



# Fastlegers erfaringer med frisklivssentral som tiltak for livsstilsendring – en kvalitativ studie

## General Practitioners' Experience with Healthy Life Centres as an Intervention for Lifestyle Change– A Qualitative Study

Anne Marie Sandvoll

*Professor, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet*

[annemsa@hvl.no](mailto:annemsa@hvl.no)

Marie Sørum

*Master idrettsvitenskap, Fakultet for lærarutdanning, kultur og idrett, Høgskulen på Vestlandet*

[Sorum2905@gmail.com](mailto:Sorum2905@gmail.com)

Ellen Eimhjellen Blom

*Førsteamanuensis, Fakultet for lærarutdanning, kultur og idrett, Høgskulen på Vestlandet*

[ellen.blom@hvl.no](mailto:ellen.blom@hvl.no)

### Sammendrag

Fysisk inaktivitet er en veldokumentert risikofaktor for en rekke kroniske sykdommer. Likevel er to av tre voksne og eldre i Norge fysisk inaktive. Fastleger og kommunal helsetjeneste skal fremme helse og forebygge sykdom blant risikogrupper og veilede om fysisk aktivitet for pasienter med behov for det. Om lag 60 % av norske kommuner har etablert frisklivssentraler som en del av helsetilbudet for å gi strukturert hjelp til fysisk aktivitet for risikogrupper. Denne kvalitative studien har undersøkt ti fastlegers erfaringer med frisklivssentral som tiltak for livsstilsendring. Analysen var inspirert av systematisk tekstkondensering. Funnene viser at flere informanter hadde positive erfaringer med henvisning til frisklivssentral. Disse informantene beskrev frisklivssentralen som et tilbud med god kompetanse og et supplement til veiledning de ikke hadde tid til. Andre informanter var skeptiske til tilbudet grunnet manglende dokumentert helseeffekt og at frisklivssentralen kun passet for mennesker som kunne trene på dagtid. Det var delte meninger om tilbudet passet best for umotiverte eller motiverte pasienter. Studien bidrar med ny kunnskap om fastlegers erfaringer med frisklivssentral. Funnene kan bidra til bevisstgjøring rundt egen praksis både hos leger og frisklivssentraler samt inspirere til utvikling av samarbeidet.

Nøkkelord

primærhelsetjenesten, livsstilsendring, helseveiledning, fastlege, intervju

## Abstract

Physical inactivity is a well-documented risk factor for several chronic diseases. Nevertheless, two out of three adults and older people in Norway are physically inactive. General practitioners and municipal health services should promote health and prevent illness among at-risk groups, and guide patients in need of physical activity. About 60% of Norwegian municipalities have established Healthy Life Centres (HLC) as part of the health services, offering structured service to promote physical activity. This qualitative study examined 10 GPs' experiences with HLC as an intervention for lifestyle change. The analysis was inspired by systematic text condensation. Findings show that several informants had positive experiences with referring to HLCs. These informants described the HLCs as an intervention with good competence and a supplement for guidance, which they themselves did not have time to offer. Other informants were sceptical about the intervention, due to lack of documented health effects and because the HLCs were only suited for people able to exercise during daytime. There were different opinions about whether the intervention was suited for motivated or unmotivated patients. This study contributes with knowledge on GPs' experiences with HLCs. The findings contribute to the awareness of GP's and staffs' practice, and inspire to development of the collaboration.

## Keywords

primary health care, lifestyle changes, guidance to health, general practitioner, interview

## Introduksjon

Livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2 og kreft utgjør en betydelig andel av sykdomsbyrden i den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2018; Tollånes et al., 2018). Fysisk inaktivitet og fedme er risikofaktorer for livsstilssykdom og redusert helse (Folkehelseinstituttet, 2018), og en stor andel voksne og eldre i Norge har et lavt fysisk aktivitetsnivå (Hansen et al., 2019). Ifølge de norske anbefalingene for fysisk aktivitet bør voksne og eldre være i fysisk aktivitet med moderat til hard intensitet i minst 150 minutter hver uke (Helsedirektoratet, 2019a, 2019b). Kun 33 % av kvinner og 31 % av menn tilfredsstillende disse anbefalingene (Hansen et al., 2019). Aktivitetsnivået er skjevt fordelt i befolkningen, og personer med høy utdanning har dobbelt så høye odds for å oppfylle anbefalingene sammenlignet med personer med lav utdanning (Hansen et al., 2015). Sammen med livsstilssykdommer er sosial ulikhet i helse blant de største helseutfordringene i Norge i dag. Kvinner og menn med høy utdanning og høy lønn kan regne med å leve 5–6 år lenger og har bedre helse enn personer med lav sosioøkonomisk status (Folkehelseinstituttet, 2018; Kinge et al., 2019).

Fremming av fysisk aktivitet, spesielt blant fysisk inaktive grupper, er et viktig tiltak for forebygging og behandling av livsstilssykdommer samt for å bidra til å utjevne sosiale ulikheter i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2019b). Fysisk aktivitet kan fremmes gjennom både generelle befolkningsrettede strategier og høyrisikostrategier. Høyrisikostrategier innebærer tiltak mot individer eller grupper som er disponert for å utvikle sykdommer eller helseproblemer, mens befolkningsstrategier omfatter tiltak som forsøker å redusere faktorer som er årsak til sykdommer, eller fremme faktorer som er positive for helsen i hele eller store deler av befolkningen. En kombinasjon av disse er ansett som den mest effektive formen for folkehelsearbeid, inkludert fremming av fysisk aktivitet (Mæland, 2016).

