskap på treningssenteret, og fann ut at ho likte denne forma for trening. Dette gjorde at ho fortsette med denne type trening, og betalar i dag vanleg medlemspris. Nokre informantar fortalde at det var bra at det var billegare, men at dei nok ville betalt uansett.

4.2 Etablering av nye vaner

Fleire av informantane fortalde at frisklivssentralen hjalp dei med å komme i gang med trening. Informantane erfarte at frisklivssentralen la til rette for etablering av nye vaner ved at dei tilbydde dei ulike treningstilboda til faste tidspunkt kvar veke. Dette var noko fleire av informantane påpeikte var viktig for å kunne etablere det som ein vane. Mange av informantane hadde haldt fram med trening på frisklivssentralen utover reseptperioden, ein del av desse erfarte at det var viktig å ha noko å gå til for å halde fast på vanen. Nokre informantar erfarte at motivasjonen for å møte opp og trene kunne vere vekslende, og det var spesielt då det var viktig med eit fast haldepunkt som gjorde at ein møtte opp likevel.

Og så den treningsdelen gjer at ein får komme seg ut av huset og vere i aktivitet. Det er litt lettare når det står nokon og liksom drar deg med, sant? Ja, at du får litt hjelp til å komme i gang rett og slett. For elles er det fort gjort at ein blir sittande heime i sofaen i staden for. Når ein ikkje har noko sånn fast å gå til (Informant C).

Når informantane hadde noko fast å gå til følte mange det som ei forplikting til å møte opp. Både brukarar og tilsette ved frisklivssentralen forventa at ein skulle komme, og det gjorde at det vart lettare å møte opp.

Så er det det at nokon som ventar på deg. Visst du skal gjere det sjølve, og ikkje har nokon som ventar.. Så kan det ofte bli til at du ikkje gjer det likevel, sant!? Det er liksom nokon som ventar på deg slik at du kjem deg ned. (..) Og sånn som med treningssenteret, så har dei eit visst klokkeslett. Så visst du har meldt deg på, så veit du det at dei står no der og ventar. Så då har du eit visst ansvar for å møte opp (Informant F).

Vidare fortalde fleire av informantane at når dei hadde funnet eit tilbod og aktivitetsnivå som var tilpassa dei vart det lettare å få trening til å bli ein fast del av kvardagen, og på den måten komme inn i ein fast vane. Når det var etablert som vane erfarte mange av informantane at det vart enklare å vedlikehalde endringane dei hadde gjort. Hos ein av informantane kom det fram at han hadde forsøkt å starte ei livsstilsendring, men ikkje klarde å halde på endringane over tid. Han skildra utfordringar med å etablere ei ny vane, og grunngav det med at han aldri hadde vore noko rutinemenneske. I likskap med dei fleste andre informantane var det viktig for han med trening til fast tidspunkt, men dette hadde han ikkje fått til då han ikkje hadde eit fast tilbod å gå til. Dette gjorde at trening blei sporadisk, og på intervjutidspunktet ikkje nytta seg av frisklivssentralen eller anna trening.

Mange uttrykte at tilbodet ved frisklivssentralen var viktig for dei og likte spesielt at det var på dagtid. Dette kan ha samanheng med at dei fleste informantane stod utanfor arbeidslivet. Ein av informantane skildra det å gå ut av arbeid som knallhardt, nærast som ein sorgprosess. Fleire fortalde noko av det same, og uttrykte at tilbodet ved frisklivssentralen har vore som ei erstatning for arbeidslivet.

Eg hadde ikkje så mykje anna eg skulle gjere om dagane. Så det å kunne fylle dagane mine med innhald, det betydde veldig mykje for meg. Det betydde nesten alt for meg altså, at eg hadde det tilbodet (Informant B).

Fleire informantar erfarte at dei ulike tilboda førte til at dei fylte dagane med noko meiningsfylt. Så oppleving av å bruke dagane på noko meiningsfylt og at det var på dagtid, førte til at det blei lettare å etablere det som ei vane. Etter å ha etablert det som ei vane, fortalde folk at det gav dei auka motivasjon.

4.3 Å vere ein del av eit fellesskap

Oppleving av tilhøyrslse var for mange av informantane knytt til både dei andre brukarane og dei tilsette ved frisklivssentralen. Informantane fortalde at frisklivssentralen i stor grad brukte trening og aktivitet i grupper. Gjennom intervjuet kom det fram at det var viktig for informantane å føle at ein var del av eit fellesskap. Informantar som opplevde fellesskap og tilhøyrslse fortalde om faktorar som å møte folk i same situasjon, å sosialisere seg, føle at ein blir sett pris på og støtte frå kvarandre. Vidare erfarte mange av informantane at det var enklare å komme seg på trening dersom det var trening i grupper.

Eg ønske jo sjølv å halde meg sånn noko lunde i form, i tillegg til at det er sosialt. Det å vere i ei gruppe - det gjere det mykje enklare å komme seg ut. (..) Det å gå tur i gruppe bidreg jo at ein jaga seg sjølv ut litt oftare enn om ein skulle gått åleine. Og så er det jo eit sosialt fellesskap, så som gjer at eg kjem meg meir ut enn det eg elles ville gjort. Det er litt viktig, å gå ut. Den dørstokkmila når ein sitt åleine, den er betrakteleg lengre enn viss ein er åleine (Informant G).

Ein av informantane skildra frisklivssentralen som ein viktig arena for å sosialisere seg, skape nye relasjonar og knyte eit nytt nettverk. Informanten hadde tidlegare rusproblem, og skildra ei kjensle av å vere åleine og mange øydelagde sosiale relasjonar. Mange av dei andre erfarte også at å vere i eit fellesskap var viktig på grunn av det sosiale. Ved å delta i eit sosialt fellesskap får ein moglegheit til å sosialisere seg, føle seg verdsett, bli pusha med på trening og oppleve sosial støtte. Sjølv om dei fleste informantane fortalde at det sosiale var viktig for at dei skulle fortsette med aktiviteten, var det ikkje ein avgjerande faktor for alle.

For meg er det ikkje så mykje sosialt, det er meir ein nødvendighet. Eg har det sosialt på jobben, eg er veldig mykje ute blant folk på jobben. Mange treng nok det på grunn av det sosiale, men det er ikkje hovudgrunnen for min del (Informant D).

Gjennom intervjuet uttrykte informant D at det var kjekt med det sosiale, men for han var den største motivasjonen å halde kroppen i gang, og på den måten halde seg i arbeid. Utifrå intervjuet var dette informant D den som la minst vekt på det sosiale, noko som kan tenkast at var på grunn av at han var einaste i arbeid. Informanten uttrykte likevel glede ved å vere del av eit fellesskap, sjølv om han følte han gjekk glipp av den sosiale delen sidan han reiste på

arbeid før timen var heilt ferdig. Han opplevde at han ikkje heilt følte seg inne i fellesskapet på grunn av det, sjølv om han hadde vore med i same gruppa i mange år. Andre informantar fortalde at dei hadde prøvd ulike aktivitetar der dei ikkje kjente ei tilhøyrsløse i gruppa, som førte til at dei hadde avslutta den aktiviteten. Til dømes hadde informant A brukt å gå på gruppetur i nærområdet i lengre tid, men opplevde ei endring i gruppa.

Eg eg følte at det passa ikkje heilt, liksom. Så eg følte at eg gjekk for meg sjølv, og då kan eg like godt gå tur åleine eller saman med nokon andre. Rett og slett. Så den vart kutta ut. (...) Eg syntest at det var veldig, veldig kjekt. Og eg følte at det gav meg noko sånn opprinneleg. Men så følte eg at det vart for lite sosialt for meg, trur eg. Etter kvart som gruppa endra seg (Informant A).