Helsetjenestene har utstrakt kontakt med risikogrupper og mulighet til å nå fysisk inaktive pasienter med veiledning om fysisk aktivitet. Etter forskrift om fastlegeordningen i kommunene skal fastleger drive individrettet forebygging til pasienter med økt risiko for sykdom (Forskrift om fastlegeordning i kommunen, 2018). I tillegg har kommunene andre tilbud og tjenester som kan fremme fysisk aktivitet. Frisklivssentral er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste som skal gi støtte og veiledning om fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt til personer som trenger det (Helse- og omsorgsdepartemen-

tet, 2020; Helsedirektoratet, 2016b). Ifølge Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA) hadde 60 % (266 av da 426) norske kommuner etablert frisklivssentral i 2017, en dobling fra 2011 (Ekornrud & Thonstad, 2018). Fastlegenes veiledning om fysisk aktivitet og frisklivssentralenes tilbud er eksempler på høyrisikostrategier innen folkehelsearbeidet i Norge (Forskrift om fastlegeordning i kommunen, 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Ifølge veileder for kommunale frisklivssentraler er det et mål at frisklivssentralene blant annet skal bidra til å redusere sosiale ulikheter i kommunen ved å ta imot personer som trenger hjelp til å endre vaner (Helsedirektoratet, 2016b). Fastleger, annen helsetjeneste og NAV kan henvise pasienter til «frisklivsresept», som er betegnelsen på en tolv ukers oppfølgingsperiode med veiledning, kurs og trening hos frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2016b).

Det er et mål å styrke folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og øke helsefremmende og forebyggende helsetjenester i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For å lykkes med dette arbeidet må fastleger og frisklivssentralen som møter pasientene, samhandle på tvers av profesjonelle og organisatoriske grenser for å gi pasienten et helhetlig behandlingstilbud (Vik, 2018). Det er mange forventninger til hvilke oppgaver frisklivssentralene skal fylle, både blant ansatte, pasienter og henvisende instanser, fra primærforebygging til rehabilitering. Videre er frisklivssentral som helsetjeneste under utvikling (Abildsnes et al., 2016). Studier viser at når legen henviser til frisklivssentralen, gir det troverdighet til tilbudet (Båtevik et al., 2008). Et godt lege–pasient-forhold vil kunne bidra til motivasjon og forpliktelse til endring (Walseth et al., 2011).

Tidligere studier viser utfordringer knyttet til samarbeidet mellom legekontor og frisklivssentraler i enkelte kommuner (Bringedal & Aasland, 2006; Brusset et al., 2014). Studier av helseprofesjoners samhandling viser at organisering av helsetjenesten skaper spenningsforhold mellom profesjoner og gjør samarbeid utfordrende (Vik, 2018). Typologien Vik (2018) har utviklet, kan bidra til å belyse mulige samarbeidsformer mellom fastleger og frisklivssentralen. I lys av sitt datamateriale beskriver Vik (2018) fire ulike former for samhandling. *Relasjonelt samarbeid* er preget av nærhet og sammenkobling, og helseprofesjonenes forståelsesrammer kommer i kontakt med hverandre. *Operasjonelt lukket samarbeid* er preget av nærhet og differensiering. Her oppnår ikke profesjonene konsensus om hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. *Koordinert oppgavefordeling* er preget av avstand og sammenkobling og kjennetegnes av koordinert og rasjonell oppgavefordeling mellom profesjonene som ikke har fysiske møteplasser. *Fragmentert oppgavefordeling* er preget av avstand og differensiering, mangler fysiske møteplasser og er preget av lav kunnskap om hverandres oppgaver.

For fastlegene har barrierer for livsstilsrådgivning vist seg å være mangel på kompetanse innen fysisk aktivitet, organisatoriske ressurser og tid til samtale med pasienten (Båtevik et al., 2008; Galaviz et al., 2015; Gustavsson et al., 2018). «Grønn resept» er et tiltak som omfatter at fastleger som bruker tid i konsultasjon på å gi målrettet veiledning om kosthold og fysisk aktivitet til enkelte pasientgrupper, kan utløse refusjon etter en spesifikk takst. Evalueringen av «Grønn Resept», som kan utløses ved veiledning om kosthold og fysisk aktivitet for enkelte pasientgrupper, viste at legene mente at taksten førte til for mye papirarbeid for en oppgave de allerede utførte. Legene savnet også et sted å henvise pasientene til videre oppfølging (Bringedal & Aasland, 2006).

Siden evalueringen av «Grønn resept» ble utført, har frisklivssentralene blitt utviklet som oppfølgingstilbud forankret i helsetjenesten (Blom et al., 2019; Blom et al., 2020; Helsedirektoratet, 2016a; Kallings, 2010). Evaluering av frisklivssentralene viser at det er behov for enda tettere oppfølging av deltakerne som har størst barrierer for å endre livsstil (Blom et al.,

2019). Et godt samarbeid mellom frisklivssentralene og fastleger kan fremme en tett oppfølging av de personene som trenger det, og gi mer støtte og dermed økt motivasjon for endring (Eynon et al., 2019). Derfor er det viktig å få mer kunnskap om fastlegenes erfaringer med frisklivssentral som tiltak for livsstilsendring. Hensikten med denne studien var å beskrive hvilke erfaringer fastleger har med frisklivssentral, og vi formulerte følgende forsknings-spørsmål: *Hvilke erfaringer har fastleger med frisklivssentral som tiltak for livsstilsendring?*

## Metode

For å beskrive fastlegenes erfaringer med frisklivssentral som tiltak for livsstilsendringer valgte vi et kvalitativt design. Kvalitative tilnærminger passer godt for å undersøke menneskers erfaringer og dynamiske prosesser som samhandling (Malterud, 2017).

## Utvalg

Ti fastleger deltok i studien, seks menn og fire kvinner, jf. tabell 1. Inklusjonskriteriene var at informantene skulle ha jobbet som fastlege i minst ett år for å ha erfaringer å trekke på. Etter å ha sendt e-post til ulike legekontor på Østlandet og Vestlandet med forespørsel om å delta i studien fikk vi kun rekruttert én informant. Vi måtte derfor kontakte fastleger direkte for å rekruttere informanter. Videre benyttet vi *snøballteknikken*, som vil si at vi benyttet nettverket til dem som allerede hadde sagt ja, for å rekruttere flere informanter (Malterud, 2017).

**Tabell 1:** Informanter

Informant	Kjønn og alder	Erfaring som fastlege	Landsdel	Stor/liten kommune*
Informant 1	Mann, 37 år	10 år	Østlandet	Stor
Informant 2	Mann, 57 år	30 år	Vestlandet	Liten
Informant 3	Kvinne, 30 år	2,5 år	Vestlandet	Liten
Informant 4	Mann, 62 år	31 år	Østlandet	Stor
Informant 5	Mann, 35 år	5 år	Østlandet	Stor
Informant 6	Kvinne, 37 år	5 år	Vestlandet	Liten
Informant 7	Mann, 48 år	5 år	Østlandet	Stor
Informant 8	Kvinne, 31 år	2,5 år	Vestlandet	Liten
Informant 9	Kvinne, 35 år	4 år	Vestlandet	Liten
Informant 10	Mann, 39 år	7 år	Østlandet	Stor

\*Stor kommune > 25000 innbyggere, liten kommune < 25000 innbyggere.

## Datasamling

Vi utviklet en intervjuguide på bakgrunn av forskningsspørsmålet (Malterud, 2017), se appendiks 1. Åpne spørsmål med rom for refleksjon ble utformet for å få frem informantenes erfaringer. Intervjuene varte mellom 20 og 35 minutter på grunn av tidspress hos legene. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass og foregikk som en åpen samtale om temaene i intervjuguiden. Det var sentralt å la informantene fortelle mest mulig fritt om sine varierte erfaringer (Malterud, 2017). Etter ti intervju erfarte vi en metning i materialet for å få belyst problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2017). Intervjuene ble gjennomført i oktober 2018. Intervjuene ble gjennomført av andreforfatter, tatt opp og transkribert. Materialet besto av 70 sider tekst.

## Analyse

Analysen ble gjennomført i fire trinn inspirert av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Under analysen prøvde vi å legge vår egen forforståelse til side, selv om det var utfordrende. Forforståelsen handlet blant annet om at vi har erfaringer med at samarbeid kan være krevende, og at nye tankesett i måten man jobber på, kan sette samarbeidet på prøve. Med bakgrunn i idrett, fysioterapi og sykepleie hadde vi også med oss mange gode argumenter for hvorfor det er positivt å fremme fysisk aktivitet. Forfatterne har samarbeidet tett om analyseprosessen, presentasjon og diskusjon av funnene.

I det første trinnet ble materialet lest flere ganger for å danne et helhetsinntrykk (Malterud, 2017). Foreløpige tema ble identifisert, for eksempel *kommunikasjon*. På trinn to forsøkte vi å skille mellom relevant og irrelevant tekst og sorterte systematisk materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter ble grundig diskutert og kodet, jf. tabell 2. De delene av materialet som ikke inneholdt meningsbærende enheter, ble lagt bort. Meningsinnholdet ble systematisk hentet ut av materialet som var kodet sammen. Vi drøftet meningsinnholdet i hver kode grundig og kom for eksempel frem til at vi kunne slå sammen kodene *mangelfull tilbakemelding* og *godt samarbeid* til kategorien *varierende erfaringer med tilbakemelding og samarbeid*. I det tredje trinnet av analysen utviklet vi et kondensat (kunstig sitat) som utgjorde summen av informantenes stemmer. På trinn fire utviklet vi en analytisk tekst for å beskrive hver resultatkategori med *gullsitat* som illustrerer meningsinnholdet i kategoriene. Sitatene ble redigert for å øke lesbarheten. I den analytiske teksten beskriver vi likheter og forskjeller i materialet. Sammenfatningen tar utgangspunkt i vår tolkning samtidig som vi har forsøkt å være lojale mot informantenes beskrivelser (Malterud, 2017).