Informanten fortalde at sjølve tilbodet var bra, og dersom det dukka opp eit tilsvarande tilbod vil ho vurdere å gje det eit forsøk til. Det sosiale var ein viktig motivasjon for informant A for å fortsette med turgåinga. Då det blei for lite sosialt for ho og ikkje lengre kjende på tilhøyrsløse i turgruppa, blei aktiviteten avslutta. Ein annan informant hadde ikkje like mykje fokus på det sosiale, og framheva ikkje det som hovudmotivasjonen for å fortsette med treninga.

Men for meg altså, eg har vore der så lenge i lag med ein fast gjeng som har vore der minst like lenge då. Så vi har jo det, på ein måte, veldig sosialt då. Ja, enkelt. Det er jo sosialt, og dei som ikkje har noko anna sosialt, så er dette sikkert veldig viktig. For meg, som sagt, så er ikkje det det viktigaste. For meg er det liksom, for å holde hjula i gang. (...) Men det er triveleg då, og du får jo ein veldig god start på dagen då kan du seie (Informant D).

Informant E er den einaste informanten som skildra at han ikkje har hatt varig livsstilsendring. Han skildra det sosiale som viktig, men ikkje med kven som helst. Han hadde ikkje fått noko særleg kontakt med dei andre brukarane av frisklivssentralen. Informanten fortalde det slik: “Det har ikkje blitt noko slik sosialklubb, sånn som livet har blitt for meg”. Det blei prøvd ulike tilbod, blant anna klatring, yoga og styrketrening i grupper. I utgangspunktet likte han klatring, men fortalde at det ville ha vore kjekkare å klatra med ein venn og utan så mykje venting. Han erfarte sjølv at han ikkje fann noko tilbod ved den aktuelle frisklivssentralen han hadde tilknytning til.

No skulle det vere sånn styrketrening via frisklivssentralen, og då tenkte eg; Då prøver eg det. Men så passar det ikkje akkurat for meg, brukarane det passar for er 80-åringane. Eg er ikkje blitt så gammal endå, så då må ein.. Men om det hadde passa betre for meg, så hadde eg sikkert vert dyktigare til å møte opp. (..) Det var eigentleg ganske miljøet. Eg kan jo justere øvingane slik at dei passar for meg. Nei, eg gadd ikkje sitte og trakke rundt i ring med dei. For min eigen rutine då. Men eg møtte opp, to gangar. Gjorde berre mitt eige program då (Informant E).

Av intervjuet kom det fram at informant E ikkje har opplevd tilhøyrsløse til nokon av tilboda han var på. Utifrå sitatet over kan det sjå ut som om at han opplevde at tilbodet ikkje var riktig for han. Han følte ikkje at han passa inn i den gruppa, sidan han var ein del yngre enn dei andre deltakarane. For dei andre informantane var ikkje alderen på dei andre deltakarane like viktig.

No er det jo, det er jo veldig mange eldre der, men likevel, men eg har ikkje følt at det er noko problem. Å vere så ung, og komme dit. Fordi at det, det er så mange forskjellige grupper. Dette her at dei er så flinke å komme i møte med folk då [dei tilsette]. Og eg syntest at dei er god på det å klare å tilpasse det, til alle slags aldersgrupper (Informant C).

Samtidig fortalde nokre av informantane at det var ei støtte i seg sjølv at dei er i same situasjon med likesinna. Det gav ei kjensle av å ikkje vere åleine, og at ein hadde andre som forstår kva utfordringar ein hadde. Ein av informantane erfarte at det var godt å ha nokon i same situasjon, som ein kunne snakke med. På den andre sidan var det ein annan informant som erfarte at det var godt å føle at ein hjalp andre med å vere ein samtalepartner, og veksle erfaringar med sjukdom. Nokre av informantane peika på at det var eit opent miljø der ein hadde gjensidig respekt for kvarandre. Ein kunne komme som ein var, utan å bli dømt av andre.

Nokre visste vi berre fornamnet på, men vi vart likevel eit nettverk som passa litt på kvarandre, sant? Når vi hadde badstue, så hadde vi mange gode samtalar med folk som trengte nokon å snakke med. Når eg hadde vore vekke ei stund, så var det fleire som fortalde: "Å, så kjekt å sjå deg igjen". Altså ein fekk eit slikt veldig støttande, gjensidig - Der vi ikkje brydde oss om kva manglar andre hadde, og kva som var

bakgrunnen for at vi var der. Men kven vi var og at vi trengte kvarandre. Vi blei ein gjeng som passa på kvarandre. (..) Eg har fått tilbakemelding på at folk syntest det er godt å prate med meg. Ein kan hjelpe kvarandre litt då. Eg trur det er eit slags viktig lim som ikkje er så godt å forklare, som ikkje folk skjønna at er der, men er der (Informant A).

Å bli sett pris på og anerkjent av mange av informantane skildra som viktig for å opplevde auka motivasjonen for å halde fram med tilbodet ved frisklivssentralen. Gjennom gruppetilbod var det ofte ein fast gjeng som trena saman, så det blei lagt merke til om nokon av dei faste var vekke. Då var det fleire informantar som skildra at det var kjekt at dei fekk positive kommentarar då dei kom igjen neste gang. Ein av informantane fortalde at det opplevdes godt å bli sakna, og det gjorde at ein følte seg meir verdifull. Når ein føle at ein blir sett pris på, vart det lettare for mange å komme tilbake til trening igjen. Gjennom intervjuet blir det uttrykt at dette auka motivasjonen og var ein viktig faktor for å komme tilbake til gruppa, dersom ein hadde vore vekke av ulike årsaker. Informantane skildra slike samspel som meiningsfylt og opplevde at det bidrog til å auke sosial støtte.

Informantane erfarte at for å kjenne på sosial støtte var det viktig korleis dei blei møtt av personalet tilknytt frisklivssentralen. Alle informantane fortalde med positivt møte med dei tilsette, og opplevde at dei blei møtt av flinke instruktørar og tilsett. Skildringar av dei tilsette som gjekk igjen var at dei var imøtekommande, ikkje dømmende, motiverande, smilande, respektfulle og flinke. Informant A opplevde samhandling med tilsette slik:

Ja, eg var nok veldig spent då eg kom dit første gangen, og måten eg blei møtt på. På ein veldig ikkje-dømmende måte. Det trur eg er viktig for at eg skulle føle meg vel. Men samtidig veldig konstruktiv, med at eg fekk klare ting som eg skulle klare å gjere.

Nokre av informantane fortalde at dei blei møtt med respekt og anerkjening frå dei tilsette gjennom første møtet med frisklivssentralen. På grunn av oppleving av sosial støtte frå tilsette erfarte mange at motivasjonen for å fortsette med livsstilsendringa auka. Både gjennom positiv tilbakemelding, positiv energi, rettleiing, formidling av kunnskap eller øvingar til informantane.

Den syntest eg auka, fordi dei er så flinke til å.. Altså dei er så positive og dei er veldig sånn: "Åh, så bra at du er her". Ein føler seg veldig velkommen, og du på ein måte merkar at dei syntest det er kjekt at folk kjem og tar kontakt med dei, og.. Det er ein utruleg fin og omsorgsfull gjeng, rett og slett. (..) Eg opplever i alle fall det, og at dei er utruleg flinke til å motivere. (..) Eg føle dei er flink til å sjå den enkelte. Og så sender dei ut melding om du har lyst å bli med på ulike aktivitetar (Informant C).