Eksempel på utviklingen av kategorien *varierte erfaringer med tilbakemeldinger og samarbeid* er vist i tabell 2.

**Tabell 2:** Eksempel på analyseprosess fra tema til kategori

<i>Tema</i>	<i>Meningsbærende enheter</i>	<i>Koder</i>	<i>Kategori</i>
Kommunikasjon	<i>Har ikke peiling på hva som skjedde, mye på grunn av den mangelfulle tilbakemeldingen.</i>  <i>Det var et lite sted og lett å få til samarbeid.</i>	Mangelfull tilbakemelding  Godt samarbeid	Varierte erfaringer med tilbakemeldinger og samarbeid

## Etiske hensyn

Informantene har gitt skriftlig informert samtykke og er anonymisert før publisering (Malterud, 2017; World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008). Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (saksnummer: 237369).

## Studiens styrker og svakheter

Utvalget besto av ti informanter fra både Vestlandet og Østlandet, både kvinner og menn, som var spredt i alder. Det var imidlertid få av informantene som representerte den gjennomsnittlige alderen på fastleger, som ifølge Helsedirektoratets styringsdata for fastleger var 47 år i 2019 (Gaardsrud, 2019). Vi hadde en del utfordringer med rekruttering, en utfordring som er velkjent (Asch et al., 2000). Utfordringene kan skyldes at vi ikke hadde tilstrekkelig

nettverk, kunnskap om eller tilgang til aktuelle nettverk (Asch et al., 2000). Utfordringene kunne vært løst om vi for eksempel hadde kjent til og benyttet Praksisnett, et forskingsnettverk for primærhelsetjenesten, etablert i 2017, som blant skal bidra til bedre infrastruktur for forskere (Bjorvatn et al., 2019). Informantene hadde ulike og relevante erfaringer og var slik sett egnet med tanke på studiens hensikt. For å vurdere kvaliteten på studien har vi først og fremst vurdert om vi fikk svar på problemstillingen (Malterud, 2017). Vi opplevde at informantenes beskrivelser bidro til å belyse problemstillingen. Videre kan vi vurdere hvilken overføringsverdi funnene har for andre. Kunnskap om samarbeid mellom fastleger og frisklivssentraler er etterlyst (Bringedal & Aasland, 2006). Etter vårt syn vil funnene være av betydning for andre som arbeider med utvikling eller forskning på frisklivssentraler eller samarbeid mellom ulike helsetjenester.

## Resultat

Hensikten med studien var å beskrive fastlegenes erfaringer med frisklivssentralen. Resultatene viser at informantene har *delte erfaringer*. Informantene som var positive til frisklivssentralen, ser det som et tilbud med god kompetanse. Andre informanter var skeptiske, da det ikke er dokumentert at tilbudet har effekt i befolkningen. Videre viser funnene at informantene hadde varierte erfaringer med *tilbakemeldinger* og *samarbeid* med frisklivssentralen. Informantene stilte også spørsmål om *frisklivssentralen var for en selektert gruppe pasienter* fordi tilbudet foregikk på dagtid.

### Delte erfaringer med frisklivssentralen

Det viste seg at noen av informantene var positive til frisklivssentralen som et tilbud med god kompetanse og som supplement til veiledning. En informant la særlig vekt på at det var positivt at det var et stabilt tilbud. Informantene nevnte at de hadde hektiske arbeidsdager og lite tid til hver pasient. Da var det nyttig at frisklivssentralen hadde personale med kompetanse og bedre tid til å følge opp veiledning av fysisk aktivitet. Videre viste det seg at informantene mente at pasientene fikk god hjelp.

På frisklivssentralen føler jeg at pasientene får veldig god hjelp. Det jeg verken har tid eller kompetanse til å prate om, kan de snakke om med veileder fra frisklivssentralen. Da får man tatt det litt skikkelig med kompetente folk (Informant 9).

Informantene erfarte at pasientene ble tatt på alvor, og at de ansatte på frisklivssentralen gjorde en god jobb. Likevel var enkelte av informantene skeptiske og tydelige på at det er pasientens ansvar å ta vare på sin egen helse og følge opp veiledningen.

Frisklivssentralen er jo et klassisk eksempel på der man kan velge å ikke gå. Det er ikke noe du blir tvunget til, du mister ikke støtte eller noe sånt, det er et tilbud. Det er kjempeflott, men per dags dato er det vel ingenting som kan vise til at det faktisk har en effekt på folkehelsen (Informant 6).

Selv om informantene var positive til tilbudet, beskrev noen informanter skepsis til om frisklivssentralens tilbud gir dokumenterte helseeffekter. Informantene opplevde at det var for lett for pasientene å velge å ikke møte til oppfølging, men at de ble mer engasjert i sin egen livsstilsendring dersom legene var positive og fulgte opp pasienten.