Oppleving av sosialt fellesskap gjennom gruppetimar viste seg å vere av stor betydning for dei fleste informantane. Avgjerande for å føle tilhørsle var korleis dei blei møtt av kvarandre og personalet. Å bli møtt av likesinna, trening i gruppe, føle seg verdifull og sosialisere seg var viktige faktorar for å føle seg som del av eit fellesskap.

4.4 Glede av betre helse i kvardagen

Helsegevinsten blei av dei fleste informantane skildra som ein stor motivasjonsfaktor, både for å starte med og å halde fram med trening over lengre tid. Å oppleve betre helse gjorde at informantane erfarte meistring, som vidare auka motivasjonen for å vedlikehalde endringane. Nokre av informantane uttrykte at det var motiverande å sjå at livsstilsendinga ein hadde gjort fungerte og at helsegevinsten vart ei belønning. Nokre av informantane skildra at dei kjende at ein orka å gå lengre turar, såg at kroppen forandra seg i positiv retning, klarte å løfte tyngre vekter, kjende at kroppen tolte meir og overskot av energi i kvardagen. Ein av informantane som opplevde betre helse skildrar det slik:

Eg merkar jo at eg blir i betre form når eg er på treningssenteret. Eg ser jo det på vektene, at eg greier å legge på meir og slikt. Så eg vil jo seie at det gir meg noko, eg ser det at eg meistra meir og meir for kvar gang.

Etter å ha gjennomført ei livsstilsending var det viktig for informantane å vedlikehalde desse endringane over tid. For informant G var det ein motivasjon å vedlikehalde helsa slik at han framleis kunne gå turar i naturen, noko han alltid har hatt stor glede av.

Ja, så er det rett og slett å ta vare på helsa. Vedlikehalde noko lunde bevegelsen og slike ting då. Så har eg ein diagnose, som gjer at eg har dårleg balanse. Så då er det godt å få kroppen ut i terrenget. Og eg merkar at det hjelper (Informant G).

Nokre av informantane skildrar vedlikehald av livsstilsendringa som ein nødvendighet for å ha eit mest mogleg normalt liv. Ein av informantane fortalde at dersom han ikkje trena hadde han tidlegare erfaring med at kroppen ikkje klarte andre ting heller. Det var derfor ein motivasjon for han å halde fram med fast trening.

Eg jobbar jo deltid. Så eg har brukt treningane som del, eller eit ledd i det å halde meg i jobb då, rett og slett. For meg er det ikkje så mykje sosialt, det er meir ein nødvendighet. (...) For meg har det betydd eit meir normalt liv då. Sjølv om ein ikkje er like mykje i jobb som ein har vore i før då. Så hjelpe i alle fall dette til at du kan vere i den, delvis i jobb altså (Informant D).

Mange av dei andre informantane uttrykte også at det var viktig å vedlikehalde endringane, for å oppretthalde ein mest mogleg vanleg kvardag. Nokre av informantane hadde vore i behandling før dei kom i kontakt med frisklivssentralen. Desse brukte ulike tilbod frisklivssentralen hadde for å vedlikehalde endringane dei hadde gjort i behandlinga. Ein av informantane hadde tidlegare hatt utfordringar med rus, men vart rusfri før ho starta på tilbod og aktivitetar på frisklivssentralen. Ho nytta fysisk aktivitet som hjelpemiddel for å halde seg rusfri, altså for å vedlikehalde endringane ho hadde gjort under behandlinga før ho kom til frisklivssentralen.

Eg føler meg i alle fall fornøgd med at eg har gjort, at eg har vore på bading eller at eg har vore på trening. Det gir jo meg ein glede, at eg faktisk kjem meg ut, og ikkje sitte i denne sofaen. Den har eg jo sete litt i (Informant F).

Fleirtalet av informantane skildra glede ved å delta på tilbod og aktivitetar ved frisklivssentralen. Dei fortalde at det var kjekt å trene, noko som var ein motiverande faktor for å halde fram med treninga. Informantane erfarte glede over å vere i fysisk aktivitet, å vere sosial med andre, å komme seg ut av huset og oppleve at kroppen klarte meir. Gjennom intervju skildra mange av informantane at det gav dei ei glede i kvardagen ved at dei blei i betre humør, lettare til sinns og god samvit for å ha gjort noko bra for kroppen. Mange erfarte glede over ein betre kvardag.

5 Diskusjon

Hensikta med studien var å utforske ulike erfaringar informantane hadde om kva som kan fremme livsstilsending gjennom deltaking på ulike tilbod ved frisklivssentralen. Funna syner at informantane hadde ulike erfaringar knytt til å finne seg eit tilbod som passa for dei.

Vidare var eit sentralt funn at frisklivssentralen hjelpte brukarane med etablering av nye vaner. Det å vere ein del av eit fellesskap vart løfta fram som viktig for informantane. Vidare var det sentralt at informantane opplevde glede ved aktiviteten og fekk oppleve betre helse i kvardagen. Desse funna vil bli diskutert opp mot tidlegare forskning, meistringstru og sjølvbestemmingsteorien. Med utgangspunkt i den transteoretiske modellen kan ein få fram ei forståing av endring, og i diskusjonsdelen vil dette perspektivet bli brukt.

5.1 Betydinga av eit tilpassa tilbod

Fleirtalet av informantane erfarte at frisklivssentralen hjelpte dei med å finne ei treningsform som var tilpassa deira behov og interesser. Dette samsvarar med intensjonen til frisklivssentralen som seier at dei skal tilby tilrettelegging av tilbod for ulike alders- og målgrupper (Helsedirektoratet, 2016). Mange av informantane skildra at tilbodet dei fekk var tilpassa den enkelte og blei gjennomført på ein god måte. Eit mål for frisklivssentralen er å legge til rette for og gjennomføre tilboda på ein måte slik at alle deltakarane skal kunne delta, uavhengig av helseutfordringar (Helsedirektoratet, 2016). Utifrå funna verkar det som dette målet var nådd. Informantane i studien hadde ulike føresetnadar for å delta, og det var derfor viktig at den fysiske aktiviteten blei tilpassa ved frisklivssentralen. Fokus på tilpassa tilbod blir understøtta av Wester et al. (2009) som påpeikar at det er spesielt viktig for å forhindre tilbakefall. Nokre av informantane trakk fram at det auka meistringskjensla ved at tilboda var lågterskel, og på eit nivå dei klarte å gjennomføre. Dei fleste informantane skildra tilboda som verken for lette eller for vanskelege. Dette samsvarar med sjølvbestemmingsteorien som viser til det menneskelege behovet for kompetanse. Når ein person opplev at ein er kompetent, vil det bidra til å styrke den indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2002). Å fremme den indre motivasjonen er viktig for å gjennomføre livsstilsending og vedlikehalde desse endringane over tid (Ryan & Deci, 2002b). Det er derfor viktig at frisklivssentralen arbeider med å styrke den indre motivasjonen til brukarane.

Funna viser at alle informantane var positive til tilboda ved frisklivssentralen, men det var likevel variasjon i erfaringane. Ein av informantane fortalde at ho fekk god hjelp frå frisklivssentralen til å komme i gang med trening, og ønskte ikkje å trene i grupper. Det kan tenkast at informanten har hatt dårlege erfaringar frå tidlegare, og av den grunn har låg meistringstru (Bandura, 1997). Informanten var veldig fornøgd med at ho fekk eit tilpassa treningsopplegg på treningscenteret. Informanten fekk fridom til å utforme treningstilbodet sitt, og uttrykte at ho opplevde autonomi. Informanten har klart å vedlikehalde endringane over lengre tid, og trakk spesielt fram støtte frå personalet som viktig gjennom livsstilsendringa si. Dette viser at personale ved frisklivssentralen og instruktørane kan spele ei viktig rolle som rettleiar og pådrivar for livsstilsendring (Wester et al., 2009).

Nokre informantar erfarte at dei fekk hjelp til å tileigne seg ferdigheiter og kunnskap, noko som var nødvendig for å halde fram med livsstilsendringa på eiga hand (Helsedirektoratet, 2016). Til dømes fekk nokre informantar treningsprogram dei kunne gjere på eiga hand. Ein annan informant trekte fram at ho hadde blitt inspirert til å kjøpe seg skrittellar, som auka motivasjonen hennar for fysisk aktivitet. Det var viktig at brukaren vert rettleia til å ta kontrollen sjølv, og at det er hjelp til sjølvhjelp (Wester et al., 2009). Sjølvbestemminga er sentralt i arbeidet med brukarane ved frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2016). Funna viste at mange av informantane opplevde autonomi, og trekte dette fram som viktig. Til dømes fortalde fleire av informantane om at dei fekk melding på telefonen om ulike tilbod. Vidare var det opp til dei sjølv om dei ville melde seg på og utføre aktiviteten, og på den måten kunne ta frie val, utan noko direkte press utanfrå.

Funna viste at eine informanten erfarte at han ikkje fann eit tilbod som passa han, og heller ikkje klarte å etablere nye vanar på eiga hand. Etter sjukdom hadde informanten tatt kontakt med frisklivssentralen etter oppfordring frå fastlegen. Informanten hadde flytta mellom to kommunar, og hadde derfor vore i kontakt med to ulike frisklivssentralar. Vidare fortalde informanten at han ikkje kunne hugse om han hadde hatt helsesamtale med frisklivssentralen då han starta. Han fortalde at han hadde fått ulike forslag om aktivitetar og tilbod dei hadde, og hadde prøvd ut nokre av desse. Ei evaluering av frisklivssentralar viste at det er behov for endå tettare oppfølging av deltakarar som har størst barriere for å endre livsstil (Blom et al., 2019). Utifrå dette kan det tenkast at han kunne funne eit tilbod som passa betre for han dersom han hadde fått tettare oppfølging frå frisklivssentralen. Det kan også tenkast at det har vore ei gråsone for oppfølging, sidan han hadde gått frå ein frisklivssentral til ein annan.

Gjennomføring av helsesamtale kan avdekke kva føresetnadar informanten har og kor mykje oppfølging som var nødvendig, og kan samtidig vere viktig for å fange opp kvar ein er i endringsprosessen (Helsedirektoratet, 2016). Når ein veit kvar ein er i endringsprosessen, vil det vere lettare for dei tilsette å vite kva hjelp ein bør tilby. Ifølge den transteoretiske modellen er det viktig å tilby deltakarane riktig hjelp alt etter kva fase ein er i. Ved at dei tilsette ved frisklivssentralen har kunnskap om modellen vil ein kunne ha kunnskap om kva hjelp som er mest nyttig for deltakaren der personen er (Wester et al., 2009). Vidare vil eit godt samarbeid mellom frisklivssentralane og fastlegen fremme ei tett oppfølging av brukarane som har behov for det, og dette kan vidare føre til meir støtte og dermed auka motivasjon for endring (Sandvoll et al., 2021).

Informantane som opplevde at dei nytta eit tilbod som ikkje passa dei, avslutta det tilbodet. Dei som avslutta tilbod som ikkje var tilpassa, peika på årsaker som helsesituasjonen, oppleving av å ikkje passe inn i gruppa eller at dei ikkje syntest at det var kjekt. Informantane som erfarte at dei måtte avslutte aktiviteten på grunn av helsesituasjonen sin, kom tilbake til frisklivssentralen etter noko tid, men då i andre aktivitetar som var betre tilpassa deira utgangspunkt. Medverkande faktorar for at desse informantane kom tilbake, kan vere at dei hadde hatt helsesamtale, opplevde at dei hadde sosial støtte frå personalet eller andre brukarane av frisklivssentralen. Nokre informantar skildra det som ei dørstokkmil å komme tilbake etter avbrekk, men dei kom seg over denne hindringa og tilbake til frisklivssentralen. Funna viser at dei fleste informantane hadde opplevd tilbakefall, og mange av dei som kom tilbake gav utrykk for at sosial støtte frå tilsette og andre brukarar gjorde det lettare å komme tilbake til frisklivssentralen. Det samsvarar med den transteoretiske modellen som viser til at tilbakefall er vanleg når det kjem til livsstilsendring. Det kan vere viktig at tilsette ved frisklivssentralen er i forkant og bidreg til å normalisere tilbakefall, og slik kan unngå at det blir utvikla skyldkjensle ved tilbakefall (Prochaska et al., 1992; Wester et al., 2009). Dette kan bidra til at det er lettare å komme tilbake dersom ein har vore lenge vekk frå tilbodet. Funn frå studien støtter dette, og løftar samtidig fram kor viktig det er med sosial støtte både frå personalet og andre brukarar.

5.2 Fellesskapet bidreg til å etablere og vedlikehalde vanar

Funn frå studie viser til at når informantane hadde funne eit tilbod og aktivitetsnivå som var tilpassa den enkelte, var det enklare å få trening til å bli ein fast del av kvardagen, og på den måten kome inn i ei fast vane. Vidare viste funna at informantane som hadde etablert trening som ei ny vane klarte å halde fast på livsstilsendingane. Informantane som hadde hatt frisklivsresept fortalde at dei hadde haldt fast på dei nye vanane etter perioden av frisklivsresept var over, men fleirtalet var framleis knytt til aktivitetane ved frisklivssentralen. Mange av informantane påpeika på at det var viktig at dei hadde noko fast å møte opp til, også etter denne perioden var over. Tidlegare studier støttar desse funna og viste til at det var viktig med avtalar og faste tidspunkt for å gjennomføre treninga (Eliassen, 2014; Bolstad, 2015). Mange av informantane skildra at det hadde vore meir utfordrande å gjennomføre treninga dersom dei skulle gjennomført det åleine. Dei fleste informantane uttrykte at dei fekk god støtte frå personalet og instruktørar ved frisklivssentralen og samarbeidspartnarane. Forsking støtter dette og viser til at god profesjonell og sosial støtte frå desse er viktig på vegen mot endring av livsstil (Sagsveen et al., 2018; Salemonsens, 2020). Støtte til å endre levevanar gjev større sannsyn for å lykkast, samanlikna med dei som prøver på eiga hand (Helsedirektoratet, 2016).

I tida før og under gjennomføringa av denne studien var det koronapandemi, som førte til at tilboda ved frisklivssentralen var stengt over ein lengre periode. Mange av informantane opplevde då å miste eit fast haldepunkt, og uttrykte at dei hadde lågare aktivitetsnivå enn før koronaen kom. Mange uttrykte at dei var avhengig av frisklivssentralen for å vedlikehalde aktivitetsnivået og halde seg i gang, og hadde behov for noko fast å gå til. Informantane gav uttrykk for at det var vanskeleg å oppretthalde livsstilsendinga åleine. Dette kan styrke inntrykket av kor viktig det er med eit fast haldepunkt og sosial støtte i gruppa, noko som også samsvarar med tidlegare studier (Eliassen, 2014; Bolstad, 2015). Dette er også i tråd med sjølvbestemmingsteorien, og viser til det medfødde behovet til oppleving av fellesskap, og oppleving av at personane ein har rundt seg støtter livsstilsendinga (Ryan & Deci, 2002).