### Varierte erfaringer med tilbakemeldinger og samarbeid

Informantene hadde varierte erfaringer med tilbakemeldinger og samarbeid med frisklivssentralen. Noen erfarte et godt samarbeid, mens andre beskrev at de savnet bedre tilbakemeldinger om pasientene de henviste til frisklivssentralen. Disse informantene erfarte at de ikke hadde kontroll over hva som egentlig skjedde med pasienten etter henvisning. Informantene ønsket tilbakemeldinger om pasienten hadde møtt eller ikke.

Det er noen jeg henviser, men har ikke peiling på hva som skjedde. Mye kanskje på grunn av den mangelfulle tilbakemeldingen fra frisklivssentralen (Informant 8).

Flere informanter opplevde at det var pasienten selv som gav tilbakemelding om frisklivssentralen ved neste legetime. I de tilfellene pasienten hadde begynt eller fortsatt ved frisklivssentralen, var tilbakemeldingene fra pasientene som regel positive.

Jeg har fått litt tilbakemelding, stort sett vært positive. Mange pasienter som har hatt en god opplevelse ved å være der. Så lenge det passer inn i hverdagen, er de fleste med på at dette kan bli bra (Informant 1).

De fleste informantene etterlyste bedre samarbeid om tilbakemeldinger etter oppfølging av pasienten ved frisklivssentralen. For eksempel ytret deltakerne ønske om et journalsystem hvor de kunne holde seg oppdatert på pasientens oppmøte ved frisklivssentralen, samt notater om innsats, fremdrift og motivasjon.

Informantene beskrev positive erfaringer med god kommunikasjon, der frisklivssentral og legekantor er samlokalisert. En annen informant fortalte om hvordan det var lettere å få til et samarbeid på en liten plass.

Legesenteret og frisklivssentralen var i samme bygg. Det var et lite sted og lett å få til samarbeid. De som jobba der, kjente jo alle pasientene (Informant 5).

Ved samlokalisering erfarte informantene at de stadig fikk påminnelser om tilbudet på grunn av nærværet. Informantene erfarte at det var positivt at de ble minnet på tilbudet, for eksempel når ansatte ved frisklivssentralen kom innom legekantoret for å fortelle om det.

### Frisklivssentralen for en selektert gruppe?

Informantene fortalte at de opplevde at frisklivssentralen var for en selektert gruppe. Informantene forklarte dette med at tilbudet foregikk på dagtid. Det var motstridende funn om hvorvidt frisklivssentralen egnet seg for motiverte eller umotiverte pasienter, og om informantene selekterte deltakerne til tilbudet.

De fleste informantene mente at det er negativt med et aktivitetstilbud på dagtid, fordi det førte til at det ble en selektert gruppe som ble henvist til og benyttet seg av frisklivssentralen.

Tilbudet er på dagtid, så man kan ikke være i jobb heller, så det blir en spesiell gruppe når treningen gjøres på dagtid. Ganske selektert, egentlig. Det er ikke så mange som har fri på dagtid (Informant 3).

Andre informanter opplevde at de ressurssterke pasientene valgte et annet tilbud. Det kom frem at enkelte informanter hadde større tro på at pasienter med høyere utdanning og jobb kunne lykkes med fysisk aktivitet som en del av hverdagen. Det var motstridende meninger

blant informantene når det gjaldt hvilke pasienter frisklivssentralen egnet seg for. Noen av informantene erfarte at de brukte mer tid på å motivere enkelte pasienter. Disse pasientene ville kanskje ikke bli henvist til frisklivssentral første gang, men heller under neste samtale om livsstilsendring.

Jeg tenker at de typiske pasientene som går til frisklivssentralen, er de som trenger en ekstra dytt i «ræva». Da har jeg kanskje sagt: «Vi har et tilbud til deg, et kommunalt lavterskeltilbud, du kan få prate med en fysioterapeut.» De pasientene som stiller seg positive, tror jeg er de som uansett hadde gjort de endringene som må til (Informant 3).

Det kunne se ut som om enkelte av informantene hadde gjort seg opp en mening rundt hvilke pasienter som var motivert til å mestre en livsstilsendring, og hvilke pasienter som var umotivert for en slik endring.

## Diskusjon

Hensikten med studien var å beskrive fastlegenes erfaringer med frisklivssentral som tiltak for livsstilsendring. Informantene hadde varierte erfaringer. Flere av dem var positive til frisklivssentralen og erfarte at tilbudet representerte god kompetanse og fungerte som et supplement til veiledning de ikke hadde tid til selv. En informant la særlig vekt på at det er positivt at det var et stabilt og vedvarende tilbud. Flere av informantene mente pasientene fikk god hjelp. Det er i tråd med intensjonen om at frisklivssentraler skal gi strukturert og tilpasset veiledning både i grupper og til enkelte individ, for eksempel støtte til fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2016b).

Andre informanter beskrev en skepsis til frisklivssentralen, noe de forklarte med at tilbudet så langt ikke har vist noen dokumentert effekt på folkehelsen. Dette kan ha sammenheng med at forskning på norske frisklivssentraler er et ungt forskningsfelt (Helsedirektoratet, 2016b). Nylig publiserte studier viser at deltakelse ved frisklivssentralenes oppfølgingstilbud gir ingen eller liten gjennomsnittlig endring i deltakernes fysiske aktivitetsnivå på kort og lang sikt, men en vesentlig forbedring i deltakernes helserelaterede livskvalitet (Blom et al., 2020; Samdal et al., 2018a). Videre har tidligere studier vist at deltakere ved frisklivssentraler rapporterer høy grad av psykiske plager sammenlignet med den generelle befolkningen (Sevild et al., 2020). De uttrykker at de har negative erfaringer med tidligere forsøk på livsstilsendring, har opplevd stigma på grunn av sin overvekt og «sitter fast» i gamle vaner (Følling et al., 2015; Salemonsens et al., 2018; Sevild et al., 2020). Deltakerne gir imidlertid uttrykk for at de opplever at de ansatte ved frisklivssentralene gir dem god profesjonell og sosial støtte på veien mot å endre livsstil (Sagsveen et al., 2018; Salemonsens, 2020). I en studie av Sagsveen og medarbeidere (2018) karakteriserte frisklivsdeltakere de ansatte som trygge, dyktige, vennlige, løsningsorienterte og gode til å forklare.

Informantene i vår studie fortalte om ulike erfaringer når det gjaldt kommunikasjon og samarbeid mellom fastleger og frisklivssentralen. På den ene siden beskrev noen informanter at de savnet bedre tilbakemeldinger om pasientene etter en henvisning. Informantene var tydelige på forbedringspotensialet for samarbeidet. For eksempel etterlyste de tilbakemeldinger om gjennomføringen til pasienten på frisklivssentralen. Funnene er i tråd med Båtevik et al. (2008) og Gustavsson et al. (2018), som fant at legene savnet enkle rutiner for henvisning, samtale og tilbakemelding. Tilbakemelding kunne vært løst ved å sende melding til fastlegen om at pasienten deltar på tilbudet, noe som også er anbefalt i Veileder for frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2016b). Nye digitale verktøy som for eksempel elek-



troniske meldinger har vist seg å lette samhandlingen mellom ulike profesjoner og nivå i helsetjenestene (Sandvoll et al., 2020). Det kan se ut som om samarbeidet mellom fastlegen og frisklivssentralen her er preget av det Vik (2018) beskriver som *fragmentert oppgavefordeling* som kjennetegnes av avstand og differensiering. Det mangler fysiske møteplasser mellom profesjonene og kunnskap om hverandres bidrag.

Noen informanter erfarte godt samarbeid med frisklivssentralen. Dette gjaldt særlig kommuner der frisklivssentral og legekantor var samlokalisert. Samlokalisering gjør det lettere for frisklivssentralen å minne legene på at tilbudet finnes, noe som bidrar til flere henvisninger. En slik form for samarbeid kan forklares med Viks (2018) beskrivelse av *relasjonelt samarbeid* som er preget av nærhet og sammenkobling. Helseprofesjonenes ulike forståelsesrammer kommer i kontakt med hverandre, og gjennom møteplasser og dialog utvikles gjensidig kunnskap om hverandres bidrag for å løse felles oppgaver (Vik, 2018).

Våre informanter beskriver videre at de pasientene som aksepterer sin situasjon og ønsker å gjennomføre en livsstilsendring, har positive opplevelser med frisklivssentralen. Det er i tråd med tidligere studier som viser at motiverende intervju og veiledning basert på å fremme autonomi og selvbestemmelse bidrar positivt for å nå målene en har satt seg (Phillips et al., 2016; Samdal et al., 2017). Det er også i tråd med studier som viser at deltakerne ved frisklivssentralene opplever god og kompetent støtte fra de ansatte på veg mot livsstilsendring (Sagsveen et al., 2018; Sevild, Niemiec, et al., 2020). Fastlegene og kommunen skal legge til rette for forebygging av livsstilsykdom og fremming av god helse (Folkehelseloven, 2011; Forskrift om fastlegeordning i kommunen, 2018), men informantene var enige om at det var pasientens ansvar å følge det opp. For å få til livsstilsendring viser det seg å være effektivt med tydelige mål og en motiverende veileder (Samdal et al., 2017). Informantene våre opplevde at pasientene var mer engasjert i egen livsstilsendring dersom informantene var positive og fulgte det opp sammen med frisklivssentralen. Flere studier understreker betydningen av at legen er med på laget (Bolstad, 2015; Kongsvik, 2016; Walseth et al., 2011). Legen kan være en kilde til medisinsk kunnskap og en reflektert partner for diskusjon av årsakene til pasientens situasjon (Walseth et al., 2011). Frisklivssentralene opplever at mange deltakere faller fra før de har gjennomført en tremåneders oppfølgingsperiode (Blom et al., 2020). Sosial støtte og mestringsstro viser seg å være viktig for å greie å fullføre et program og oppnå varige aktivitetsvaner (Eynon et al., 2019). Dersom fastlegen og frisklivssentralen samarbeider om å gi støtte til mestringsstro, kan kanskje flere deltakere greie å gjennomføre en oppfølgingsperiode og endre sine fysiske aktivitetsvaner.

Enkelte av informantene i vår studie mente at frisklivssentralens treningstilbud selekterte pasienter fordi det er gratis og treningen er på dagtid. Det kan se ut som om enkelte informanter hadde forutinntatte holdninger til pasienten fordi de uttrykte at de på forhånd visste hvilken type pasienter som ville lykkes med en livsstilsendring. Informantene beskrev også at enkelte pasienter ikke vil benytte seg av tilbudet fordi de ikke ønsket å bli sammenlignet med *de* som gikk til frisklivssentralen. Studier viser at personer med høyere utdanning og inntekt har større sannsynlighet for å oppfylle anbefalingene for fysisk aktivitet enn de med lav utdanning og inntekt (Hansen et al., 2015). Fysisk aktivitet på resept oppleves å være knyttet til pasienter med lavere status og mindre verdi, og fastleger mener det bør administreres av annet helsepersonell (Persson et al., 2013). Samme studie viste skepsis til en slik resept blant legene og behov for rutiner for å oppnå troverdighet blant leger, samt at det bør bli en del av deres daglige praksis (Persson et al., 2013).

Beskrivelsene fra informantene våre spriket når det gjaldt hvem frisklivssentralen egnet seg for. Noen informanter mente at umotiverte pasienter kunne bli motivert og ha god nytte av tilbudet. Andre informanter mente at pasienter som var motivert, fikk til en livsstilsend-

ring på egen hånd, uansett om de var med på frisklivssentralens tilbud eller ikke. Samdal et al. (2018b) fant at deltakerne var høyt indre motivert ved oppstarten. Likevel økte de ikke sitt fysiske aktivitetsnivå etter oppfølging ved frisklivssentralen. Det var imidlertid hele 80 % av deltakerne som tilfredsstilte anbefalingene før de startet oppfølgingen ved frisklivssentralen, mot 32 % i den generelle befolkningen, noe som tyder på et selektert utvalg i studien (Samdal et al., 2018b). Salemonsens (2020) rapporterte at frisklivsdeltakerne opplevde økt mestringstro og økt motivasjon gjennom støtten de fikk ved frisklivssentralen, aktiv involvering og opplevelsen av små positive endringer. Funnene våre spriker rundt hvorvidt tilbudet egnet seg best for motiverte eller umotiverte pasienter, og viser at det er behov for videre forskning på hvilke målgrupper som har mest nytte av oppfølging ved frisklivssentralen. Fastleger har kunnskaper og erfaringer med stor nytteverdi og bør inkluderes i videreutvikling og forbedring av frisklivssentraler. Samarbeidet mellom leger og frisklivssentraler bør også nærmere utforskes. I tillegg er det behov for kvalitative studier for å utforske erfaringene til brukere som benytter seg av frisklivssentraler.

## Konklusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive hvilke erfaringer fastleger har med frisklivssentraler som tiltak for livsstilsendring. På den ene siden var informantene generelt positive og benyttet seg av frisklivssentraler når deres egen kunnskap og tid ikke strakk til. På den andre siden viste funnene at enkelte informanter var skeptiske på grunn av manglende dokumentert helseeffekt av tilbudet, eller at de erfarte en selektering av deltagere. Informantene begrunnet dette med at tilbudet var på dagtid, og dermed passet for én gruppe mennesker. Informantene savnet også bedre tilbakemelding fra frisklivssentralen om pasienter de hadde henvist. Studien bidrar med kunnskap om fastlegenes erfaringer om samarbeid og kommunikasjon med frisklivssentralen samt deres erfaringer med tilbudet. Resultatene fra studien kan bidra til bevisstgjøring rundt utfordringer for både fastlegene og de ansatte ved frisklivssentralen samt inspirere til videre utvikling av samarbeidet.

## Referanser

- Abildsnes, E., Meland, E., Samdal, G. B., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2016). Stakeholders' expectations of Healthy Life Centers: A focus group study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(7), 709–717. <https://doi.org/10.1177/1403494816655946>.
- Asch, S., Connor, S. E., Hamilton, E. G., & Fox, S. A. (2000). Problems in recruiting community-based physicians for health services research. *Journal of General Internal Medicine*, 15(8), 591–599. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02329.x>.
- Bjorvatn, B., Kristoffersen, E. S., Halvorsen, P. A., Fors, E. A., Nilsen, S., & Rørtveit, G. (2019). Ny infrastruktur for allmennmedisinsk forskning. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 1. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0689>.
- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226613>.
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2020). 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*. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02554-x>.

- Blom, E. E., Aadland, E., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2020). 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). <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.
- Bruset, S., Høye, S., & Haavet, O. R. (2014). «Vi må være litt strengere»; fastlegers holdning til forebyggende helsearbeid. *Utposten*, 47(7), 20–24.
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R., & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. Arbeidsrapport. Høgskulen i Volda.
- Ekornrud, T., & Thonstad, M. (2018). *Frisklivssentralar i kommunane. Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommunar i perioden 2013–2016*. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358702?ts=16557397138>
- Eynon, M., Foad, J., Downey, J., Bowmer, Y., & Mills, H. (2019). Assessing the psychosocial factors associated with adherence to exercise referral schemes: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 29(5), 638–650. <https://doi.org/10.1111/sms.13403>.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) LOV-2011-06-24-29*.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunen. (2018). *Forskrift om fastlegeordning i kommunen (FOR-2012-08-29-842)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Følling, I. S., Solbjør, M., & Helvik, A.-S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change – a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, 16(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z>.
- Galaviz, K. I., Narayan, K. M. V., Lobelo, F., & Weber, M. B. (2015). Lifestyle and the Prevention of Type 2 Diabetes: A Status Report. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(1), 4–20. <https://doi.org/10.1177/1559827615619159>.
- Gustavsson, C., Nordqvist, M., Bröms, K., Jerdén, L., Kallings, L. V., & Wallin, L. (2018). What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? – interview study with primary healthcare staff and management. *BMC Health Services Research*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3021-1>.
- Gaardsrud, P. Ø. (2019). *Styringsdata for fastlegeordningen*. [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202019-4%20\(002\).pdf/\\_attachment/inline/315d017b-f9f8-4e2a-aabd-f1d93a4cf314:78334b754a3365812b823dd25d2b5e8f158a1e15/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202019-4%20\(002\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202019-4%20(002).pdf/_attachment/inline/315d017b-f9f8-4e2a-aabd-f1d93a4cf314:78334b754a3365812b823dd25d2b5e8f158a1e15/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202019-4%20(002).pdf)
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., & Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge*. Nasjonal kartlegging 2014–2015. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/\\_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf)
- 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. <https://doi.org/10.1111/sms.13314>.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* 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/>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Hva er en frisklivssentral?* <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral#historikkfrisklivssentraler>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Veiledere for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. [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%20Veiledere.pdf/\\_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veiledere.pdf](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%20Veiledere.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veiledere.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019a). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Nasjonal veileder (red. Roald Bahr)*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide. Nasjonale faglige råd*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide>
- Kallings, L. V. (2010). *Fysisk aktivitet på recept i Norden -erfarenheter och rekommendationer. Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet*. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/motion-paa-recept/~media/23C9A57C13F146C7A3321C7795B154DC.ashx>
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., ... Vollset, S. E. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 321(19), 1916–1925. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4329>.
- Kongsvik, L. (2016). Fastleger får pasientene opp av sofaen. *Tidsskriftet Den norske legeförening*, 364–365. <https://tidsskriftet.no/2016/02/aktuelt-i-foreningen/fastleger-far-pasientene-opp-av-sofaen>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4 utg)*. Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis (4. utg.)*. Universitetsforlaget.
- Persson, G., Brorsson, A., Ekvall Hansson, E., Troein, M., & Strandberg, E. L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 14(1), 128. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-128>.
- Phillips, N. M., Street, M., & Haesler, E. (2016). A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *BMJ Quality and Safety*, 25(2), 110–107. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004357>.
- 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. <https://doi.org/10.1111/hex.12846>.
- Salemonsens, E. (2020). *A deeper understanding of service users' needs, self-management support and user involvement in Healthy Life Centres. A qualitative study on lifestyle change in spersons with overweight or obesity (ph.d.)*. Universitetet i Stavanger.
- Salemonsens, E., Hansen, B. S., Førland, G., & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived «wrong» lifestyle – a qualitative interview study. *BMC Obesity*, 5(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>.
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2018a). The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 18–27. <https://doi.org/10.1177/1403494818785260>.
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2018b). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 774–781. <https://doi.org/10.1177/1403494818756081>.
- Sandvoll, A. M., Ruud, T., & Sæterbakken, A. H. (2020). Samhandling om kvardagsrehabilitering – ein kvalitativ studie. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1–14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-10>.
- Sevild, C. H., Dyrstad, S. M., & Bru, L. E. (2020). Psychological Distress and Physical-Activity Levels among People Consulting a Healthy Life Centre for Lifestyle Change. *Physical Activity and Health*, 4(1), 76–85. <https://doi.org/10.5334/paah.55>.
- Sevild, C. H., Niemiec, C. P., Bru, L. E., Dyrstad, S. M., & Husebø, A. M. L. (2020). Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1006. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09111-8>.
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge 2016. *Tidsskriftet Den norske legeforsking*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0274>.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>.
- Walseth, L. T., Abildsnes, E., & Schei, E. (2011). Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(2), 99–103. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.553995>.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. (2008). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject*.

## Vedlegg:

### Intervjuguide

1. Kan du fortelle om hvilke erfaringer du har med rådgivning av fysisk aktivitet til egne pasienter?
2. Kan du fortelle om hvilke erfaringer du har med kommunale tilbud som frisklivssentralen?
3. Dersom du benytter deg av frisklivssentral som lege, hvilke erfaringer har du med frisklivssentral som kommunal forebyggende helsetjeneste for livsstilsendring
  - Hvordan erfarer du pasientenes reaksjoner når du henviser til frisklivssentral?
4. Hvilke erfaringer sitter du igjen med etter du har henvist/rådført en ung person versus en eldre person til fysisk aktivitet / frisklivssentral?
5. Hvordan oppfatter du fysisk aktivitet sin legitimitet blant dine kollegaer?
6. Er det noe mer du ønsker å tilføye når det kommer til temaet rådgivning av fysisk aktivitet til egne pasienter?
7. Er det noe mer du ønsker å tilføye når det kommer til temaet frisklivssentral?