Fleire av informantane erfarte at etablering av vaner var ein utfordrande og langvarig prosess. Det er viktig at personalet ved frisklivssentralen har kunnskap om, og ferdigheiter i bruk av effektive metoder for åtferdsending (Helsedirektoratet, 2016). Brukarane sin personlegdom kan ha betydning for korleis ein klarar å oppretthalde åtferdsending, og då er det viktig med

ei kartlegging av individuelle føresetnadar, gjerne gjennom helsesamtale (Strand, 2016; Helsedirektoratet, 2016). Med utgangspunkt i den transteoretiske modellen ser ein at når ein person har som intensjon å gjere ei endring i næraste framtid, er ein ofte i førebuingfasen (Prochaska et al., 1992). I denne fasen lagar ein seg ofte ein bestemt plan for å nå måla, og er mottakeleg for råd (Wester et al., 2009). Tidlegare studier viser at for å få til livsstilsendring er det effektivt med tydelege mål og motiverande personale (Samdal et al., 2017). At brukaren opplev eigarskap til prosessen vil truleg vere viktig, noko som også støttast av behovet for autonomi (Helsedirektoratet, 2016; Deci & Ryan, 2002b). Personalet er pålagt å ta omsyn til brukarmedverknad gjennom helsesamtalen, og brukaren bør bli sett på som ekspert over eige liv (Helsedirektoratet, 2016; Askheim, 2012). Fleire av informantane skildra eit positivt møte med dei tilsette ved frisklivssentralen, og at dei blei møtt med respekt og anerkjenning for sin situasjon og sine tankar. Dette verkar å vere sentralt for å skape tillit mellom personalet ved frisklivssentralen og deltakaren.

Mange av informantane erfarte at det var lettare å oppretthalde nye vanar når ein var i grupper. Å vere i gruppe er ein individuell meistringsressurs som gjer det enklare å vedlikehalde endring av vaner (Strand, 2016). Gjennom gruppetimane erfarte informantane at frisklivssentralen la til rette for sosialt fellesskap, og uttrykte at dette var av stor betydning. Det kan tyde på at sosial støtte og sosiale relasjonar er ein viktig faktor i endringsprosessane til deltakarane, som samsvarar med tidlegare studiar (Eliassen, 2014; Bolstad, 2015; Strand, 2016). Mange av deltakarane fortalde at det var viktig å ha nokon å trene saman med. Å trene saman med nokon bidrog til auka motivasjon for å fortsette med fysisk aktivitet. Nokre av informantane gav uttrykk for at det var kjekkare å trene i grupper sidan det var sosialt og dei kunne pushe kvarandre. Andre fortalde at dei følte eit positivt press for å møte opp til gruppetimane. Å delta i treningsgrupper kan gje det pushet ein treng for å få i gang sosiale aktivitetar og deretter gjere deltakarane meir motivert (Espnes & Smedslund, 2009).

Nokre informantar nytta frisklivssentralen som ein arena for å skape nye sosiale relasjonar, og skildra frisklivssentralen som ein viktig arena for livsstilsendring. Informantane fortalde at dei fekk ulike gruppetilbod til lokale aktivitetstilbod. Her blei det skapt moglegheit for brukarane å knyte kontaktar og bygge eit sosialt nettverk (Helsedirektoratet, 2016). Ein av informantane fortalde at det var fleire som kom til ho for å snakke, og ho følte at folk trengte det. Sjølv syntest ho det var kjekt å hjelpe andre og dele sine erfaringar. Dette kan vise til på at nokre av brukarane kan ha erfaring som er verdifull for andre (Helsedirektoratet, 2016).

Vidare kan gjensidig utveksling av erfaringar, hjelp og støtte bidra til auka kunnskap om eigensituasjon og meistringsoppleving (Helsedirektoratet, 2016). Å trene i grupper kan også bidra til å styrke meistringstrua. Til dømes når ein ser andre deltakarar i same situasjon lykkast, så kan det bidra til å auke personen sin innsats og tru på å lykkast med ei spesifikk øving eller oppgåve (Bandura, 1997). Å få positive tilbakemeldingar frå andre, både andre brukarar og tilsette, var viktig for mange av informantane. Bandura (1997) viser til at dette kan føre til auka meistringstru.

Meistringstru er viktig for å endre vaner, og då er det viktig at brukaren sjølv har tru på at ein har evne til å gjennomføre ei endring (Prescott & Børtveit, 2004). Enkelte av informantane skildra korleis dei hadde gjort fleire forsøk på å endre livsstil. Til dømes fortalde eine informanten at han tidlegare hadde hatt fleire forsøk på å endre livsstil, både når det kom til auka aktivitetsnivå og røykeslutt. Ifølge teorien om meistringstru, kan desse tidlegare erfaringane med mislykka forsøk ha negativ påverknad på eiga tru på meistringsevna (Prescott & Børtveit, 2004). Her kan det vere nyttig å styrke meistringstrua til deltakarane, for ved å styrke den aukar ein sannsynet for at ein gjennomfører ei endring, om ein held ut i endringsforsøket og lykkast til slutt (Bandura, 1994).

Det kan vere nyttig at personale ved frisklivssentralen har kunnskap om den transteoretiske modellen. Målet med modellen er å styrke meistring og å betre livskvaliteten for brukarar som lev med, eller står i fare for å utvikle, helseutfordringar (Wester et al., 2009). Ein person med låg meistringstru er ofte i prekontemplering eller kontemplering i den transteoretiske modellen. Ifølge teorien om meistringstru kan ein i denne situasjonen styrke meistringstrua ved verbal overtaling, og motivere ved å vise at ein har tru på at personen skal lykkast med ei spesifikk oppgåve eller endring (Bandura, 1994). I desse fasane kan det vidare vere nyttig for personalet å tilby kunnskap og gjere personen bevisst på risiko og negative konsekvensar ved eiga åtfærd (Wester et al., 2009). Ein studie av frisklivssentralar viste at 15% av deltakarane ved frisklivssentralar var på prekontemplering og kontempleringsfasen ved oppstart på frisklivssentralen (Blom, 2008). Ved programslutt hadde motivasjonen blitt påverka, slik at ingen lenger var på prekontempleringsfasen (Blom, 2008). Dette viser at frisklivsresept ved frisklivssentralen kan bidra til å påverke brukarane sitt motivasjonsnivået.

Funna viste at informantane opplevde ei forplikting til å møte opp på tilbodet dei deltok på, spesielt i starten. Denne forpliktinga bidrog til at dei møtte på trening. Etter lengre tid ved livsstilsendring var det fleire som opplevde ei forplikting for seg sjølv til å møte opp. Det kan tyde på at betyding av motivasjon er vorten mindre og den indre stemma til deltakaren er blitt forsterka (Wester et al., 2009). Mange av informantane viste til at sosial støtte frå andre brukarar og tilsette ved frisklivssentralen var viktig for dei, og spesielt viktig for dei i starten. Etter kvart uttrykte fleire at det var ei indre stemme som fortalde at det var bra for dei, og at ein burde trene. Det kan tyde på at det har skjedd ei motivasjonsendring hos informantane. Når denne motivasjonsendringa skjer går ofte personar frå førebuing- og handlingsfasen til vedlikehaldsfasen (Wester et al., 2009). Ifølge den transteoretiske modellen handlar vedlikehaldsfasen om å halde på endringane ein har gjort. Utifrå funna verkar det som at dess meir forpliktande ein avtale er, dess større sannsyn er det for at endringane blir sett i gang og oppretthaldast. Dersom avgjersla gjerast forpliktande, blir det mobilisert ei viljestyrke som kan hjelpe personen til å stå i mot dei utfordringane eller freistingane ein kan møte undervegs (Strand, 2016). Dette vil gjere det enklare for deltakarane å vedlikehalde endringane dei har gjort.

Mange av informantane hadde heldt fast på livsstilsendringane sine over mange år, og den nye åtferda var blitt til ny vane. Som nemnt over, er det når endringa er blitt ein vane at personen ofte går over til vedlikehaldsfasen (Prochaska et al., 1992). Skildringa frå informantane sprika noko når det gjaldt kor mykje innsats som måtte leggast ned for å vedlikehalde endringane. Nokre informantar opplevde at det hadde blitt ein naturleg del av kvardagen og skildra det som automatikk, og det kravde derfor ikkje så mykje målretta vedlikehaldsarbeid. Til dømes sa den eine informanten at sjølv om motivasjonen kunne vere varierende, reiste han alltid på trening fordi det var blitt ein fast del av kvardagen. Andre informantar fortalde at ein heile tida måtte vere bevisst på innsatsen sin. Til dømes skildra eine informanten at ho måtte ha fokus kvar einaste dag, og brukte fysisk aktivitet som eit middel for å halde seg rusfri.

5.3 Glede av betre helse i kvardagen

Eit viktig funn i studien var at informantane opplevde glede over at kvardagen blei lettare. Nokre av informantane uttrykte at dei fekk belønning i form av betre helse. Oppleving av betre helse kan påverke motivasjonen og endring i positiv retning (Wester et al., 2009). Funna viste at mange av informantane uttrykte glede over betre helse på ulike måtar. For mange inneber glede over betre helse ein meir normal og betre kvardag, men kva informantane la i ein normal kvardag sprika. For nokre var det å greie å halde seg i arbeid, for andre handla det om å halde seg rusfri, kunne halde fram med å gå tur i naturen, eller få eit overskot i kvardagen. Det var også ein psykisk dimensjon, der det blei trekt fram at dei fekk ei ro, god samvit og det var noko å gå til i kvardagen som vidare gav ei mening for dei. Alt dette kan tyde på at sjølv om mange hadde helseutfordringar og andre belastningar, opplevde mange av informantane at opphald ved frisklivssentralen auka den subjektive livskvaliteten. Til dømes opplevde ein av informantane at betre helse førte til at han klarte å halde seg delvis i arbeid, og hadde vedlikehald det over fleire år. Dette var hovudmotivasjonen for å halde fram med fysisk aktivitet på frisklivssentralen, og var av stor betydning for han. Betre helse bidrog til at han kunne vere i arbeid, som vidare bidrog til auka livskvalitet. Det samsvarar med tidlegare forskning som viser at deltaking ved frisklivssentralen påverkar livskvaliteten over lengre opphald (Blom et al., 2020b). Den fysiske aktiviteten er sjølvbestemt og akseptert av informantane som personleg viktig, men er likevel ytre motivert, fordi han ser verdien av å vere i fysisk aktivitet for å oppnå betre helse, og ønsker altså å oppnå noko med handlinga (Ryan & Deci, 2000b).

Informantane i studien erfarte at dei hadde eit treningstilbod av eiga interesse, og at det gav oppleving av glede. Det viser til at det er viktig at deltakarane ved frisklivssentralen er med på å bestemme og utforme sitt tilbod, noko som kan fremme autonomien. Det kan verke som at mange trente for treninga sin eigenverdi, og dette kan vere ein indikator på indre motivasjon. Vidare skildra mange av informantane treninga som meningsfull og at treninga i seg sjølv var tilfredsstillande. Dette viser også til informantane sin indre motivasjon, der dei trenar for sin eigen del eller aktiviteten sin eigenverdi (Imsen, 2005). Forsking viser at ved indre motivasjon er det meir sannsynleg at informantane vil halde fram med aktiviteten (Våge, 2018). Det er derfor viktig at frisklivssentralen arbeider for å fremme denne indre motivasjonen hos deltakarane, som også er eit av måla deira (Helsedirektoratet, 2016).

Mange av informantane erfarte positive kjensler knytt til fysisk aktivitet og at det gav dei glede i kvardagen. Enkelte av informantane fortalde at dei hadde heldt fast med trening fordi dei opplevde at det var kjekt. Vidare fortalde nokre at dei ikkje ville klart å vedlikehalde livsstilsendingane dersom dei ikkje hadde syntest det var kjekt. Dette er i tråd med sjølvbestemmingsteorien som seier at dersom kvardagen er fylt med aktivitetar som er indre motivert, kan ein forvente auka velvære (Ryan & Deci, 2002).

For nokre av informantane var det ein viktig faktor at ein opplevde at ein meistra noko. Å oppleve betre helse gav meistringskjensle, og dette gav vidare motivasjon for å halde fram med treninga ved frisklivssentralen. Dette viser igjen til at eit tilpassa tilbod er viktig for tilrettelegging av meistring, som er ein viktig faktor for å fremme varig livsstilsending. Sjølvbestemmingsteorien viser til det menneskelege behovet for kompetanse, og korleis oppleving av meistring kan fremme den indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2002). Gode meistringsopplevingar har betydning for utvikling av motivasjon for trening. Utifrå funna kan det verke som at det har skjedd ei motivasjonsending hos mange av informantane, og at dei er indre motivert for å halde fram med treninga. I motsetnad så fortalde eine informanten at han ikkje syntest at det var kjekt og opplevde at det ikkje gav han noko. Informanten hadde ikkje klart å endre og vedlikehalde livsstilsendingar. Denne informanten visste at fysisk aktivitet var bra for han og at han burde trene, noko som kan tyder på personen er ytre motivert (Imsen, 2005). Hos denne informanten hadde det ikkje skjedd ei motivasjonsending, og om ein person berre er ytre motivert, er det utfordrande og mindre sannsynleg å få til ei varig ending (Imsen, 2005; Våge, 2018). Dette funnet viser til at det er viktig å fremme den indre motivasjonen til deltakarane ved frisklivssentralen for å oppnå varig livsstilsending.

Meistringsopplevingar er viktig for utvikling av meistringstru, som er svært relevant for å auke og vedlikehalde fysisk aktivitet (Strand, 2016; Teixeira et al., 2012). Dersom frisklivssentralen legg til rette for gode meistringsopplevingar kan det vere at fleire av deltakarane greier å gjennomføre ein oppfølgingsperiode og endra sine fysiske aktivitetsvaner. Funna viser at det hadde blitt gjort i fleire tilfelle. Nokre hadde lite erfaring med trening tidlegare. Så det å få gode meistringsopplevingar gjennom oppleving med betring av form, betre helse og gode erfaringar med fysisk aktivitet har vore sentralt for mange.

6 Konklusjon

Hensikta med studien har vore å utforske kva frisklivssentralane sine brukarar erfarer som viktige faktorar for å endre livsstil, og halde endringane over tid. Dette for å få kunnskap om kva informantane opplev som viktig for å kunne etablere og vedlikehalde endringane over lengre tid. Den teoretiske referanseramma bestod av sjølvbestemmingsteorien, den transteoretiske modellen og meistringstru.

Studien viser at betydninga av eit tilpassa tilbod har vore sentralt for å forhindre tilbakefall. Vidare var eit tilpassa tilbod viktig for at deltakarane skulle få passe utfordringar, noko som bidrog til meistringsoppleving hos informantane. Det var viktig at brukaren sjølv fekk fridom til å velje framgangsmåte når det kom til endring av vanane, noko som er knytt til behovet til autonomi. Vidare viser funna til at det er av stor betydning at tilboda er tilpassa deltakarane sine føresetnadar og individuelle meistringsressursar. Då er det viktig med gode helsesamtalar for å kartlegge kva og kor mykje hjelp ein skal tilby er viktig. Eit anna funn i studien var at informantane opplevde tilhøyrsløse til fellesskapet og at det var viktig med sosial støtte, både frå personalet og andre brukarar av frisklivssentralen.

Mange av funna samsvarar i stor grad med tidlegare forskning på frisklivssentralar. Eit sentralt funn i studia, som skil seg noko frå dei andre studiane, var glede over betre helse i kvardagen. Det viser til ei glede over at kvardagen blir lettare å takle. Dette funnet viser til den subjektive livskvaliteten til informantane, som handlar om korleis livet opplevast for den enkelte. Dette viste til at informantane opplevde at kvardagen blei lettare å meistre, og det gav vidare motivasjon for å vedlikehalde dei livsstilsendringane ein alt hadde gjort. Det viser til at den subjektive livskvaliteten kan vere god, sjølv om ein har sjukdom eller helseutfordringar (Mæland, 2010). Dette er ein viktig faktor og vidare motivasjon for informantane til å vedlikehalde livsstilsendringane dei har gjennomført.

Det er viktig at brukarane si stemme blir høyrte, og det er framleis få studiar som undersøker brukarane ved frisklivssentralane sitt perspektiv. Denne studien er ei kvalitativ studie med få informantar og gjennomført på éin frisklivssentral. Det burde blitt gjort meir forskning på dette feltet for å få ei betre forståing for korleis deltaking på frisklivssentralar heng saman med betre helse. Vidare kan det vere interessant å sjå nærmare på kva faktorar som kan fremme eller hemme livsstilsendring. Studien viser erfaringar frå deltakarar frå frisklivssentralen der

seks av sju fortalde at dei hadde hatt varig livsstilsending. Det hadde vore interessant å ha eit større fokus på dei informantane som erfarte at dei ikkje hadde hatt varig livsstilsending. Eventuelt kunne det ha vore eit utval med fleire informantar som ikkje opplevde varig endring, både dei som fall i frå under frisklvsreseptperioden eller ved eit seinare tidspunkt. Elles hadde det vore interessant å sjå på kven som greier å gjennomføre og vedlikehalde livsstilsending over tid. Er det noko som kjenneteikna denne gruppa? Kva faktorar er det i oppfølgingstilboda som er av betydning for deltakaren, og kor viktig er det for at dei skal klare å gjennomføre varige endringar når det gjeld fysisk aktivitet?

Referanseliste

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgiving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bezyak, J. L., Berven, N. L., & Chan, F. (2011). Stages of change and physical activity among individuals with severe mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 182-190.
- Blom, E. E. (2008). "Trening på Resept": *Evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept"*. En prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging. Norges idrettshøgskole. Henta fra https://frisklivssentralen.no/wp-content/uploads/2012/05/Masteroppgave-Trening-p%C3%A5-resept-Ellen-E-Blom_nov2008rev-2.pdf
- Blom, E. E., Skarpaas, I. M., Sundar, T. & Heintz, M. (2013). *En kunnskapsoppsummering om frisklivssentraler i Norge: Hvem deltar, og fører deltakelse til endring i levevaner og helse?* Henta fra: <http://mestring.no/wp-content/uploads/2015/12/Blom.pdf>
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2019). Health-related quality of life and intensity-specific physical activity in high-risk adults attending a behavior change service within primary care. *PLoS One*, 14(12), e0226613. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226613>
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2020a). Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: a 15-month follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*. doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-020-02554-x>
- Blom, E. E., Aadland, E., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2020b). Healthy Life Centres: a 3-month behaviour change programme's impact on participants' physical activity levels, aerobic fitness and obesity: an observational study. *BMJ Open*, 10(9). doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035888>
- Bolstad, A. K. H. (2015). *Gjennomføring og vedlikehold av livsstilsendring – kva skal til? Ein kvalitativ studie av tidlegare frisklivsdeltakarar sine erfaringar med å gjere og vedlikehalde livsstilsendingar*. (Masteroppgave). NTNU, Trondheim.
- Bringedal, B., & Aasland, O. G. (2006). Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 126, 1036-1038
- Ekornrud, T., Thonstad, M. & Stølan, S. B. C. (2020). *Frisklivssentral og tilsvarende helsefremmende tilbud i Norske kommuner 2019: Analyse av tilbud for livsstilsendring og mestring av sykdom*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå
- Eliassen, M. (2014). *Frisklivssentralen som utgangspunkt for varig livsstilsendring – en kvalitativ studie*. Henta fra <https://hdl.handle.net/10037/6568>
- Espnes, G. A. og Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Sykdomsbyrden i Norge 2016: Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*. Henta fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-inorge-i-2016.pdf>

- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Oslo: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 01.januar). *Har nådd målet om 25 prosent færre dødsfall*. Henta frå <https://www.fhi.no/nyheter/2020/har-nadd-malet-om-25-prosent-farre-dodsfall/>
- Folkehelselova. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2020-06-19-89). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-29>
- Hansen, B. H., 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:<https://doi.org/10.1111/sms.13314>.
- Haugland, E. S. (2018). *Frisklivssentralers effekt på fysisk aktivitet og sosial omgang*. Henta frå <http://hdl.handle.net/11250/2563773>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015)*. (Meld. St. 16 (2010-2011)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Meld. St. 34 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>
- Helse- og omsorgslova. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (Lov-2011-06-24-30). Lovdata. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering, organisering og tilbud*. Oslo. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:7023a76f4bd9c308a42e2690ca995615f9c191f8/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). *Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide. Nasjonale faglige råd*. Oslo: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide>
- Imsen, G- (2005). *Elevens verden: Innføring i pedagogisk psykologi*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J. A. ... Sherman, K. (2008). Transtheoretical Model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine*, 46, 238-246.
- Korban, E., & Bonsaksen, T. (2014). Riktig strategi til riktig tid: Bruk av den transteoretiske modellen for å fremme fysisk aktivitet hos personer med depresjon. *Ergoterapeuten*, 2014(2), 34-42. Henta frå https://www.academia.edu/20269308/Riktig_strategi_til_riktig_tid_bruk_av_den_tran

[steoretiske modellen for %C3%A5 fremme fysisk aktivitet hos personer med de presjon](#)

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lærum, G., Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Börjesson, M. & Ståhle, A. (2009) Fysisk aktivitet på resept – FaR. I: R. Bahr (Red.), [Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling \(s. 84-102\)](#). Oslo: Helsedirektoratet
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. [4.utg.] Oslo: Universitetsforlag
- Nylenna, M. (2020, 16.november). Livsstilssykdommer. *I store norske leksikon*. Henta frå: <https://sml.snl.no/livsstilssykdommer>
- Oldervoll, L. M., Blom, E. E., & Solbraa, A. K., Aadland, E. & Skrove, G. K. (2021). *Resultater frå et flerregionalt forskningsprosjekt ved 32 frisklivssentraler 2016-2019*. Henta frå: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/resultater-fra-et-flerregionalt-forskningsprosjekt-ved-32-frisklivssentraler-2016-2019/Resultater%20fra%20et%20flerregionalt%20forskningsprosjekt%20ved%2032%20frisklivssentraler%202016-2019.pdf/_/attachment/inline/e164aedc-b937-4af2-9461-cfabd5571e89:f2b77c05e00f1ef51ccbbab9b4e2f43f467d1ae3/Resultater%20fra%20et%20flerregionalt%20forskningsprosjekt%20ved%2032%20frisklivssentraler%202016-2019.pdf
- Prescott, P., & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviors*. *Am Psychol*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary educational psychology*, 25(1), 54-67
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. doi: [10.1037//0003-066X.55.1.68](https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.68).
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H., & Bratås, O. (2018). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectation*, 22(2), 226-234. doi:<https://doi.org/10.1111/hex.12846>.
- Salemonsens, E., Hansen, B., Førlund, 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. E., 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. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 42-14. doi:<https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>.
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E. & Berntsen, S. (2018). *Participants at Norwegian Healty Life Centers: 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. <https://doi.org/10.1177/1403494818756081>

- Sandvoll A. M., Sørum, M. & Blom, E. E. (2021). Fastlegers erfaringer med frisklivsentrals som tiltak for livsstilsendring- en kvalitativ studie. *Tidsskrift for velferdsforskning*. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-06>
- Sherwood, N. E., & Jeffery, R. W. (2000). The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual review of nutrition*, 20(1), 21-44.
- Strand, F. G. (2016). «Det er lettere når vi er sammen»: En kvalitativ undersøkelse av deltakernes opplevelser av tiden etter et gruppebasert livsstilskurs ved en kommunal frisklivsentrals. Henta fra: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2411654/GFStrand_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 78.
- Thagaard, T. *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge 2016. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0274>.
- Våge, E. T. (2018). *Effekt av livsstilsintervensjon ved norske frisklivsentrals på fysisk aktivitet og motivasjon*. Henta fra <http://hdl.handle.net/11250/2563771>
- Wester A., Wahlgren L., Wedman, I. & Ommundsen, Y. (2009). Å bli fysisk aktiv. I: R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 84-102). Oslo: Helsedirektoratet

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Frisklivssentral i *sensurert kommunenavn*

Referansenummer

663109

Registrert

30.11.2020 av Kristin Solås - 140791@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Marie Sandvoll, anne.marie.sandvoll@hvl.no, tlf: 4757677631

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristin Solås, Kristin7solas@gmail.com, tlf: 41844434

Prosjektperiode

02.12.2020 - 01.06.2021

Status

12.01.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

12.01.2021 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 21.12.2020, deres referanse 196872 (se under Tilleggsopplysninger). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den

12.01.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021.

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 nr. 11 og art. 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 er dermed den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer 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 viderebehandles til nye uforenlige 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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen 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).

Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

15.1.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2



| | | | | |
|---------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Region: REK sør-øst D | Saksbehandler: Finn Skre Fjordholm | Telefon: +47 22 84 58 21 | Vår dato: 21.12.2020 | Vår referanse: 196872 |
| | | | Deres referanse: | |

Kristin Solås

196872 Frisklivssentral

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Kristin Solås

Søkers beskrivelse av formål:

Formål med prosjektet er å utforske kva erfaringar deltakarar ved frisklivssentralar har, om kva som bidreg til livsstilsendring under deltaking ved frisklivssentral.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhandsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst D) i møtet den 02.12.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer deltakere ved frisklivssentraler har og hva som bidrar til livsstilsendring under deltagelse ved frisklivssentral.

Komiteen vurderer at prosjektet, slik det er presentert i søknad og protokoll, ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

REK sør-øst D

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek.sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen,

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Finn Skre Fjordholm
rådgiver
REK sør-øst D

Kopi til: Høgskulen på Vestlandet

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
Informert samtykke til deltaking i forskingsprosjekt

Vil du delta i forskingsprosjektet
“Frivilligsentralen i X kommune”?

Dette er eit spørsmål om å delta i eit forskingsprosjekt der formålet er å undersøke deltakarane ved frisklivssentralar sine erfaringar rundt kva som kan føre til vellukka livsstilsending. I dette skrivet vil du få informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking inneber for deg. Problemstillinga som skal utforskast gjennom intervju er: Kva erfarer deltakarane ved frisklivssentralar som viktige faktorar for å fremme livsstilsending?

Prosjektet er ei masteroppgåve for masterstudent Kristin Solås og informasjonen som blir innhenta skal berre brukast i vitenskapleg publisering.

Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Ansvarleg for prosjektet er Høgskulen på Vestlandet, Master Samhandling innan helse- og sosialtenester. Min rettleiar er Anne Marie Sandvoll, førsteamanuensis v/Høgskulen på Vestlandet, avdeling Helse- og omsorgsvitenskap, Førde.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

Eg ønske å intervju 5-7 deltakarar ved frivilligsentralen ved X kommune. Om du vel å delta i dette prosjektet inneber det eit intervju på omtrent 30 minutt. På grunn av dagens situasjon vil intervjuet føregå digitalt og det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, som vil bli sletta ved prosjektslutt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake utan å oppgje nokon grunn. Alle informasjon om deg vil då bli sletta. Det vil ikkje ha nokon negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekke deg.

Ditt personvern - korleis vi oppbevarer og brukar dine opplysningar

Vi vil berre bruke opplysningane om deg til formålet vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandlar opplysningane konfidensielt og i samsvar med personvernsregelverket. Det er berre eg, Kristin Solås, som vil ha direkte tilgang til lydopptak. Rettleiaren min, Anne Marie Sandvoll, vil ha tilgang til transkripsjonen, der informantane i undersøkinga vert anonymisert.

Kva skjer med opplysningane dine når vi avsluttar prosjektet?

Opplysningane blir anonymisert når prosjektet avsluttast/oppgåva er godkjent, noko som etter planen er 01.06.2021. Transkripsjonen og lydopptak vil bli sletta når oppgåva leverast inn. Opplysningane vil bli anonymiserte i tråd med retningslinjene til Høgskulen på Vestlandet.

Resultata frå studien vil bli publisert vitskapleg. Resultata vil kunne bidra til ny kunnskap og forståing av kva som kan føre til livsstilsending under deltaking i frisklivssentralar. Dette kan vere viktig kunnskap i arbeid med frisklivssentralar i ulike kommunar.

Dine rettigheter

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

- innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg, og å få utlevert ein kopi av opplysningane
- å få retta personopplysningar om deg,
- å få sletta personopplysningar om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandling av dine personopplysningar

Kva gjev oss rett til å behandle personopplysningar om deg?

Vi behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag frå Høgskulen på Vestlandet har NSD - Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandling av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernsregelverket.

Kvar kan ein finne ut meir?

Dersom du har spørsmål om studien, eller ønsker å nytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved Anne Marie Sandvoll (Tlf: 4757677631, E-post: anne.marie.sandvoll@hvl.no). Eller student: Kristin Solås (Tlf: 418 444 34, E-post: Kristin.solaas@hotmail.com).
- NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, på E-post: (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennleg helsing

Anne Marie Sandvoll

Kristin Solås

Prosjektansvarleg
(Forskar/rettleiar)

Masterstudent

Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet *Frivilligsentralen i X kommune* og har fått moglegheit til å stille spørsmål. Eg samtykke til å:

- Å delta i intervju

Eg samtykke til at mine opplysningar behandlast fram til prosjektet er avslutta, 01.06.2021.

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Intervjuguide – Masteroppgåve – Høgskulen på Vestlandet

Problemstilling:

Kva erfarer deltakarar ved frisklivssentralar som viktige faktorar for å fremme livsstilsending?

- Kan du fortelje om di erfaring med frisklivssentralen?
- Kva tenke du om motivasjon?
 - Kan du fortelje noko om kva som har gjort at motivasjonen har auka, eventuelt ikkje auka?
 - Dersom ikkje auka: Kva skulle vore gjort for at den skulle auka?
- Kva har vore viktig for deg under deltaking i frisklivssentralen?



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgåve i samhandling innan helse- og sosialtenester

MS1-306

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 18-11-2021 09:00 | Termin: | 2021 HØST |
| Sluttdato: | 01-12-2021 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Masteroppgåve | | |
| Flowkode: | 203 MS1-306 1 MA 2021 HØST | | |
| Intern sensor: | Ellen Eimhjellen Blom | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|---------------|
| Naun: | Kristin Solås |
| Kandidatnr.: | 201 |
| HVL-id: | 140791@hul.no |

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|-------|
| Antall ord *: | 16843 |
|----------------------|-------|

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Nei
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei