

Masteroppgave i

Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid

«Det er lettere når vi er sammen»

En kvalitativ undersøkelse av deltakernes opplevelser av tiden etter et gruppebasert livsstilskurs ved en kommunal frisklivssentral.

Grethe Frank Strand

Juni 2016

SAMMENDRAG

Tittel:	«Det er lettere når vi er sammen»	Dato: 14.6.2016
En kvalitativ undersøkelse av deltakernes opplevelser av tiden etter et gruppebasert livsstilskurs ved en kommunal frisklivssentral.		
Deltaker:	Grethe Frank Strand	
Veileder:	Førsteamanuensis Geir Vegard Berg	
Nøkkelord:	Livsstilsendring, overvekt, sosial støtte, salutogenese, empowerment, frisklivssentral.	
Antall sider: 79	Antall vedlegg: 6	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Formål: Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan deltakere som har deltatt på et gruppebasert livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral, har opplevd tiden etter kurset. Dette for å få kunnskap om hva et slikt tilbud kan bety for deltakernes helse, livsstil og livskvalitet, og for å kunne si noe om i hvilken grad et slikt tilbud kan være et bidrag i det helsefremmende arbeidet i kommunen.</p> <p>Metode: Datainnsamlingen ble foretatt gjennom seks individuelle kvalitative semistrukturerte dybdeintervjuer med deltakere som hadde gjennomført livsstilskurset, seks måneder etter avsluttet kurs. Dataene ble analysert ved hjelp av en konstant komparativ analysemetode.</p> <p>Resultater: Studien viser at gruppetilhørighet er positivt i en endringsprosess. I tillegg er opplevelse av mestring, samt økt kunnskap og bevisstgjøring, sentale faktorer. Likevel opplever mange at livsstilsendring er vanskelig å opprettholde, og at det er utfordrene å takle barrierene underveis.</p> <p>Konklusjon: Det er avgjørende å ha de rette mestringsressursene tilgjengelig når man opplever barrierer i en endringsprosess. Kartlegging og styrking av mestringsressurser kan bidra til at man står bedre rustet til å takle barrierene. Dette kan ha betydning for deltakernes opplevelser av tiden etter et livsstilskurs, som igjen kan ha betydning for deres helse, livsstil og livskvalitet.</p>		

ABSTRACT

Title:	«It's easier when we are together»	Date: 14.6.2016
<p>A qualitative study of participants' experiences during the time following a group based lifestyle intervention program at a municipal Healthy Life Center.</p>		
Participants:	Grethe Frank Strand	
Supervisor:	Førsteamanuensis Geir Vegard Berg	
Keywords:	Lifestyle change, obesity, social support, salutogenesis, empowerment, healthy life center.	
Number of pages: 79	Number of appendix: 6	Availability: Open
<p>Purpose: The purpose of this study was to examine how participants who had participated in a group-based lifestyle intervention, organized by a municipal Healthy Life Center, experienced the time following the intervention. The aim was to gain knowledge of what kind of importance such an intervention might have for the participants' health, lifestyle and quality of life, and to be able to say something about in which extend such an intervention could be a contribution to the health promotion program in the community care system. Method: Data collection was conducted through six individual qualitative semi-structured in-depth interviews with participants, six months after the intervention. The data was analyzed by using a constant comparative analysis method. Results: The study shows that group identity is important in a process of change. Experience of better coping, increased knowledge and extended awareness were also identified as crucial factors. However, several of the participants experienced difficulties in maintaining the lifestyle changes, and that it is challenging to tackle barriers along the way. Conclusion: It is crucial to have the right coping resources available when barriers are emerging in a process of change. Mapping and strengthening of coping resources can help ensure that the participants are better equipped to tackle the challenges that emerge. This may affect how participants' experience the time following a lifestyle intervention, which can be important for their health, lifestyle and quality of life.</p>		

INNHOOLD

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	7
1. Innledning.....	8
1.1 Gruppebasert livsstilskurs.....	8
2. Bakgrunn	11
2.1 Livsstilssykdommer.....	11
2.1.1 Risikofaktorer.....	12
2.2 Folkehelsepolitiske satsningsområder	14
2.2.1 Fysisk aktivitet og kosthold.....	15
2.3 Helsefremmende arbeid	16
2.3.1 Frisklivssentral som helsefremmende arena	17
2.3.2 Salutogenese.....	18
2.3.3 Empowerment	20
2.4 Endring av levevaner	22
2.5 Tidligere forskning	24
2.5.1 Kunnskapsoversikter	25
2.5.2 Aktuelle enkeltstudier	26
2.5.3 Plassering av denne studien i forhold til tidligere forskning.....	28
3. Problemstilling	29
4. Metode.....	30
4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	30
4.2 Metodebeskrivelse	31
4.2.1 Utvalg og rekruttering	31

4.2.2	Datainnsamling.....	33
4.2.3	Analyse.....	34
4.3	Forskerens forforståelse.....	38
4.4	Forskerens rolle – «Forsker i eget felt».....	40
4.5	Etiske refleksjoner	41
5.	Resultat.....	43
5.1	«Å være flere på laget».....	44
5.1.1	Forpliktelse.....	44
5.1.2	Støtte.....	46
5.1.3	Tilhørighet.....	47
5.2	«Det mangler ikke på kunnskap.»	47
5.2.1	Kunnskap.....	48
5.2.2	Bevisstgjøring.....	48
5.3	«Jeg syns jo det er gøy».....	49
5.3.1	Motivasjon.....	49
5.3.2	Mestring	50
5.3.3	Fremgang.....	51
5.4	«Men så sklir det ut»	52
5.4.1	Barrierer	52
5.4.2	Veien videre	53
6.	Diskusjon.....	55
6.1	Resultatdiskusjon.....	55
6.1.1	Sosial støtte – en avgjørende faktor	55
6.1.2	Kunnskap og bevisstgjøring er også viktig	58
6.1.3	Mestring gir motivasjon	59

6.1.4	Når barrierene tar overhånd.....	61
6.1.5	Funnenes betydning og implikasjoner for praksis.....	62
6.2	Metodediskusjon.....	65
6.2.1	Forskerrollen	65
6.2.2	Metodisk og analytisk tilnærming.....	67
7.	Konklusjon	70
8.	Referanser.....	71

Antall ord: 21 658

Vedleggsoversikt:

1. Intervjuguide
2. Tabell over aktuelle kategorier
3. Kategoriskjema (eksempel)
4. Søknad til NSD
5. NSD godkjenning
6. Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

FORORD

Denne masteroppgaven symboliserer avslutningen på fire og et halvt år med læring og nysgjerrighet, glede og frustrasjon. Jeg føler meg privilegert som har fått muligheten til å bruke tid og energi på et slikt selvutviklingsprosjekt som et masterstudium er. Nå er jeg veldig stolt over å kunne levere oppgaven, og jeg er veldig takknemlig overfor de som har bidratt til å gjøre dette mulig.

Takk til veileder Geir V. Berg for god støtte og veiledning gjennom hele prosessen.

Takk til informanter og ansatte ved frisklivssentralen.

Takk til LHL-klinikkene Feiring som har gitt meg denne muligheten.

Takk til Hanne, min flotte venninne og kollega, for gode råd, støtte og oppmuntring underveis. Dine tilbakemeldinger har vært uvurderlige!

Takk til familie og svigerfamilie for alt dere har bidratt med og all interessen dere har vist!

Og tusen millioner takk til min fantastiske mann! Uten din tålmodighet, toleranse og støtte hadde jeg ikke kommet i mål.

14. juni 2016

Grethe Frank Strand

1. INNLEDNING

Denne masteroppgaven i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid er skrevet på bakgrunn av en kvalitativ undersøkelse blant tidligere deltakere ved en kommunal frisklivssentral.

Frisklivssentraler er en forebyggende helsetjeneste som skal tilby kunnskapsbasert og effektiv hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom og helseplager. Selv om det ikke er en lovpålagt tjeneste, anbefaler Helsedirektoratet at kommunene etablerer frisklivssentraler. Dette fordi det er sett på som en hensiktsmessig måte å organisere lovpålagte helsefremmende og forebyggende helsetjenester på.

Undersøkelsen som ligger til grunn for denne masteroppgaven, heretter kalt studien, ble gjennomført som en oppfølging av et gruppebasert livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral. Livsstilskurs er en betegnelse som brukes av mange ulike aktører overfor flere ulike målgrupper. I denne studien handler det om et gruppebasert tiltak for å bidra til endring av levevaner for overvektige personer, spesielt knyttet til kosthold og fysisk aktivitet.

Studien ble gjennomført av masterstudent Grethe Frank Strand, heretter omtalt som forsker, som selv var involvert i planlegging og gjennomføring av livsstilskurset. Forskers faglige bakgrunn er en bachelorgrad i fysisk aktivitet og helse fra 2007, og flere års erfaring fra arbeid med rehabilitering av hjertepasienter.

Under følger en beskrivelse av det aktuelle livsstilskurset.

1.1 Gruppebasert livsstilskurs

I 2014 ble det i samarbeid mellom en frisklivssentral på det sentrale Østlandet og forsker, planlagt og gjennomført et gruppebasert livsstilskurs ved frisklivssentralen. Målgruppen for tilbudet var overvektige personer ($KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) i arbeidsfør alder, som var i stand til å delta i gruppeaktiviteter, og som var motivert for livsstilsendringer. Tanken bak prosjektet var at et intensivt gruppebasert tilbud i regi av frisklivssentralen, kunne bidra til en livsstilsendingsprosess for deltakerne. Tett oppfølging gjennom deltakelse på kurset, samtidig som de fikk implementert livsstilsendringer i hverdagen, var tenkt å være en nyttig intervensjon.

Livsstilskurset gikk over én reseptperiode (12 uker), med fokus på bedre helse gjennom en sunn livsstil. Gjennom undervisning, erfaringsutveksling og gruppetrening, fikk deltakerne hjelp til å starte en livsstilsendring og komme i gang med vektreduksjon. Det var fokus på at det var et livsstilskurs, og ikke et slankekurs. Målet var å gi deltakerne en innføring i ulike temaer knyttet til helse og livsstilsendring, og legge til rette for gode erfaringer knyttet til fysisk aktivitet.

Deltakerne ble rekruttert gjennom annonser i lokalavisen og oppslag på legesentre etc. Alle interesserte fikk en individuell helsesamtale ved frisklivssentralen. Helsesamtalen ble brukt til å kartlegge deltakernes situasjon og motivasjon, og var med på å bestemme om deltakerne var egnet for deltakelse i gruppetilbudet, eller om det var andre tilbud ved frisklivssentralen som var mer passende. Det var god respons på markedsføringen, og mange var interessert i tilbudet. 15 deltakere fikk tilbud om plass, og 14 fullførte kurset.

Kurset bestod av en ukentlig kurskveld (strukturkurs) med påfølgende trening, samt to ukentlige treninger. Deltakerne møttes altså tre ganger i uken over 12 uker. Temaene på strukturkurset var kosthold, fysisk aktivitet, «tankens kraft», «veien videre», motivasjon, søvn/hvile og mindfulness/yoga/avspenning. På strukturkurset var det fokus på å jobbe med målsetninger og at deltakerne skulle få eierskap til prosessen rundt egen livsstilsendring. Planlegging og bevisstgjøring gikk igjen som viktige stikkord gjennom strukturkurset. Erfaringsutveksling var også et sentralt element i strukturkurset. Treningene var hovedsakelig høyintensiv styrke- og kondisjonstrening med variert innhold. Én trening per uke ble gjennomført på et lokalt treningssenter, med instruktører derfra. Treningssenteret var en sentral samarbeidspartner i prosjektet.

Evalueringene av kurset viste at livsstilskurset var både gjennomførbart og effektivt, og at det imøtekom et behov i befolkningen. Deltakerne var fornøyd med kurset, flere gikk ned i vekt, og mange rapporterte endrede vaner knyttet til fysisk aktivitet og kosthold.

Alle deltakerne ved livsstilskurset fikk tilbud om en individuell helsesamtale etter at kurset var avsluttet. Utover dette har det ikke vært noe tilbud om oppfølging i regi av den kommunale frisklivssentralen. Noen av deltakerne har hatt personlige avtaler med frisklivssentralen om regelmessig veiing i etterkant av kurset. Deltakerne fikk også mulighet til å fortsette trening på treningssenteret til en redusert pris i 12 uker etter at kurset var ferdig.

En av de personlige trenerne (PT) ved treningssenteret tok i tillegg initiativ til en PT-gruppe, der deltakerne fikk tilbud om å fortsette å trene sammen én gang per uke mot en kursavgift.

Allerede i planleggingsfasen av livsstilskurset, var det tanker om at det ville være spennende å se hvordan det gikk deltakerne i tiden etter kurset. Når den positive evalueringen forelå, ble ønsket om å se hvordan det hadde gått med deltakerne i etterkant av kurset forsterket. Hvilken betydning hadde kurset *faktisk* hatt for deltakerne? Hadde kurset gjort noen forskjell for deltakernes helse og livskvalitet? Hvordan hadde deltakerne opplevd overgangen fra kurs til hverdag, og hvordan hadde tiden etter kurset vært? Hadde de klart å opprettholde livsstilsendringene?

Denne studien har som formål å besvare noen av disse spørsmålene.

2. BAKGRUNN

I dette kapittelet presenteres den teoretiske referanserammen og tidligere forskning.

Salutogenese og empowerment er sentrale prinsipper innen arbeidet ved frisklivssentralene, og samtidig sentrale begreper innen helsefremmende arbeid. Dette vil danne den teoretiske referanserammen for denne studien.

For å sette studien inn i en folkehelsepolitisk kontekst, vil de to første avsnittene ta for seg helsetilstanden i Norge og aktuelle folkehelsepolitiske satsningsområder. Det tredje avsnittet presenterer den helsefremmende tilnærmingen, med fokus på salutogenese og empowerment. Fjerde avsnitt omhandler arbeid med endring av levevaner og hvordan salutogenese og empowerment kan gjøre seg gjeldene i dette arbeidet.

De to siste avsnittene i dette kapittelet gir en presentasjon av tidligere forskning på området, og forsøker å plassere denne studien i forhold til dette.

2.1 Livsstilssykdommer

Helsetilstanden i den norske befolkningen er god. De siste tiårene har vært preget av en bedring av velferden i samfunnet, som igjen har hatt stor betydning for å bedre befolkningens helse. Det vi nå står overfor, både i Norge og ellers i verden, er en økende forekomst av sykdommer som i mange tilfeller er knyttet til livsstil, til hva vi spiser og drikker, og til fysisk aktivitet. Disse livsstilssykdommene¹ er først og fremst hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft, og det er disse sykdommene som preger sykdomsbildet i Norge i dag (Helse- og omsorgsdepartementet 2015b). Dette er sykdommer som er viktige årsaker til både tidlig død og tapte kvalitetsjusterte leveår i befolkningen, og som kan få avgjørende betydning for folkehelsen i årene fremover. Økningen i forekomst av disse sykdommene har sammenheng med at vi lever lengre, samtidig som utviklingen har vært preget av samfunnsmessige endringer som påvirker våre levevaner (Folkehelseinstituttet 2014). Derfor er det viktig med målrettet arbeid og gode tiltak innen forebyggende og helsefremmende arbeid, særlig innen kommunehelsetjenesten.

¹ «Livsstilssykdommer» brukes i denne oppgaven som begrep når det henvises til sykdommer som er påvirket av samfunnsforhold eller den enkeltes livsstil. Verdens helseorganisasjon (WHO) bruker betegnelsen «non-communicable disease» (NCD) om slike sykdommer, som ikke skyldes smitte. Det oversettes vanligvis til norsk med «ikke-smittsomme sykdommer».

2.1.1 Risikofaktorer

Fysisk inaktivitet, usunt kosthold og overvekt er noen av de viktigste risikofaktorene for utvikling av en rekke livsstilssykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a).

Overvekt og fedme er i rask vekst i den utviklede verden i dag, og i noen land er forekomsten av fedme fordoblet i løpet av få år (Wilkinson og Pickett 2011). Også i Norge er overvekt og fedme sterkt økende i befolkningen (Helsedirektoratet 2011; Helse- og omsorgsdepartementet 2013a). Om lag 17 % av kvinner og 20 % av menn i alderen 40-45 år hadde fedme ($KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$)². Dersom vi inkluderer alle med $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$, ser vi at vel halvparten av norske 40-45 åringer har overvekt eller fedme (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a). Et av de forholdene vi må sette fokus på, er derfor forebygging og behandling av overvekt. Dette innebærer tiltak både på samfunnsnivå og individnivå (Helsedirektoratet 2011).

Overordnet kan vi si at overvekt og fedme skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Utvikling av overvekt og fedme henger derfor først og fremst sammen med manglende daglig fysisk aktivitet og et uheldig kosthold (Helsedirektoratet 2011).

Når det gjelder aktivitetsnivå, er det kun 30 % av den voksne befolkningen i Norge som oppfyller de nasjonale anbefalingene om 150 minutter moderat fysisk aktivitet per uke. Samtidig bruker vi stadig mer tid på stillesittende aktiviteter i bil, på jobb og hjemme (Folkehelseinstituttet 2014). Lavt aktivitetsnivå og økt grad av stillesitting er en svært uheldig utvikling, da inaktivitet³ en selvstendig risikofaktor for en rekke livsstilssykdommer. I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er fysisk inaktivitet den fjerde største risikofaktoren for ikke-smittsomme sykdommer. Det vil si at det er en større risikofaktor enn høyt blodtrykk og høyt blodsukker (Folkehelseinstituttet 2014). Fysisk inaktivitet er derfor blant fremtidens store helseutfordringer (Ommundsen og Aadland 2009).

Kostholdet i Norge inneholder fortsatt for mye mettet fett, sukker og salt, og for lite grove kornprodukter, grønnsaker, frukt og fisk (Folkehelseinstituttet 2014). De norske kostholdsrådene anbefaler et kosthold som hovedsakelig baserer seg på plantekost, med mye grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk, og mindre mengder rødt kjøtt, salt, tilsatt sukker og

² KMI (kroppsmasseindeks) er vekten i kg dividert med kvadratet av høyden i meter. KMI brukes til å angi grensene for normalvekt og vekt som kan representere sykdomsrisiko. WHO klassifiserer $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ som overvekt og $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ som fedme.

³ Inaktivitet er definert som å ikke oppnå dagens nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet (Ommundsen og Aadland 2009).

energirike matvarer. Et mer plantebasert kosthold kan være med på å forebygge livsstilssykdommer.

Samtidig vet vi at årsaken til overvekt er en kombinasjon av arv og miljø. Vi har ulike genetiske forutsetninger i forhold til fedmeutvikling, men det er miljøet og levevanene, inkludert oppvekstforhold, livsvilkår og psykologiske forhold/belastninger, som avgjør om vi utvikler overvekt og fedme. Miljøet og levevanene har endret seg dramatisk de siste tiårene, og de ytre faktorene som har betydning for den enkeltes reelle valgmuligheter er endret (Helsedirektoratet 2011).

Det er også økende sosiale helseforskjellene her i landet. Dette ser man blant annet når det gjelder forekomst av overvekt, aktivitetsnivå og etterlevelse av kostholdsanbefalingene. Personer med lengre utdanning og høyere inntekt er ofte mer fysisk aktivitet, har et sunnere kosthold, og de er sjeldnere overvektige. Forekomsten av overvekt er også høyere i distriktene enn i byene (Helsedirektoratet 2011; Helse- og omsorgsdepartementet 2013a; Folkehelseinstituttet 2014). Det har vært undersøkt om det er ulikheter i mosjonsmønster og matinntak som utgjør den sosiale forskjellen når det gjelder overvekt, men forskningen viser sprikende resultater. Mosjon og matinntak er derfor bare en del av forklaringsbildet. Stress er også en viktig faktor, da man ser at stressnivå påvirker hvordan kroppen reagerer på mat, hvor høyt matinntaket er og valget av matvarer (Wilkinson og Pickett 2011).

Vi snakker også om ulike lag av påvirkningsfaktorer når det gjelder den sosiale fordelingen av helse og livsstil. Dette såkalte «sosiale helsedeterminant-perspektivet» har vært det dominerende perspektivet på dette feltet de siste tiårene (Dahl, Bergli og Wel 2014). Dette handler om en årsaksforklaring av sosial ulikhet i helse som sier at det er forhold ved og i samfunnet som er bestemmende for – determinerer – hva slags gjennomsnittlig helse vi finner i de ulike gruppene i det sosioøkonomiske hierarkiet. Disse forholdene er for eksempel *ressurser*, sånn som inntekt, kontroll over eget liv, sosial støtte, men også *ulemper og påkjenninger* som stress, usunne helsevaner, ulykker osv., og slike forhold er systematisk skjevfordelt i samfunnet (Dahl, Bergli og Wel 2014). Sosial ulikhet i helse handler derfor ikke bare om personlige egenskaper, men også om samfunnsforhold, miljø og levekår som er med på å prege de personlige valgene. Samfunnsforhold er dermed med på å fremme helse på den ene siden, og øke risiko for sykdom på den andre siden.

Et viktig element i dagens folkehelsepolitikk er derfor å styrke enkeltindividet og den enkeltes mestringsevne, samtidig som det må rettes stor innsats mot å skape et samfunn der helsevennlige valg er enklere å ta (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a).

2.2 Folkehelsepolitiske satsningsområder

Det er kommet flere stortingsmeldinger de siste årene, som har vært med på å legge føringer for folkehelsearbeidet her i landet. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), Folkehelsemeldingen: god helse felles ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a) og Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet 2013b), har alle fremmet en økt satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid, helhetlige tjenester og pasientene i sentrum. Det er også en tydelig dreining mot en innsats for å styrke den enkeltes mestringsevne, og mot at primærhelsetjenesten skal ha et større ansvar. Dette ser vi gjennom de to siste stortingsmeldingene som har kommet; Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) og Fremtidens primærhelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet 2015b).

I den nyeste folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a, s.14) sier Regjeringen at det er bred tverrpolitisk enighet om de overordnede rammene og de nasjonale målene for folkehelsepolitikken:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder.
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller.
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

Norge har også sluttet seg til WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) med 25 % innen 2025. Forebyggende tiltak for å redusere risiko for utvikling av disse sykdommene vil derfor være av stor betydning. Regjeringen ønsker å gjøre det enklere for folk å ta helsevennlige og sunne valg, og samfunnet må legge forholdene til rette slik at dette blir enklere for alle (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a). Dette innebærer at folk beholder friheten til å velge, samtidig som de helsevennlige valgene gjøres mer attraktive og lettere tilgjengelig.

Voksne mennesker må i utgangspunktet ta ansvar for eget liv og helse. Samtidig vet vi at det er mange forhold utenfor den enkeltes kontroll som er av stor betydning for helse og livskvalitet. Gjennom å styrke enkeltindividet og den enkeltes mestringsevne, kan vi skape forutsetninger for å mestre utfordringer og ta i bruk muligheter som livet byr på. Det handler om å finne den riktige balansen mellom den enkeltes ansvar for eget liv og myndighetenes ansvar for å skape mest mulige like forutsetninger. Fysisk aktivitet og kosthold trekkes frem som to av satsningsområdene i dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a).

2.2.1 Fysisk aktivitet og kosthold

Fysisk aktivitet er et viktig tiltak for å fremme helse og forebygge livsstilssykdommer for alle aldersgrupper (Folkehelseinstituttet 2014). WHO har estimert at endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner kan forebygge 80 % av hjerteinfarkt, 90 % av type 2-diabetes og over 30 % av kreft.

Fysisk aktivitet har positive effekter både med tanke på levetid og livskvalitet, sammenlignet med inaktivitet eller stillesitting. Dette betyr at fysisk aktivitet kan gi flere leveår med god helse, såkalte kvalitetsjusterte leveår. Det er derfor viktig å legge til rette for mer fysisk aktivitet og mindre stillesitting i befolkningen generelt.

De positive effektene er økende med økende nivå av fysisk aktivitet, også utover de nasjonale anbefalingene på 150 minutter per uke. I et livsløpsperspektiv er det beregnet at en fysisk inaktiv person kan vinne drøyt åtte leveår med god helse ved å øke aktivitetsnivået fra inaktiv til aktiv. Det er derfor spesielt viktig å få de som er helt inaktive å bli litt mer aktive. Hvis aktivitetsnivået økes ytterligere, vil gevinsten kunne dobles til 16 leveår med god helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a).

I den nyeste Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015a) står det at regjeringen vil legge større vekt på kommunikasjon for å motivere til fysisk aktivitet, stimulere flere til å gå og sykle, og legge til rette for at skolene sikrer daglig fysisk aktivitet for elevene. Frisklivssentralene har en sentral rolle i dette arbeidet. Treningssentrene nevnes også som en viktig aktør. De har en kompetanse som gjør dem til en svært aktuell samarbeidspartner for den kommunale helse- og omsorgstjenesten om aktivitetstilbud under kyndig veiledning.

De største ernæringspolitiske utfordringene i tiden fremover, er å klare å øke forbruket av frukt, grønnsaker og grove kornprodukter, redusere inntaket av mettet fett og salt, samt å redusere inntaket av sukker blant barn og unge (Helsedirektoratet 2015). Dersom vi følger de nasjonale kostholdsradene, kan vi redusere risikoen for de fleste ikke-smittsomme sykdommer. Det er behov for systematiske tiltak rettet mot hele befolkningen, tiltak rettet mot spesielle grupper, samt individuelle tiltak for at befolkningen skal kunne sikres et balansert kosthold uten ernæringsmessige mangler.

2.3 Helsefremmende arbeid

Utviklingen av helsefremmende arbeid var et resultat av behovet for å sette fokus på miljømessige så vel som atferdsmessige faktorer for helse, såkalte «oppstrømsfaktorer» (Green og Tones 2010). Det var behov for å distansere det helsefremmende arbeidet fra den medisinske diskursen som tidligere dominerte helse- og sykdomsarbeidet. WHO har vært hatt en sentral rolle i denne utviklingen, og definerer helsefremmende arbeid som prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over, og til å forbedre, sin egen helse (WHO 2016). Det presiseres at helsefremmende arbeid beveger seg utover et fokus på individuell atferd, mot et bredt spekter av sosiale og miljømessige tiltak.

Begrepet «oppstrømsfaktorer» kommer fra metaforen helsens eller livets elv, som tradisjonelt er blitt benyttet for å beskrive forskjellen mellom den biomedisinske modellen og folkehelsemodellen. Elven flyter gjennom livslandskapet, og ender med en foss nederst i elven. Langs elveløpet er det ulike stadier. Nederst i elven, ved fossen, driver man med terapi og behandling. Litt lengre opp driver man med beskyttelse og sykdomsforebyggende arbeid. Enda litt lengre opp i elven driver man helseopplysning, og helt øverst i elven driver man helsefremmende arbeid. Det helsefremmende arbeidet har et annet perspektiv enn de andre stadiene, ved at ressurser *for* helse kommer i fokus fremfor risiko og sykdom. Man retter oppmerksomheten «oppstrøms» på jakt etter ressurser som er viktig på veien mot bedre helse, velvære og livskvalitet (Lindström og Eriksson 2015). Denne salutogene tilnærmingen er, sammen med idealet om bemyndigelse, det som kjennetegner helsefremmende arbeid.

En av hensiktene med satsningen på helsefremmende arbeid, er å få til en venstreforskyvning av innsatsen i helsevesenet, slik at mer av ressursene kan brukes på forebyggende og helsefremmende arbeid. En slik reorientering av helsetjenestene ble fremhevet som et av fem

hovedsatsningsområder innen helsefremmende arbeid allerede i Ottawa Charteret i 1986 (Green og Tones 2010). Dette er nå 30 år siden, men stadig like aktuelt. Samtidig jobber WHO jobber kontinuerlig med utvikling innen det globale helsefremmende arbeidet. Blant dagens satsningsområder, finner vi det å fremme helsevennlig livsstil og helsevennlige settinger (WHO 2016).

Det er gjennom de siste årenes reformarbeid i norsk helsevesen lagt føringer for at det skal være økt fokus på helsefremmende arbeid, også i kommunehelsetjenesten. Oppmerksomheten skal i større grad rettes mot en helhetlig tilnærming, der mestring, livskvalitet og brukernes ressurser står i sentrum (Haugan og Rannestad 2014). Gjennom å gi tilbud om regelmessig fysisk aktivitet og endring av kostvaner, kan frisklivssentralene være en viktig bidragsyter i dette arbeidet (Helsedirektoratet 2013).

2.3.1 Frisklivssentral som helsefremmende arena

Frisklivssentralene skal sørge for et lavterskeltilbud til kommunens befolkning. De skal bidra til en venstreforskyving av helsetjenesten, mot mer forebygging og mindre behandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Som beskrevet over, er det en nasjonal satsning på at den helsefremmende og forebyggende innsatsen skal styrkes, for å hindre at sykdom oppstår og utvikler seg. Hvis forebyggende tiltak settes inn så tidlig som mulig, slik at sykdom unngås, utsettes eller reduseres, vil det kunne føre til både helsegevinst for befolkningen og en samfunnsøkonomisk gevinst (Helsedirektoratet 2011). Frisklivssentralene er et viktig bidrag i dette arbeidet, og alle kommuner oppfordres til å etablere frisklivssentraler (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a; Helsedirektoratet 2013). En rapport som Statistisk sentralbyrå har skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet viser at frisklivssentralene fungerer godt i de kommunene der tilbudet er etablert (Ekornrud og Thonstad 2016).

Frisklivssentralen skal gi hjelp til å starte en endringsprosess for personer som har behov for støtte til endring av levevaner på grunn av økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom (Helsedirektoratet 2013). Deltakere kan henvises til frisklivssentralen via en frisklivsresept som gir tilgang til et tidsbegrenset, tilpasset, strukturert veilednings- og oppfølgingstilbud i 12 uker. Ulike helsefaglige profesjoner kan skrive henvisning. Deltakere kan også selv ta direkte kontakt med frisklivssentralen.

Empowerment og salutogenese er grunnleggende prinsipper i helsefremmende arbeid. Dette er prinsipper som også frisklivssentralene skal arbeidet etter (Helsedirektoratet 2013). Målet med arbeidet er å styrke individets motivasjon til endring. Frisklivssentralen skal, gjennom å styrke positive helsefaktorer, bidra til å øke individets mestringsfølelse, kapasitet og funksjon. Målet er at flere skal kunne oppnå bedre helseatferd.

Skal man hjelpe personer som ønsker livsstilsendring, er det viktig at det er individet selv som er den aktive, og som eier endringsprosessene. Arbeidet i frisklivssentralene skal bidra til å styrke deltakeren som aktør i eget liv. Tiltakene skal gi økt tillit til egen mestring, opplevelse av indre motivasjon, tilhørighet og autonomi, samt bedre funksjonsevne og bedre fysisk/psykisk helse. Det er fokus på å se hele mennesket og ulike livsområder i en sammenheng.

2.3.2 Salutogenese

Salutogenese handler om å ha fokus på det friske og det som fremmer helse, fremfor sykdom og risikofaktorer (Green og Tones 2010). Denne tankegangen ble introdusert av den medisinske sosiologen Aron Antonovsky på slutten av 1970-tallet, og allerede midt på 90-tallet var det klart at salutogenese ville komme til å danne et solid teoretisk rammeverk for helsefremmende arbeid. I dag finnes det solid evidens for at helsefremmende arbeid kan være effektivt hvis det drives på en salutogen måte (Lindström og Eriksson 2015).

Antonovsky var opptatt av hvilke ressurser, betingelser og faktorer som er viktig for å utvikle god helse. Salutogenese handler om å identifisere faktorer som er assosiert med mestring og som kan fungere som buffere mot påvirkning av stressorer. Stressorer er et begrep som ble innført av Antonovsky. Det kan for eksempel være sykdom, dårlige livsforhold eller problemer i familiesituasjonen. Stressorer skaper spenning som må håndteres. Gir man etter for stressorer kan man oppleve at man beveger seg mot dårligere helse, mens man beveger seg mot god helse dersom man takler stressorer (Lindström og Eriksson 2015).

Det man beveger seg på, er i følge Antonovsky et kontinuum mellom helse og uhelse. Det vil si en horisontal linje mellom den subjektive opplevelsen av dårlig helse og den subjektive opplevelsen av god helse. Alle mennesker befinner seg et sted på denne linjen, og Antonovsky var overbevist om at opplevelse av sammenheng (OAS) er avgjørende for at en person bevarer sin plassering på kontinuumet, og eventuelt beveger seg i retning av helseenden (Antonovsky 2012). OAS er et nøkkelbegrep innen salutogenese, som gir uttrykk

for i hvilken grad en har tillit til at verden og livet kan betraktes som forståelig, håndterbart og meningsfullt. Personer med en sterk OAS skårer i følge Antonovsky høyt på disse tre komponentene. En sterk OAS gjør individet i stand til å velge mellom ulike strategier for å løse forskjellige problemer eller håndtere hendelser i livet (Lindström og Eriksson 2015).

Antonovsky introduserte også begrepet «generelle motstandsressurser», og definerte det som «fenomener som skaper komplekser av livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom over- og underbelastning» (Antonovsky 2012, s. 42). Gjentatte slike livsopplevelser vil styrke OAS.

Langeland (2011) henviser til Antonovsky, men bruker begrepet «mestringsressurser». Hun skriver at personlige og kollektive mestringsressurser er med på å fremme personens evne til å stå oppreist i krevende situasjoner. Dersom man opplever å ha store mestringsressurser tilgjengelig, vil man ha sterkere OAS og oppleve høyere grad av helse. Eksempler på slike mestringsressurser er kultur, sosial støtte, religion og verdier, fysiske og biokjemiske ressurser, materielle verdier, kontinuitet, oversikt og kontroll, mestringsstrategier, kunnskap og intelligens, og egoidentitet (Langeland 2011, s.212).

Langeland (2011) skriver også at mestringsressurser og OAS er gjensidig forbundet og kan forsterke hverandre. En sterk OAS gjør personen i stand til å mobilisere og nyttiggjøre seg de mestringsressursene hun/han har tilgjengelig. Samtidig vil passende utfordringer være med på å styrke OAS:

Når en person opplever at det er samsvar mellom de personlige og de kollektive mestringsressursene hun/han har, og de forventningene, ønsker og krav som kommer fra henne/ham selv og omgivelsene, møter hun/han passende utfordringer. Når man opplever passende utfordringer i dagliglivet, bidrar livserfaringene til å styrke OAS og bevege personene mot en høyere grad av mestring, helse og velvære (Langeland 2011, s. 214).

Hovedmålet med en salutogen tilnærming, vil ifølge Langeland (2011) være at personen skal få økt innsikt i egen mestringsevne. Dette skjer gjennom økt bevisstheten om eget potensial, hvilke ressurser han/hun har, og hvordan disse kan tas i bruk ved passende utfordringer.

I følge Lindström og Eriksson (2015, s. 30), må minst fire av de generelle motstandsressursene være tilgjengelige for å kunne utvikle en sterk OAS; meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner. Dette er ressurser som ikke bare må være tilgjengelige, men man må kunne bruke dem på en måte som gagnar helsen.

Det er også en sammenheng mellom OAS og helseatferd, eller det som Antonovsky kalte «orientering mot sunnhet og helse» (Lindström og Eriksson 2015). En sterk OAS predikerer sunn helseatferd som fysisk aktivitet og sunne matvaner. En «orientering mot sunnhet og helse» fungerer også som en motstandsressurs, som sammen med andre generelle motstandsressurser, er med på å utvikle en sterk OAS.

Antonovsky var også opptatt av at samfunnet har ansvar for å legge til rette for utvikling av mestring og OAS. En salutogen tankegang vil i helsepolitisk sammenheng kunne danne grunnlag for å realisere visjoner som «Helse for alle», og det vil kunne danne politiske rammer for å skape et helsefremmende samfunn med en orientering mot sunnhet og helse (Lindström og Eriksson 2015). For å få til dette, må man ha fokus på eksisterende og nye motstandsressurser, og gjøre befolkningen oppmerksomme på dem og i stand til å bruke dem. Lindström og Eriksson (2015, s. 60) referer til Antonovsky som sa at «God mestring er til sjunde og sist ikke et spørsmål om individuell valgfrihet; nøkkelen ligger i samfunnet og mennesker som har omsorg for hverandre». Den salutogene tankegangen er altså sentral for helsefremmende og forebyggende arbeid både på individnivå og på samfunnsnivå (Moksnes 2014).

2.3.3 Empowerment

Empowerment ble i Ottawa-charteret i 1986 omtalt som en prosess som setter folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse (Strøm og Fagermoen 2011). I denne forståelsen, er empowerment et prinsipp som skal sikre den enkelte bruker eller mottaker av tjenester mulighet for innflytelse i saker som angår vedkommende og dens liv.

Begrepet empowerment er blitt svært populært, men det er likevel et diffust begrep i følge Askheim og Starrin (2007). Empowerment handler om styrke, makt og kraft, og henviser også til fenomener som selvtillit, sosial støtte, stolthet, delaktighet, egenkontroll, kompetanse,

samarbeid og deltakelse. Det handler om at personer eller grupper som er i en avmaktssituasjon skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. Empowerment blir dermed både målsetning og virkemiddel (Askheim 2007).

I følge Askheim (2007) kan vi blant annet se på empowerment som etablering av motmakt. Det handler om økt selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og bedre ferdigheter. En bevissthet hos den enkelte rundt sammenhengen mellom egen situasjon og ytre samfunnsmessige forhold, og om at andre i samme situasjon også opplever følelse av avmakt, kan skape grobunn for handling. Empowerment kan også sees på som en terapeutisk posisjon der målet er å utvikle enkeltindividenes personlige ressurser, og sette dem i stand til å fjerne blokkeringer som hindrer dem i å realisere grunnleggende målsetninger (Askheim 2007).

Empowerment er forsøkt oversatt til norsk med ulike begreper. Meningsinnholdet i begrepet ivaretas best av ved oversettelsen bemyndigelse eller myndiggjøring i følge Stang (2003). Det handler om å gi makt til, i betydningen å bidra til å motvirke maktesløshet eller lært hjelpeløshet. Stang (2003, s.149) skriver at «velferdsstaten har mye av sitt legitimitetsgrunnlag i å støtte og hjelpe mennesker som opplever maktesløshet, og det er av stor betydning om dette skjer på bemyndigende eller paternalistisk vis».

Empowerment-tankegangen er med på å fremme folks motivasjon og muligheter til å delta aktivt, og være engasjerte. En viktig forutsetning for å få til dette er å skape fora for dialog, der brukernes meninger, erfaringer og opplevelser kommer frem, og hvor omfordelingen av makt mellom fagpersonell og brukere kan skje. Dialog mellom brukerne og fagfolk kan i tillegg til omfordelingen av makt, stimulere brukere til å ta i bruk egne ressurser for å løse problemer (Branstad 2003).

Å ta i bruk og styrke egne ressurser, kan igjen være med på å øke mestringstroen som er viktig for å lykkes med livsstilsendringer. Green og Tones (2010, s. 46) viser til en «participation and empowerment gradient» som sier at brukere/grupper som får delta og ha innflytelse vil oppleve høyere grad av empowerment.

Av de som historisk har vært opptatt av empowerment, finner vi blant annet Paulo Freire, og hans teori om de undertryktes pedagogikk (Freire 1999). Freire benyttet ikke begrepet empowerment, men var opptatt av at mennesker må bli bevisst seg selv og sin hverdag. Mennesker må sikres veiledning og støtte, og bli møtt med tillit og forventning (Nordland

1999). Målet er at ethvert menneske skal ta sine muligheter i bruk, og at de skal involveres i prosessen rundt forandring. Reel deltakelse vil skape engasjement i følge Freire (1999).

Freire (1999, s. 73) mener at dialogen ikke kan reduseres til en handling der en person overfører ideer til en annen. Dette understrekes av Branstad (2003, s.163) som skriver om at det som kjennetegner dialog er utveksling av perspektiver og gjensidig innflytelse. Dialogen står slik sett i kontrast til monologen, der man sender ut et budskap til målgruppen uten av men venter svar tilbake. Moderne helseopplysningskampanjer innen sykdomsforebyggende arbeid har tradisjonelt vært monologiske, ved at man har benyttet plakater og massemedier (Branstad 2003). Denne formen for helseopplysning blir da en paternalistisk måte å drive velferdsarbeid på (Stang 2003). I moderne helsefremmende arbeid er det derimot fokus på at ekspertenes rolle legges til side for at brukernes kompetanse skal komme frem (Branstad 2003). Mennesket forstås som et aktivt handlende subjekt, som vil og kan sitt eget beste om forholdene ligger til rette for det (Strøm og Fagermoen 2011). Vi kan da snakke om å drive velferdsarbeid på mer bemyndigende vis.

Vi må samtidig være oppmerksomme på at det å sette hovedfokus på den enkeltes muligheter, kan bidra til å skape skyldfølelse hos den som ikke klarer å oppnå det han eller hun ønsker og har som mål. Empowermenttenkningen kan bidra til et for stort fokus på aktørene, mens de strukturelle forholdenes betydning underkommuniseres (Rønning 2007). Det er viktig å huske på at aktør og struktur henger sammen, og livsstil er slik sett et produkt av både individuelle faktorer og samfunnsmessige forhold.

2.4 Endring av levevaner

Livsstil kan defineres som et atferdsmønster som påvirkes av både kultur, sosiale relasjoner, geografi og sosio-økonomiske forhold, og personlighet (Green og Tones 2010). Når det gjelder endring av livsstil, har mye av litteraturen i følge Green og Tones (2010) en patogen tilnærming med fokus på sammenhengen mellom risikofaktorer og sykdom. I motsetning, vil en salutogen tilnærming ha fokus på hvilke forhold ved atferden som fremmer helse.

I følge Prescott og Børtveit (2004) foregår atferdsendring i utgangspunktet på to plan; det tankemessige og det holdningsmessige. Videre kan endringsarbeid deles inn i tre ulike hovedoppgaver; bevisstgjøring, beslutning om endring og igangsetting av endring.

Bevisstgjøring handler om å erkjenne at den atferden eller livsstilen man har er problematisk, og om å få et mer realistisk bilde av atferden og dens negative konsekvenser (Prescott og Børtveit 2004). For å få til en igangsetting av endring, må man vite hvorfor endring er nødvendig (informasjon/bevisstgjøring), ha et ønske om endring (motivasjon), og ha de rette verktøyene (strategi) (Martin, Haskard-Zolnierek og DiMatteo 2010). Informasjon som er relevant for bevisstgjøringsprosessen kan komme fra ulike kilder, og helsepersonell har en sentral rolle når det gjelder formidling av slik informasjon. Med en salutogen tilnærming, handler dette om å ha fokus på hva det er som gir god helse fremfor å konsentrere seg om risiko og sykdom (Lindström og Eriksson 2015). Lindström og Eriksson (2015, s. 63) forslår en modell der man fokuserer på helse og livskvalitet, og videre utforsker risikoer og beskyttende faktorer. Dette vil bidra til å kartlegge hvilke generelle motstandsressurser som er relevante, og hvilke mekanismer det er som styrker OAS.

Noen ganger kan bevisstgjøring ta lang tid, og det handler ikke bare om å tilegne seg informasjon. Det handler også om å være mottakelig for informasjon, og om å oppleve det som personlig relevant (Prescott og Børtveit 2004). I denne fasen kan man, gjennom observasjon av eller samtaler med andre i samme situasjon, bli oppmerksom på sin egen uheldige atferd eller livsstil. De fleste mennesker vet hva som er helseskadelig atferd og hva som kjennetegner en sunn livsstil, men mange beskytter seg mot den ubehagelige erkjennelsen av at deres atferd har negative konsekvenser.

Videre må man ha en tro på egen evne til å gjøre en endring. Mestringstro er en av de viktigste faktorene som bestemmer om man iverksetter handling (Green og Tones 2010). En god tro på egne evner øker sannsynligheten for at man forsøker å gjennomføre en endring, om man holder ut i endringsforsøket, og om man til slutt lykkes. Mestringstro er ikke det samme som OAS, men begrepene har mange fellestrekk (Lindström og Eriksson 2015). Mestringstroen kan påvirkes av tidligere erfaringer, og OAS påvirkes av tilgjengelige mestringsressurser.

Det er også viktig at det er bevisst og forpliktende beslutning om å gjennomføre en endring (Prescott og Børtveit 2004). Og jo mer forpliktende denne beslutningen er, jo større sjans er det for at endringen iverksettes og opprettholdes. Når beslutningen gjøres forpliktende, mobiliserer man en viljestyrke som kan hjelpe en mot å stå i mot de utfordringene som måtte dukke opp underveis.

Det er et kjent fenomen at man støter på ulike barrierer som man må takle i en livsstilsendingsprosess (Martin, Haskard-Zolnierek og DiMatteo 2010). Mange får tilbakefall til gamle vaner fordi de undervurderer kraften som kan utløses av uforutsette situasjoner og andre risikofaktorer. Innsikt i risikofaktorer kan gjøre at man er bedre forberedt på å takle utfordringer, og hindre tilbakefall (Prescott og Børtveit 2004). En helsefremmende tilnærming med fokus på tidligere mestringserfaringer og ressurser, kan være viktig for å styrke menneskers evne til å mestre utfordringer (Drageset, S. 2014).

Atferdsendring er i utgangspunktet noe man er alene om og som man må gjøre selv, men det kan være likevel være nyttig å få hjelp fra andre. Sosial støtte er viktig for mestring, og sosial støtte og tilhørighet kan ha direkte og positiv innvirkning på helsen vår (Fyrland 2005). Dette gjelder i forhold til bevisstgjøring, ved at andres syn på adferden kan få en til å se ting på en ny måte. Det gjelder også i forhold til å få ros, støtte og oppmuntring underveis, og i vanskelige perioder. Dette er en av de store fordelene med å være en del av en gruppe når man for eksempel skal gå ned i vekt (Prescott og Børtveit 2004). Sosial støtte som inkluderer emosjonell støtte og tilhørighet i et sosialt fellesskap, og som tilbyr praktisk hjelp, informasjon og veiledning, kan ha en helsefremmende effekt (Drageset, J. 2014). På den måten kan sosial støtte fremme mestring gjennom at det oppleves som en tilgjengelig mestringsressurs.

2.5 Tidligere forskning

Det er blitt gjort søk etter tidligere aktuell forskning i Oria, PubMed og Pedro med søkeordene livsstilsendring, overvekt, sosial støtte, salutogenese, empowerment og frisklivssentral, både på norsk og engelsk, og med ulike kombinasjoner av disse. Studier som ble funnet interessante var studier gjort på voksne personer uten spesifikke diagnoser. Studier knyttet til pasienter med diabetes, kreft og andre diagnoser er ikke vurdert. Det samme gjelder studier gjort på virtuelle eller mobilbaserte intervensjoner. Artikler tilgjengelige i fulltekst og oppsummeringsartikler er prioritert.

I dette avsnittet vil tidligere aktuell forskning utført ved norske frisklivssentraler bli presentert. Annen aktuell forskning er benyttet til å belyse funn i resultatdiskusjonen.

2.5.1 Kunnskapsoversikter

En kunnskapsoversikt fra Kunnskapssenteret om effekter av tiltak utenfor helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet hos voksne, viser at både befolkningsrettede og individrettede tiltak kan ha effekt (Denison mfl. 2010). Eksempel på befolkningsrettede tiltak er tiltak som gjør det enklere for alle å være fysisk aktive, for eksempel å ta trappa i stedet for heisen eller rulletrappa. Eksempel på individrettede tiltak er rådgiving, trening og andre tiltak som er rettet mot enkeltpersoner. Når det gjelder individuelle tiltak, viser resultatene at sosial støtte trolig bidrar til en økning av fysisk aktivitet på kort sikt. Rådgivning, trening og undervisningsmaterieell kan muligens bidra til økt aktivitetsnivå på kort og lang sikt. Resultatene har begrenset gyldighet overfor grupper i befolkningen med lavere aktivitetsnivå.

Kunnskapssenteret har også laget to systematiske oversikter over effekter av organisert oppfølging på helseatferd, herunder fysisk aktivitet og kosthold (Denison mfl. 2012; Denison mfl. 2014). Her er det innhentet studier av tilbud som kan sammenlignes med reseptperioden man får ved en frisklivssentral. Rapporten fra 2012 viser at henvisning til lokale tilbud med oppfølging, og egenadministrert trening med oppfølging, trolig øker fysisk aktivitet i løpet av tiltaket og på kort sikt. Begge rapportene viser til stor usikkerhet knyttet til om og i hvilken grad disse tiltakene bidrar til økt fysisk aktivitet eller bedre kosthold over tid. Det presiseres at det fremdeles er behov for forskning på tiltakene som gis i frisklivssentraler.

En kunnskapsoversikt fra Senter for helsefremmende forskning ved HiST/NTNU viste at «trening på resept» har effekt på kort og mellomlang sikt (Oldervoll og Lillefjell 2011). Rapporten pekte på at en av utfordringene er hvordan man får folk til å fortsette med egenaktivitet etter at de er ferdig med reseptperioden.

En ny kunnskapsoppsummering om frisklivssentraler i Norge viser at deltakelse ved frisklivssentralene ser ut til å gi økt fysisk aktivitetsnivå, både på kort og lang sikt (Blom mfl. 2015). Det er også indikasjoner for at den fysiske formen forbedres, at matvanene blir bedre og at det er positive endringer i selvpålevd helse, både på kort og lang sikt. I tillegg ser det ut til at deltakelse ved frisklivssentralene gir opplevelse av økt motivasjon, mestring, trygghet og sosial støtte. Samtidig er det store variasjoner både når det gjelder organisering av tilbudene, og når det gjelder oppfølging. Det konkluderes med at det er behov for mer forskning, blant annet studier som ser på suksessfaktorer ved oppfølgingstilbudene.

2.5.2 Aktuelle enkeltstudier

En studie av et kommunalt livsstilsendringstilbud for inaktive personer med fedme i Stavanger, viste at livsstilsintervensjoner gjennom frisklivssentraler i kommunal regi kan gi verdifull hjelp til pasienter i form av økt helserelatert livskvalitet (Loland og Dyrstad 2014). Det viser at et slikt tilbud kan være helsefremmende og ressursmobiliserende, også utover de konkrete effektene knyttet til vektreduksjon. En evaluering av det samme livsstilsendringstilbudet påpekte viktigheten av både selve intervensjonsperioden, der deltakerne får et tilbud ved frisklivssentralen, og av oppfølging i etterkant (Lie mfl. 2013). Intervensjonen bestod av tre gruppetreninger per uke, og viste reduksjon av midjemål og fettmasse, og økt kondisjonsnivå, samt reduksjon av flere fedme-relaterte kardiovaskulære risikofaktorer etter seks måneder.

Det er også blitt gjort en tverrsnittsstudie blant personer som mottok frisklivsresept ved Frisklivssentralen i Modum i perioden 2008-2010. Studien søkte å beskrive endringer i aktivitetsnivå etter deltakelse på frisklivsresept (Bratland-Sanda, Lislevatn og Lerdal 2014). Deltakerne fikk tilsendt spørreskjema med spørsmål om helsetilstand, mestring, erfaringer og opplevelser med deltakelse i aktivitet ved Frisklivssentralen. Resultatene viste at helseplager var den største barrieren for aktivitet. De viste også at det hadde betydning at treningen var i gruppe.

Lerdal og medarbeidere (2013) gjorde en studie på deltakere som hadde gjennomført et tre måneders treningsprogram i gruppe ved en frisklivssentral. Målet var å undersøke deltakernes karakteristika, deres helserelaterte livskvalitet og fysiske form, ved baseline, ved endt treningsprogram og etter 12 måneder. 163 deltakere var inkludert i studien. Resultatene viste at deltakelse på gruppebasert trening ved en frisklivssentral i tre måneder kan gi en signifikant bedring i både fysisk form og helserelatert livskvalitet, både på kort og lang sikt.

Resultatene fra en kvalitativ studie av frisklivsdeltakere ble nylig publisert (Følling, Solbjør og Helvik 2015). Studien har undersøkt hvordan deltakerne beskrev tidligere livserfaringer, som de identifiserte som viktige for livsstilsendring, i det de gikk i gang med et tiltak på en frisklivssentral. De konkluderte med at livsstilsendring kan være vanskelig, da tidligere erfaringer kan påvirke evnen til å gjøre endringer. Samtidig stiller de spørsmålsteget ved om frisklivssentraler slik sett har reell mulighet til å hjelpe deltakere som trenger å gjøre en livsstilsendring.

Frisklivsstudien, som er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen og Universitetet i Agder, har også gjort en kvalitativ undersøkelse med fokusgruppeintervjuer av deltakere som skal i gang med tilbud på en frisklivssentral. De ønsker å kartlegge forventninger til frisklivssentralene. Resultatene er foreløpig ikke publisert. I denne studien planlegges det også flere kvantitative undersøkelser publisert.

Det er tidligere også skrevet flere masteroppgaver om frisklivssentraler. Noen har hatt en kvantitativ tilnærming (Loland 2013; Ystgaard 2013; Bjurholt 2014; Bjørnerud 2014). Disse har i første rekke sett på effekt av tiltakene i frisklivssentralene, og viser at tiltakene kan bidra til endring av levevaner og økt aktivitetsnivå, samt bedre selvrappportert helse og helse relatert livskvalitet. Av de som masteroppgavene som har benyttet kvalitativ tilnærming, er det flere som har studert hva som kjennetegner de som har lyktes med livsstilsendring (Eliassen 2014; Hauge 2014; Bolstad 2015). Resultatene viser at motivasjon, erfaringer/ferdigheter, kompetanse, mestringsopplevelser og sosial støtte er suksessfaktorer. En studie som har sett på hvilken påvirkning deltagelse på et «bra mat for bedre helse»-kurs har på et individs helseatferd, viste at bevisstgjøring og sosialt nettverk var viktig for deltakerne (Dahl 2013). En studie som har sett på hvordan tilbudet oppleves for innvandrerkvinner viste lignende resultater (Lauvang 2014). At deltakernes opplevelser og erfaringer etter endte reseptperiode er knyttet til støtte, faglig oppfølging og fellesskap, ble vist i en studie av hvordan reseptperioden bidrar til økt motivasjon rundt livsstilsendring (Selø 2013). En studie av deltakerens opplevelse av endring ett år etter frisklivsresept, viste at oppfølging under og etter et tiltak ved frisklivssentralen er avgjørende, og at livsstilsendring innebærer mer enn å gå ned i vekt eller spise sunnere (Anderberg 2014). Motivasjon, sosial støtte og proaktivitet, ble fremhevet som viktige faktorer i en ny studie som har sett på hva som bidrar til å fremme helse ved livsstilsendring for overvektige deltakere (Heggøy 2016). En annen ny studie som har sett på erfaringer knyttet til fysisk aktivitet hos tidligere deltakere, viste at sosial støtte, informasjon og erfaringer har betydning for fysisk aktivitetsnivå (Hurrød 2016). Samme studie viste at helseplager, lav mestringsfølelse, få erfaringer og begrensinger i omgivelsene er barrierer mot opprettholdelse av aktivitetsnivå.

I flere av studiene etterlyses videre forskning som blant annet kan se på deltakere som ikke lykkes med livsstilsendringer, betydningen av sosialt nettverk, og deltakeres behov for oppfølging i vedlikeholdsfasen.

2.5.3 Plassering av denne studien i forhold til tidligere forskning

Denne studien kan være et supplement til tidligere forskning om deltakernes opplevelser av frisklivssentralens tilbud, særlig med tanke på tiden *etter* et tilbud. Individuelle kvalitative dybdeintervjuer kan gi et nyansert bilde av deltakernes opplevelse av tiden etter en reseptperiode og hvilke faktorer som påvirker livsstilsendringsprosessen. Etterlevelse av råd og anbefalinger om livsstilsendring er en utfordring. Det vil derfor være interessant å se hvordan deltakerne har opplevd tiden etter et tilbud, uavhengig av om de har lykket eller ikke. Dette vil kunne gi nyttig kunnskap som kan bidra i arbeidet mot å optimalisere tilbudene og oppfølgingsperioden ved frisklivssentralene.

Denne studien kan samtidig gi kjennskap til mulige fordeler ved gruppebasert livsstilskurs som en organiseringsform ved frisklivssentralene. Litteratursøk viser ingen studier som har sett på et tilsvarende gruppebasert intensivt tilbud ved norske frisklivssentraler.

3. PROBLEMSTILLING

Formålet med denne studien har vært å få kunnskap om hva et gruppebasert livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral kan bety for deltakernes helse, livsstil og livskvalitet, og gjennom dette kunne få en bedre forståelse for i hvilken grad et gruppebasert livsstilskurs i regi av en frisklivssentral kan være et bidrag i det helsefremmende arbeidet i kommunen.

Problemstillingen har vært:

«Hvordan har deltakerne opplevd tiden etter et gruppebasert livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral?»

Problemstillingen har blitt operasjonalisert gjennom tre forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har deltakerne fra gjennomføringen av livsstilskurset?
2. Hvordan har det gått med deltakerne i perioden etter at livsstilskurset ble avsluttet?
3. Hvordan opplever deltakerne at livsstilskurset har påvirket deres helse, livsstil og livskvalitet?

Problemstillingen har vært under utvikling gjennom prosjektperioden, og den opprinnelige problemstillingen (jf. vedlegg 4) har blitt omformulert. Den nye problemstillingen retter seg mot deltakernes opplevelser generelt, fremfor deltakernes opplevelser spesifikt knyttet til helse, livsstil og livskvalitet. Dette fordi forsker etter bearbeiding og analyse av datamaterialet, fant en bredere tilnærming mer hensiktsmessig for å belyse studiens formål. Forskningsspørsmålene har vært de samme under hele prosjektperioden.

4. METODE

I dette kapittelet vil det bli redegjort for det vitenskapsteoretiske utgangspunkt for studien og for metoden som er benyttet til datainnsamling og analyse. Kapittelet inneholder avslutningsvis en redegjørelse for forskerens forforståelse, forskerens rolle i studien og drøfting av etiske problemstillinger.

4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Ettersom målet med denne studien var å få innblikk i deltakernes opplevelser, var det naturlig å ha en kvalitativ tilnærming. Det overordnede målet med kvalitativ forskning, er å utvide forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet. Forskere innen kvalitativ forskning forsøker å få en dypere innsikt i hvordan mennesker forholder seg til sin livssituasjon (Dalen 2011).

Røttene til den kvalitative tilnærmingen innen forskning ligger i den hermeneutiske tradisjon (Aadland 2011). Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap, og en grunntanke i hermeneutikken er at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger. Vi kan derfor ikke si at det finnes en egentlig sannhet (Nilssen 2012). Ulike spørsmål vil gi ulike tolkninger, og tolkningen av datamaterialet vil bestå av en stadig veksling mellom helhet og deler. Det enkelte buskap vil forstås i lys av en helhet, samtidig som at helheten søkes tilpasset den enkelte delen. Dette samspillet mellom helhet og del, mellom forsker og tekst, mellom tekst og kontekst, og mellom teksten og forskerens forforståelse kalles *den hermeneutiske sirkel* (Dalen 2011). Hans-Georg Gadamer var spesielt opptatt av at «den forventningen om mening som vi møter helheten med, blir virkelig forståelse når delene som er bestemt av helheten også selv bestemmer denne helheten» (Nilssen 2012, s. 73).

Gadamers problematisering av forståelsesbegrepet gjør at hermeneutikken går i retning av eksistensiell filosofi (Aadland 2011). Et viktig utgangspunkt for denne retningen var Edmund Husserls (1859 – 1938) fenomenologi. Husserl var opptatt av at vi ikke ser og hører ting slik de egentlig er, men i stedet forveksler det med våre oppfatninger av hvordan det skal være. Vi slutter fra det kjente og inn i det ukjente. Og det kjente, eller vår erkjennelse av verden, er det Husserl kaller vår livsverden (Aadland 2011).

Innen den kvalitative forskningen vil en fenomenologisk tilnærming representere en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egen livsverden (Kvale og Brinkmann 2009). Postholm (2010, s. 43) refererer til Moustakes, som hevder at «hovedformålet med fenomenologisk forskning er å forstå meningsfulle, konkrete relasjoner som er tilstede i en erfaring i en bestemt situasjon i en spesifikk kontekst». Ettersom denne studien ønsket å se på deltakernes erfaringer knyttet til en bestemt tidsperiode, etter et konkret kurs, har det vært naturlig å ha et fenomenologisk utgangspunkt for forskningen.

Fenomenologisk forskning kjennetegnes av at man studerer avsluttede prosesser. Man vil forsøke å finne den sentrale underliggende meningen eller essensen i en opplevd erfaring (Postholm 2010). En åpen og naiv tilnærming til det fenomenet man skal utforske vil da være viktig.

4.2 Metodebeskrivelse

Intervju er en kvalitativ forskningsmetode som i hovedsak handler om utveksling av synspunkter mellom to personer om et tema av felles interesse. Det kvalitative intervju er godt egnet til å få innsikt i deltakernes egne erfaringer, tanker og følelser. Man forsøker å avdekke informantens livsverden, altså deres opplevelse av sin hverdag og hvordan vedkommende forholder seg til denne (Dalen 2011). I et fenomenologisk perspektiv fokuserer man på personenes livsverden, og semistrukturerte kvalitative intervjuer er en egnet metode for å innhente slik kunnskap.

Interaksjonen mellom personene har stor betydning. Det er en gjensidig avhengighet mellom menneskelig interaksjon og kunnskapsproduksjon, og det er den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer vitenskapelig kunnskap (Kvale og Brinkmann 2009).

4.2.1 Utvalg og rekruttering

Et krav til forskningsdeltakerne i en fenomenologisk studie, er at de selv har erfaringer med det forskningen skal ha fokus på (Postholm 2010). I denne studien ble det gjort et strategisk utvalg blant de 14 deltakerne som fullførte det gruppebaserte livsstilskurset ved frisklivssentralen høsten 2014. De ansatte ved frisklivssentralen gjorde utvalget på bakgrunn av utvalgsriterier fastsatt av forsker. Utvalgsriteriene var satt med bakgrunn i et ønske om størst mulig bredde i utvalget hva gjelder alder, utdanning/job, vekt, livsstilsendringer i løpet

av kurset, tidligere erfaring med livsstilsendring. Dette for å gjenspeile variasjonen mellom deltakerne på livsstilskurset.

Stor bredde i utvalget gir mulighet for å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål. Malterud (2003, s. 59) skriver:

Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan levere mer stoff til utvikling av nye hypoteser, og skaffe utfordringer til konklusjoner som i første omgang kan synes opplagte. Variasjonsbredde vil også gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen.

Seks deltakere fra livsstilskurset ble forespurt av de ansatte ved frisklivssentralen om å være informanter til denne studien. Samtlige takket ja til å bli kontaktet av forsker, og samtlige var villige til å stille til intervju. Forsker tok kontakt med informantene per telefon for å avtale tidspunkt for intervjuene.

Utvalget var sammensatt av personer med ulik grad av overvekt, ulike livssituasjoner, ulik arbeidsstatus og ulike helseutfordringer. Gjennomsnittsalderen var på 45 år. Det var også forskjeller mellom informantene i forhold til om de hadde tatt kontakt med frisklivssentralen på eget initiativ, eller om de hadde blitt anbefalt å delta på kurset. Men alle ga uttrykk for at de var motivert til å gjøre livsstilsendringer, og at de hadde tro på at kurset skulle hjelpe dem med dette. Noen av informantene hadde erfaring med livsstilsendring fra tidligere, men konseptet med gruppetilbud i hjemkommunen var nytt for alle. Ettersom det ikke var noen form for oppfølging i regi av frisklivssentralen i etterkant av livsstilskurset, var informantene plukket ut uavhengig av hvordan det hadde gått med dem i tiden etter kurset. Det var heller ikke kjent i hvilken grad informantene hadde deltatt på organisert aktivitet i tiden etter livsstilskurset. Det var derfor tilfeldig at flertallet av informantene hadde deltatt på PT-gruppen ved treningssenteret i etterkant av livsstilskurset.

Ettersom utvalget er plukket ut fra en populasjon bestående av kun 14 personer vil det, av hensyn til å sikre anonymitet, ikke bli gjort noen ytterligere beskrivelse av informantene.

4.2.2 Datainnsamling

For å få tak i menneskenes opplevelser og erfaringer, må man snakke med dem. I fenomenologiske studier er derfor intervju den best egnede datainnsamlingsstrategien (Postholm 2010). Intervjuene i denne studien ble gjennomført i slutten av juni 2015, seks måneder etter at livsstilskurset var avsluttet. Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av to uker, med tre intervjuer per uke. To av intervjuene ble gjennomført på samme dag, ellers var det kun et intervju per dag. Intervjuene ble gjennomført i frisklivssentralens lokaler. Dette var et praktisk og naturlig møtested, og en arena som både forsker og informantene assosierte med livsstilskurset.

Intervjuene var semistrukturerte. Dette er en intervjuform som egner seg når man skal forstå opplevelser og erfaringer ut i fra deltakernes egne perspektiver, og slik sett egnet i et fenomenologisk perspektiv (Kvale og Brinkmann 2009). Semistrukturert betyr at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Intervjuformen ligner en vanlig samtale, men med et bestemt formål. Samtalen styres av en intervjuguide med bestemte temaer og forslag til spørsmål, som til sammen skal dekke de viktigste områdene som studien skal belyse (Dalen 2011). Samtidig skal man være åpen for informantenes erfaringer, og forsøke å se bort fra forhåndskunnskaper. Man søker etter beskrivelsenes sentrale betydninger (Kvale og Brinkmann 2009).

Intervjuguiden i denne studien (vedlegg 1) hadde tre hovedtemaer; «Før kurset», «Gjennomføring av kurset» og «Etter kurset». Under hvert av hovedtemaene var det listet opp flere spørsmål. Dette for å synliggjøre hvilke undertemaer forsker ville innom under hvert av hovedtemaene. Grunnen til at undertemaene var utformet som spørsmål, var at forsker opplevde dette som en trygghet i intervjusituasjonen. Det var ikke et mål for forsker å få stilt alle spørsmålene, men de skulle fungere som en støtte dersom temaene ikke kom naturlig opp i løpet av samtalene.

Under første hovedtema, var det spørsmål knyttet til hvorfor informantene hadde meldt seg på livsstilskurset, og hvilke forventninger de hadde til kurset. Det var også spørsmål om informantene livsstil før kurset, og om deres motivasjon til å endre livsstil. Dette for å kunne tegne et bilde av informantene utgangspunkt før livsstilskurset. Videre tok intervjuguidens andre hovedtema opp spørsmål knyttet til informantene opplevelser av kurset. Formålet med disse spørsmålene var å få et bilde av hvilken betydning kurset hadde hatt for deres

livsstilsendingsprosess. Intervjuguidens tredje og siste hovedtema hadde spørsmål som omhandlet tiden etter kurset, og hvordan det hadde gått med informantenes livsstilsendringer. Det var også spørsmål om hva de la i å ha god helse og god livskvalitet, og hvordan de hadde opplevd sin helse og livskvalitet i tiden etter livsstilskurset.

Gjennomføringen av intervjuene gikk som planlagt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og intervjuguiden fungerte som en god støtte. Forsker forsøkte å stille åpne spørsmål, for å få informantene til å fortelle mest mulig. Det var likevel stor variasjon mellom informantene i forhold til hvor mye de fortalte. Noen av informantene fortalte ivrig, og kom selv innom mange av undertemaene i intervjuguiden uten at forsker hadde stilt spørsmål. Forsker stilte da aktuelle oppfølgingsspørsmål knyttet til de temaene som kom opp. I de tilfellene der samtalen gikk langt utover de temaene/spørsmålene som var satt opp i intervjuguiden, benyttet forsker korte oppsummeringer og deretter spørsmål for å komme videre i samtalen. Andre informanter svarte mer konkret på spørsmålene som ble stilt, og det ble mer «spørsmål og svar» gjennom intervjuet. Intervjuene hadde svært ulik varighet, fra det korteste på 19 minutter, til det lengste på 59 minutter. Gjennomsnittlig varighet var på 39 minutter. I etterkant av hvert intervju, skrev forsker et feltnotat med de umiddelbare tankene og refleksjonene rundt intervjuet.

4.2.3 Analyse

I kvalitative studier starter analysen med en gang, og er med gjennom hele forskningsprosessen (Nilssen 2012). Vi kan likevel skille mellom analyser som foregår underveis i forskningsarbeidet, og de som blir gjort når det innsamlede materialet foreligger (Postholm 2010). I det følgende er det denne siste delen av analysen som vil bli omtalt.

Lydopptakene fra intervjuene ble transkribert av forsker selv i perioden fra august til november 2015. Transkripsjonen ble gjennomført ved at forsker hørte på korte sekvenser av opptakene, og skrev ordrett ned det som ble sagt. Forsker gikk frem og tilbake i lydopptakene og hørte på opptakene gjentatte ganger. Det var fokus på å få en mest mulig korrekt gjengivelse av det deltakerne hadde sagt, og alle gjentakelser, pauser og småord ble tatt med. Transkripsjonene fikk derfor en muntlig språkstil.

Det er det transkriberte materialet, sammen med feltnotater/refleksjoner fra intervjuene og fra transkriberingen, som utgjør datamaterialet i denne studien. De seks intervjuene genererte 230

minutter med lydopptak, som igjen genererte 66 sider med transkribert tekst.

Forskernotater/refleksjoner utgjorde til sammen 8 sider med tekst.

Det er viktig å huske på at transkriberingen er en viktig del av analyseprosessen (Nilssen 2012). Gjennom å lytte og skrive, kommer det gjerne nye tanker og ideer. Forsker var nøye med å notere ned disse ideene, tankene og refleksjonene underveis i transkriberingen. Det er også viktig å være klar over at transkripsjoner er oversettelser fra talespråk til skriftspråk. Derfor vil det allerede i transkriberingen bli foretatt en rekke vurderinger og beslutninger (Kvale og Brinkmann 2009).

I kvalitative analyser skal forskeren forsøke å forklare både *hva* som skjer og *hvilken betydning* det har (Postholm 2010). Dette skal likevel ikke være noe forsøk på å forklare noen lineær årsakssammenheng mellom to variabler. Det skal være en situasjonsbestemt tolkning av alle faktorene som inngår i interaksjonen mellom mennesker og miljø. I fenomenologiske studier, er målet med analysen å komme frem til fellesnevneren eller essensen i det deltakerne har opplevd eller erfart (Postholm 2010). Det betyr at man som forsker må forsøke å nærme seg forskningsfeltet induktivt, uten forhåndsbestemte variabler eller kategorier. Ved hjelp av en induktiv tilnærming, vil forsker forsøke å få tak i forskningsdeltakernes perspektiver og forstå hvordan mennesker konstruerer verden rundt seg (Nilssen 2012).

En rent induktiv tilnærming finner vi i Grounded theory (Postholm 2010). Dette innebærer at forskeren må legge til side egne teorier, og la datamaterialet tale for seg. I praksis vil dette være nærmest umulig, da en forsker alltid vil ha på seg «sine briller» under en analyse. Men en tilnærming inspirert av Grounded theory, kan være med på å gjøre forskeren bevisst sine egne forforståelser knyttet til det det forskes på. Det vil bli gjort rede for forskerens forforståelser i denne studien i kapittel 4.3.

I denne studien er det benyttet en *konstant komparativ analysemetode* for å analysere datamaterialet. Dette er en analysemetode utviklet innen Grounded theory, men analysemetoden er i følge Postholm (2010) godt egnet for bruk innen alle kvalitative studier hvor koding og kategorisering av datamaterialet er vesentlig i analysearbeidet. I den konstant komparativ analysemetoden er analysearbeidet inndelt i tre kodingsfaser; *åpen koding*, *aksial koding* og *selektiv koding* (Postholm 2010; Nilssen 2012). Dette er en analysestrategi

som kan være godt egnet for å analysere og forstå fenomener i fenomenologiske studier (Postholm 2010).

Åpen koding betyr å identifisere, kode, klassifisere og sette navn på de viktigste mønstrene i materialet (Nilssen 2012). Det er viktig at man ikke leter etter noe bestemt, men at man noterer ned alt en ser for å få en oversikt over materialet og en første forståelse. Forsker gjorde i denne studien et bevisst valg om ikke å lese teori under transkriberings-/analysefasen. Dette for å sørge for at teorien var i bakgrunnen i den åpne kodingsfasen, for på den måten å unngå å lete etter noe bestemt. Forsker benyttet utskrifter av det transkriberte materialet når analysen ble gjennomført, og noterte ned aktuelle stikkord og koder som uttrykte det som ble sagt i høyre marg. I en åpen koding er det viktig å skrive ned alt man ser, for å få en helhetlig oversikt over materialet og en første forståelse (Nilssen 2012). Allerede i denne fasen begynte forsker å få et inntrykk av aktuelle kategorier og hvordan de aktuelle kategoriene forholdt seg til hverandre. Samtidig var forsker bevisst på ikke å tenke kategorier for tidlig. Dette for å unngå for grove kategorier, da det kan gjøre at viktig informasjon går tapt (Wadel 2014).

Gjennom *den aksiale kodingen* blir kodene gruppert i temaer eller samlende stikkord (Nilssen 2012). Forsker noterte ned aktuelle kategorier i venstre marg i det transkriberte materialet. Gjennom denne prosessen ble datamaterialet mer oversiktlig. Samtidig ble det mer tydelig hvilke kategorier som utpekte seg som aktuelle hovedkategorier. Aksial koding egner seg godt til å belyse hendelser eller handlingssekvenser, ved at situasjon eller kontekst tas med i betraktningen (Dalen 2011).

I *den selektive kodingen* blir det gjort forsøk på å finne kjernekategori og systematisk relatere dem til andre kategorier (Postholm 2010; Nilssen 2012). Målet er å samle trådene og få en overordnet forståelse av det som fremstår som det mest sentrale i forhold til det fenomenet som studeres (Dalen 2011). I denne fasen valgte forsker å lage en tabell der aktuelle kategorier ble notert for alle de seks intervjuene (vedlegg 2). Deretter ble kategoriene i tabellen sammenlignet, bearbeidet og slått sammen. Forsker endte til slutt opp med én kjernekategori, samt fire kategorier med tilhørende underkategorier. Kjernekategori er med på å binde de andre kategoriene sammen, slik at de kan danne en helhet (Postholm 2010). Kategoriene vil bli presentert i kapittel 5.

Når kategoriene var klare, ble sitater fra informantene som kunne belyse de ulike kategoriene satt inn i kategoriskjemaer (se vedlegg 3 for eksempel). Skjemaet ble benyttet til tolkning av sitatene. De ble tolket med utgangspunkt i den konteksten de ble fortalt i. Kategoriskjemaene ble videre benyttet ved utvelgelse av sitater til resultatpresentasjonen i kapittel 5.

De ulike kodefasettene var en prosess med gjentatte gjennomlesninger av materialet. Den konstant komparative analysemetoden er ikke en steg for steg prosedyre (Postholm 2010). Forsker erfarte at de ulike analysefasene gikk over i hverandre. Noen av idéene til kategorier som forsker fikk underveis i analysen ble bekreftet, mens andre ble avkreftet gjennom analyseprosessen. Dette er en måte å nærme seg temaet på, som gjør prosessen både deduktiv og induktiv (Postholm 2010). Induktiv ved at man ser etter koder og kategorier med åpent blikk, og gjennom flere runder med rekoding. Deduktiv i form av at man tester de kategoriene man kommer fram til på datamaterialet. Forsker opplevde dette som en hensiktsmessig tilnærming i denne studien, forskers rolle og posisjon tatt i betraktning.

Postholm (2010) deler analysen inn i deskriptiv og teoretisk analyse. Deskriptiv analyse omfatter analyseprosesser som strukturerer datamaterialet. Teoretisk analyse betyr at man tar i bruk teori til å belyse deler av materialet (det man har funnet). Man leter i teorien etter mening med det man har funnet i datamaterialet (Nilssen 2012).

Teorien forsker hadde lest før studien ble satt i gang, var med på å danne retning for forskers valg av problemstilling og teoretisk referanseramme. I den åpne kodingsfasen, var teorien som nevnt i bakgrunnen. I kategoriseringsfasen kom teorien mer frem igjen. Datamaterialet, analyseprosessen og foreløpige resultater veiledet forsker til videre lesning av teori. Lesing av ny teori har vært med på å hjelpe forsker videre i analysen av datamaterialet. Dette er et eksempel på *den hermeneutiske sirkel* i praksis.

Den hermeneutiske sirkel gjør seg gjeldende gjennom hele forskningsprosessen. Dataene vil påvirke helhetsoppfatningen, og den endrede helhetsoppfatningen vil påvirke hvordan vi videre ser på dataene. De ulike kategoriene splitter datamaterialet, samtidig som det hjelper forskeren å utvikle en bedre helhetlig forståelse for forskningstemaet. På denne måten er den hermeneutiske sirkel kjernen i prosessen som leder frem til forståelse og mening i en studie (Postholm 2010).

4.3 Forskerens forforståelse

Et viktig poeng innen fenomenologien, er at forskeren må erkjenne og anerkjenne sin subjektivitet og sine forforståelser. Det handler om å være så bevisst som mulig på hva man som forsker har med seg av oppfatninger, meninger, kunnskap, erfaringer og fordommer, når man går inn i en forskningssituasjon (Neumann og Neumann 2012). Forskeren vil alltid ha med seg sine forforståelser når han eller hun forsøker å forstå meningen i et datamateriale. På den måten kan aldri den kvalitative forskningen bli helt objektiv (Postholm 2010).

Jacobsen (2010) kaller forforståelser for før-dommer, og han definerer dette som antakelser om hvordan verden ser ut. Han mener at disse antakelsene gjenspeiler det vi har lært opp gjennom livet, og at det i stor grad er ting vi tar for gitt. Han ser på før-dommene som resultatet av en livslang sosialisering. Malterud (2003, s 46) visualiserer begrepet med å si at «Forforståelse er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet». I beste fall vil dette kunne være med på å styrke undersøkelsen, men i verste fall kan det føre til at man ikke klarer å se forbi forventningene, og da ikke klarer å se nye aspekter ved det man ønsker å undersøke (Malterud 2003).

Hans-Georg Gadamer (1900-2002) var den som introduserte begrepet forforståelse. Han mente at vi aldri vil kunne møte verden uten et sett med briller eller fordommer (Aadland 2011). Det er fordommene som hjelper oss å sette inntrykkene vi får i system. Uten noen forestillinger om hvordan verden er, vil inntrykkene oppfattes som kaotiske og usammenhengende. Forforståelsen er på den måten viktig for utvikling av forståelse og tolkning (Dalen 2011). Samtidig har man som forsker et sett med holdninger og antakelser allerede da man går i gang med planlegging av en studie.

Slike holdninger og antakelser kan både være bevisste og ubevisste (Aadland 2011). Noen holdninger vet man at man har, mens andre er så selvfølgelige at man tar dem for gitt. Å bli bevisst så mange av sine forforståelser som mulig, vil være viktig for en forsker. De ubevisste forforståelsene kan gjøre at man ender med å se etter bekræftelser på egne ubevisste forestillinger, i både planlegging og gjennomføring av en undersøkelse. Ved at forsker har et aktivt og bevisst forhold til sine forforståelser, kan man unngå at man går inn i planlegging og gjennomføring av en undersøkelse med skylapper (Malterud 2003). Bevissthet om egen forforståelse gjør også forskeren bedre i stand til å være sensitiv når det gjelder å se muligheter for teoriutvikling i eget intervjumateriale (Dalen 2011).

Forforståelse knyttet til et tema eller en studie, er sammensatt av tre komponenter (Gilje og Grimen 1993; Aadland 2011; Nilssen 2012):

1. Språklige briller, i betydningen de ord, uttrykk og begreper forsker har til rådighet.

I denne studien vil forskers ordforråd av faglige begreper relatert til helse, livsstil og livsstilsendring være av betydning. Dette er begreper som forsker vil ha tilegnet seg gjennom utdanning, jobb og interesser, samt gjennom å lese faglitteratur. Forsker har idrettsfaglig bakgrunn, med en bachelorgrad i fysisk aktivitet og helse fra Norges Idrettshøgskole. Yrkeserfaringen er hovedsakelig fra arbeid med hjertepasienter som er på rehabiliteringsopphold. Helse, livsstil og livsstilsendring har dermed gått som en rød tråd gjennom både utdanning og yrkeserfaring, og har nok i stor grad vært med på å forme forskers språklige briller.

2. Grunnleggende oppfatninger eller antakelser.

I denne studien vil forskers grunnleggende oppfatninger om livsstilsendring og videreføring av livsstilsendringer være av betydning. Både fagbakgrunn og yrkeserfaring har i denne sammenheng gitt forsker kunnskap om dette. Oppfatninger om det å være overvektig og om vektreduksjon vil også kunne gjøre seg gjeldende. I tillegg vil forskers tilknytning til planlegging, gjennomføring og evaluering av livsstilskurset kunne være med på å forme de grunnleggende oppfatninger og antakelser. Det vil bli gjort rede for forskers rolle og tilknytning til prosjektet under kapittel 4.4.

3. Forskers erfaringer.

I denne studien vil forskers erfaringer fra arbeid med det aktuelle livsstilskurset være av stor betydning. I tillegg har forsker erfaring fra veiledning og oppfølging av hjertepasienter i forhold til livsstilsendring. Forsker har også egne erfaringer med endringsforsøk knyttet til å komme i gang med/opprettholde fysisk aktivitet og trening i en travel hverdag.

4.4 Forskerens rolle – «Forsker i eget felt»

En av de grunnleggende antakelsene eller forutsetningene i kvalitativ forskning, er at det eksiterer mange virkeligheter (Nilssen 2012). Forskeren og forskningsdeltakerne kan oppfatte virkeligheten ulikt, og det er forskerens oppgave å få kunnskap om deltakernes perspektiv eller oppfatning av virkeligheten. Denne kunnskapen blir konstruert i møtet mellom forskeren og deltakerne, og derfor har relasjonen dem i mellom svært stor betydning. Nærhet mellom forsker og deltaker er viktig, samtidig som det er nødvendig med en distanse for å kunne vurdere deltakernes situasjon og utsagn (Postholm 2010). Hvordan situasjonen oppleves og hvordan forsker og deltaker opplever hverandre, vil være med på å bestemme hva som blir sagt og hva som ikke blir sagt (Neumann og Neumann 2012).

Når man har personlig tilknytning til det området man ønsker å studere, har man en spesiell innsikt (Dalen 2011). Noen ganger er det kun mulig å oppnå forståelse dersom man har en «innenforforståelse». Men det er også fare for at en slik personlig tilknytning kan føre til en for sterk personlig involvering, som ubevisst kan farge og forblinde forskerens syn.

I denne studien hadde forsker mye kunnskap om livsstilskurset som deltakerne hadde vært gjennom. Forsker hadde, som en del av tidligere emner ved masterstudiet, vært med på både planlegging, gjennomføring og evaluering av kurset. I planleggingen var forsker blant annet ansvarlig for å skrive prosjektplan og lage timeplan for kurset. I gjennomføringen var forsker med på noen kurskvelder (stukturkurs), i tillegg til å lede en ukentlig trening med deltakerne. Det gjorde at forsker allerede i forkant av denne studien hadde en relasjon til deltakerne som skulle intervjues.

Forskerrollen er bare en av mange roller man har i møte med en informant (Wadel 2014). I møtet mellom forsker og informanter i denne studien, hadde forsker flere roller. Hun var både forskeren som skulle intervju dem, initiativtakeren til livsstilskurset de hadde vært med på, og treneren som hadde trent dem et halvt år tidligere. I tillegg er forsker en fagperson som har lang erfaring og stor interesse for arbeid med livsstilsendring og fysisk aktivitet. Informantene hadde også flere roller, ettersom de i tillegg til å være informanter i studien også var tidligere livsstilskursdeltakere, og brukere av frisklivssentralen. I tillegg til at det foregikk et intervju mellom forsker og informant, foregikk det derfor samtidig en samtale mellom trener og livsstilskursdeltaker, og mellom fagperson og bruker.

I etterkant av livsstilskurset var forsker ansvarlig for å skrive en rapport som beskrev hvordan kurset hadde fungert med tanke på gjennomførbarhet og effektivitet. Dette var en rapport basert på erfaringer og kvantitative data fra prosjektperioden. Forsker hadde ingen kontakt med informantene i perioden mellom avslutning av kurset i november 2014 og intervjuene i juni 2015.

4.5 Ethiske refleksjoner

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (vedlegg 4 og 5).

Informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien. Den muntlige informasjonen ble gitt over telefon da informantene ble forespurt om deltakelse i studien. Informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 6) ble sendt på e-post til informantene. Samtykkeerklæringen ble underskrevet i forkant av intervjuene.

Lydopptak av intervjuene ble anonymisert ved bruk av intervjunummer fremfor navn på informantene. Det transkriberte materialet inneholder ikke navn på informantene. Alt er lagret på passordbeskyttet PC, med back-up på en sikker server. Lydopptaker og samtykkeerklæringer er oppbevart i låsbart skap.

I teksten har både frisklivssentralen og informantene blitt anonymisert. På lokalt nivå kan det være vanskelig å sikre slik anonymitet (Nilssen 2012). Forsker har likevel etterstrebet anonymisering av informantene, slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne dem for de som kjenner til livsstilskurset. Dette er grunnen til at det ikke gjort noen beskrivelse av utvalget i denne studien. Sitater benyttet i resultatpresentasjonen har også blitt redigert i de tilfeller der det var nødvendig for å sikre anonymitet.

Det er også ulike etiske aspekter ved selve intervjusituasjonen som det er viktig å ta hensyn til (Hummelvoll, Andvig og Lyberg 2010). I denne studien var forsker svært bevisst på at hun allerede hadde en relasjon til informantene. Det var derfor viktig for forsker å legge til rette for en profesjonell setting, der informantene var gjort godt kjent med bakgrunn for og hensikten med intervjuene. Forsker var samtidig bevisst på at informantene kunne komme med fortrolige opplysninger om egne opplevelser og følelser, som ellers kanskje ikke ville vært gitt til en forsker. Underveis i intervjuene var forsker derfor bevisst på å vise empati og forståelse overfor informantene.

Ettersom overvekt var bakgrunnen for at informantene hadde vært med på livsstilskurset ved frisklivssentralen, var dette et tema som det kunne være aktuelt å snakke om under intervjuene. Men vekt og overvekt kan være et sårbart tema for mange, og forsker valgte derfor bevisst å ikke stille spørsmål om dette med mindre informantene selv tok det opp. Forsker fokuserte i stedet på åpne spørsmål om informantene opplevelser, og lot informantene styre hvor mye de ønsket å utlevere av følelsesmessige temaer.

5. RESULTAT

I dette kapittelet vil de viktigste resultatene fra denne studien bli presentert.

Analysen av datamaterialet ledet frem til én kjernekategori, samt fire kategorier med tilhørende underkategorier. Kategoriene er presentert i figur 1. Kjernekategori «Det er lettere når vi er sammen» er et uttrykk for hovedfunnet i denne studien, som er at det å være i en gruppe oppleves som viktig i en endringsprosess. Titlene på kategoriene er hentet fra utvalgte sitater fra informantene. Tittelen på kjernekategori er også benyttet som tittel på oppgaven.



Figur 1: Presentasjon av studiens kjernekategori, kategorier og underkategorier. Underkategoriene her presentert i form av stikkord.

Den videre resultatpresentasjonen vil ta utgangspunkt i de ulike kategoriene. Som en innledning til dette, kommer det nå først en kort presentasjon av informantenes beskrivelser av egen livsstil og livsstilsendring. Dette for å sette resultatene inn i den rette konteksten.

Informantene beskrev alle en inaktiv livsstil og et relativt usunt kosthold før de ble med på livsstilskurset ved frisklivssentralen. Kurset førte for de fleste til en positiv endring i livsstil både når det gjelder aktivitet og kosthold. Alle informantene beskrev at de begynte å trene mer, og at de hadde mer fokus på å spise riktig. Noen gjennomførte større endringer enn andre, men alle følte at kurset hadde ført til en forandring. Utfordringen for flere av informantene hadde imidlertid vært å opprettholde endringene frem mot tidspunktet for intervjuet. De fleste hadde klart å opprettholde nye vaner knyttet til både aktivitet og kosthold

i en periode etter at kurset var ferdig, men flere hadde slitt med å opprettholde vanene den siste tiden før intervjuet. Årsakene til dette vil bli belyst i den videre resultatpresentasjonen.

Fokuset for denne studien er informantenes opplevelser i tiden *etter* et livsstilskurs. Det vil likevel bli presentert noen erfaringer og opplevelser som informantene fikk *under* livsstilskurset, da dette kan være viktig for å forstå deres opplevelser i tiden etter kurset.

Sitatene som presenteres i den videre resultatpresentasjonen er i noen grad redigert av forsker. Dette for å sikre informantenes anonymitet, og for å få et bedre lesbart språk.

5.1 «Å være flere på laget»

«Å være flere på laget» er en kategori som handler om betydningen av å være sammen med andre når man skal gjennomføre og opprettholde livsstilsendringer. Livsstilskurset var lagt opp slik at deltakerne var sammen som en gruppe fra start til slutt. Flere av informantene i denne studien, fremhevet at gruppekonseptet var en av grunnene til at de ble med på kurset. En av informantene, som hadde erfaringer med livsstilsendringer fra tidligere, sa det på denne måten:

«Jeg tenkte, nei nå må jeg jo komme i gang igjen. Og da tenkte jeg at hvis vi er flere på laget, så er det lettere å holde seg til planen!»

Kategorien underbygges av tre underkategorier; Forpliktelse, støtte og tilhørighet.

5.1.1 Forpliktelse: «Det at det er noen andre som forventer noe av deg»

Det kan se ut som at det å være i en gruppe oppleves forpliktende. Flere av informantene fortalte at gruppekonseptet bidro til at de møtte opp og fullførte kurset. En av informantene opplevde det at noen forventer at du kommer som en fordel ved å være i gruppe:

«Det at det er noen andre som forventer noe av deg, og at dere er sammen om det. Du får jo dårlig samvittighet hvis du dropper ut! Du gjør ikke det når du trener aleine, for da er det jo ingen som ser at du ikke er der.»

Flere av deltakerne fra livsstilskurset fortsatte å trene sammen som en liten gruppe, sammen med en personlig trener (PT) fra det treningssenteret som var involvert i livsstilskurset. Flertallet av informantene i denne studien hadde vært med i denne PT-gruppa, og det virker som dette har hatt stor betydning for de som har deltatt. PT-gruppa tok sommerferie noen uker

før tidspunktet for intervjuene i denne studien, og flere av informantene fortalte at de opplevde at det hadde vært vanskelig å opprettholde trening når de ikke har noen gruppe å trene sammen med. En av informantene uttrykte det på denne måten:

«Men det som har vært dumt nå på våren, det er at etter at vi slutta med de timene, så er ikke det pushet så mye lenger, og da kommer du fort tilbake til den der dørstokkmila. (...) Og da er det plutselig ingen forpliktelse, ingen som bryr seg om du kommer eller ikke. Og da er det fort gjort altså. Og særlig i en tid hvor det skjer mye annet, og så har jeg vært sjuk, og så... Unnskyldningene er så mange! Og da møter du akkurat de samme tingene som før.»

Flere av informantene nevnte at de håper at PT-gruppa kan starte opp igjen med faste treninger, og ga uttrykk for at det er viktig for at de skal klare å opprettholde eller komme i gang med trening igjen. Noen av dem ga uttrykk for at de opplevde at gruppa var der selv om de ikke møttes så ofte, mens andre bare opplevde at de ikke hadde noen kontakt utenom treningene.

Det virker som at gruppetrenings-konseptet også er viktig når det gjelder trening ellers på treningssenteret. En av informantene ga klart uttrykk for at gruppetimer på treningssenteret har vært viktig for å klare og gjennomføre trening i tiden etter kurset:

«Men jeg må bruke saltimer på treningssenteret. Jeg fikser ikke å gå dit å trene aleine. Da sluntrer jeg unna.»

Gruppetrening viker også å ha betydning for innsatsen som legges ned. Det var flere av informantene som ga uttrykk for at det er lettere å stå på når de trente sammen med andre. En av informantene sa det slik:

«(...) Selv om jeg ikke kjenner noen av de andre. Men da gir du det du orker den dagen.»

Også når det gjelder kosthold var det flere som opplevde at det var lettere å opprettholde endrede vaner når de var i gruppe. Det var inspirerende å høre at de andre var så flinke, og på den måten lettere å opprettholde gode vaner når de hørte og så at det var andre som klarte det.

5.1.2 Støtte: «Jeg trenger den pushinga»

Flere av informantene nevnte viktigheten av å være en gruppe i forhold til å dra hverandre i gang, heie på hverandre og bli pushet. De opplevde at kursperioden var preget av slik støtte og oppmuntring, og en av informantene uttrykte det på denne måten:

«Jeg ble motivert av de andre i gruppa! Vi hjalp hverandre ganske godt med å dra hverandre litt i gang, og støtte hverandre. Det var veldig godt.»

En av de andre informantene ga også uttrykk for at det var støtte i det at det var flere som var i samme situasjon:

«Det var nyttig å føle at det var flere som sleit med det samme, og kunne gi hverandre litt tips og råd.»

Flere av informantene påpekte samtidig at de savnet støtte og oppfølging i tiden etter kurset.

En av informantene ga uttrykk for at det ble litt brå slutt:

«Under kurset synes jeg egentlig det var veldig greit. Men kanskje at man hadde litt mer oppfølging etterpå – at det ikke ble så brå slutt. Nå har vi jo hatt den ene PT-timen i uka sammen, og det har jo hjelpt på. Men bare det å kanskje kunne møtes en gang i måneden eller et eller annet.»

Det å være i gruppe ble fremhevet som viktig for viljen og motivasjonen til å opprettholde endringer og stå på under treninger. Flere av informantene nevnte gruppa som en viktig støttespiller i endringsprosessen, og en av dem sa det på denne måten:

«Jeg merker at jeg klarer å stå på ganske bra når det er grupper. Når jeg er aleine så går det bare nedover. »

Selv om det ikke ble organisert noe oppfølgingstilbud i regi av frisklivssentralen, fortalte noen av informantene at de har hatt avtaler om veiing ved Frisklivssentralen i etterkant av livsstilskurset. Det kan virke som dette har vært viktig for de informantene det har vært aktuelt for. En av dem sa:

«Jeg trenger å ha den pushinga og noen som bryr seg litt!»

5.1.3 Tilhørighet: «Jeg hadde ikke gått inn der aleine»

Gjennom livsstilskurset ble deltakerne introdusert for trening på treningssenter. Det var mange som ikke hadde vært på et treningssenter tidligere, og som heller ikke hadde kommet til å gå dit hvis det ikke var for gruppa. En av informantene presiserte at det var avgjørende å komme til treningssenteret som en gruppe:

«Det var kjempeåltreit når vi kom i gruppa. For jeg hadde ikke gått inn der aleine eller av eget initiativ og spurt om jeg hadde fått en prøvetime eller noe sånt – det hadde jeg aldri i verden gjort.»

Flere av informantene ga også uttrykk for at tilknytningen til treningssenteret hadde vært positivt for tiden etter livsstilskurset. Dette gjaldt både det å ha noen å trene sammen med, og det å ha et sted som man føler tilhørighet til. På spørsmål om hva de tenkte om å bli introdusert for trening på treningssenter, svarte en av informantene:

«Nei, jeg synes det er bra! For da var det ikke så lett å droppe ut etterpå! Hadde vi ikke hatt det å gå til, så er det ikke sikkert vi hadde giddet etterpå rett og slett.»

En av de andre informantene påpekte tilhørigheten til og trivselen på treningssenteret som viktig for treningen i tiden etter livsstilskurset:

«Og som sagt, treningssenteret – det er så fint! Når jeg kommer inn der, så sier resepsjonsdamene liksom; "Hei, hyggelig å se deg igjen!". Og gode instruktører! Og du kan gjøre det du vil på en måte. Når du er med på en gruppe der, og hvis du ikke klarer alt, så har jeg ikke noe inntrykk av at noen ser ned på deg på verken den ene eller andre måten. Jeg liker meg veldig godt der!»

5.2 «Det mangler ikke på kunnskap.»

Kategorien «Det mangler ikke på kunnskap» handler om at informantene opplevde at det var vanskelig å omsette kunnskap til praksis. Flere av informantene hadde erfaring med livsstilsendring fra tidligere, og de ga uttrykk for at de hadde god kunnskap om hva som kjennetegner en sunn livsstil. Livsstilen de beskrev at de hadde før de deltok på livsstilskurset, stemte ikke overens med denne kunnskapen. Det kan virke som utfordringen lå i å omsette kunnskap til praksis. En av informantene beskrev også det som en av hovedgrunnene for å melde seg på livsstilskurset:

«Det mangler ikke på kunnskap! Men jeg har veldig vanskelig for å omsette det i praksis. Fordi..., jeg har et hode som jobber veldig imot den sunne fornuften min. Så jeg var veldig preget av at jeg ikke klarte å gjøre noe selv. Jeg måtte ha et spark i rumpa!»

Kategorien underbygges av to underkategorier; Kunnskap og bevisstgjøring.

5.2.1 Kunnskap: "Vi veit jo det meste fra før"

Livsstilskurset hadde fokus på å øke både kunnskap og bevisstgjøring rundt sunn livsstil og livsstilsendring. Mange av informantene ga uttrykk for at det var greit å høre det igjen, selv om de egentlig kunne mye fra før. Erfaringsutveksling og det å høre hva de andre sa ble av flere fremhevet som en viktig faktor. En av informantene sa det slik:

«Vi visste jo det meste fra før av. Eller man burde jo vite det egentlig, for det var jo bare voksne folk der. Men det var likevel veldig ålreit å sitte og følge med på det, syns jeg. Og komme med innvendinger om hva vi tenkte og hva vi mente sjøl.»

En av de andre informantene la vekt på at det var nyttig å høre andre si det man selv tenkte:

«Å få høre det samme som man tenker sjøl, men at andre sier det høyt, det var veldig bra!»

Samtidig var det en av informantene som ga uttrykk for at man fort kunne føle seg dum som ikke klarte å omsette kunnskap til praksis:

«Det er kanskje den biten som blir litt sånne selvfølgeligheter. Men det var jo aldri en mandag der du reiste hjem uten litt sånn refleksjoner i hodet. (...) Men da kan det fort bli litt den der at du føler deg dum da, som ikke klarer å omsette. Alle veit jo at det er mindre kalorier i sånn og sånn, ikke sant.»

5.2.2 Bevisstgjøring: «Det sitter mer i hue nå»

Til tross for at informantene hadde mye kunnskap fra før, kan det virke som at de i tiden etter kurset hadde vært mer bevisste i sine valg og vaner knyttet til livsstil. En av informantene sa at kurset førte til økt bevissthet rundt kosthold:

«Jeg veit veldig godt hva jeg kan spise og ikke kan spise, og hva jeg kan spise mer og mindre av. (...) Det sitter mer i hue nå enn det gjorde før kurset.»

En annen av informantene påpekte at kurset førte til økt bevissthet rundt hva som skal til når det gjelder trening:

«Ja, hvis det skal gjøres, så skal det gjøres ordentlig! Det har jeg finni ut! For som sagt, nå har jeg finni ut hva trening er!»

Et tema som kom opp i flere av intervjuene, var at kurset ga et annet fokus på formålet med livsstilsendring. Fokuset endret seg fra å dreie seg mye om vektreduksjon, til å dreie seg mer om helse. En av informantene sa det slik:

«Først så sa jeg; jeg skal gå ned i vekt! Men så fant jeg ut det etter hvert, at det var ikke bare det – det var liksom det å leve sunt! Du må ikke akkurat gå ned så mye i vekt, men allikevel kan du leve sunt!»

5.3 «Jeg syns jo det er gøy»

«Jeg syns jo det er gøy» er en kategori som omhandler både deltakernes opplevelser av motivasjon og mestring knyttet til aktiviteter, og deltakernes opplevelser av resultater og fremgang knyttet til fysisk form og helse.

Kategorien underbygges av tre underkategorier; Motivasjon, mestring og fremgang.

5.3.1 Motivasjon: «Jeg gjør det fordi jeg syns det er gøy»

Informantene snakket mye om opplevelser knyttet til trening både under og etter kurset. Flere sa at det var trening de var mest motivert for å komme i gang med før kurset startet. Flere mente også at endringer i kosthold kommer mer av seg selv når man kommer i gang med trening. En av informantene sa det slik:

«Jeg var jo mest motivert for å komme i gang med treninga! Jeg vet at når treninga kommer i gang så kommer maten litt av seg sjøl! Så det viktigste for meg var å komme i gang med trening!»

En av de andre informantene presiserte dette på denne måten:

«Da er det noe med at du har lyst til å spise sunt, du er litt fokusert.»

Opplevelsen av at trening var gøy, har gjort flere av informantene motivert til å fortsette med trening etter livsstilskurset. En av informantene har hatt denne opplevelsen av trening i tiden etter kurset:

«Jeg hadde aldri trudd at trening skulle være så gøy. (...) Det er ingen som sier til meg når jeg kommer hjem om dagen, at nå skal du ta en sykkeltur, bortsett fra meg sjøl. Og det gjør jeg fordi jeg syns det er gøy, og fordi jeg føler at det er morsomt å trene!»

Det å trene i gruppe kan samtidig være en utfordring når gruppa er veldig differensiert med tanke på fysisk form. Noen av informantene fortalte at de hadde opplevd at de var dårligere enn de andre. En av informantene sa «Det var så mange som var så mye bedre enn meg!», og en annen sa «Jeg følte at jeg ikke klarte så mye som de andre.» Men de samme informantene fremhevet samtidig gode opplevelser knyttet til aktivitetene, og at de syntes det var gøy å trene.

5.3.2 Mestring: «Jeg klarte det jo!»

Under livsstilskurset ble deltakerne introdusert for aktiviteter som mange ikke hadde noe forhold til fra tidligere, og det var høy intensitet på mye av treningen. Flere av informantene i denne studien fremhever at denne type trening var gøy. Intervalltrening ble nevnt flere ganger, og det var flere som hadde fortsatt med slik trening i tiden etter livsstilskurset. En av informantene hadde følgende beskrivelse av intervalltrening:

«Intervalltreninga var vi kjempefornøyd med – ikke bare jeg. Selv om det er pyton. Men det er så bra etterpå.»

Mange av deltakerne fikk også nye opplevelser gjennom kurset knyttet til det å trene ute uansett vær, og en av informantene fremhevet dette som positivt:

«Det er bare den godfølelsen når du kommer hjem, og du har vært ute og det har sprutregna. For vi løp og... – nei, det var gøy!»

Spinning var den aktiviteten som ble nevnt flest ganger som en aktivitet som informantene var positivt overrasket over, og som de hadde fortsatt med etter kurset. En av informantene fortalte som sin opplevelse av møtet med spinning på denne måten:

«Vondt i rumpa? Ja, det fikk jeg! Men for en opplevelse – jeg klarte det jo! Det var ikke skummelt eller noen ting. Det var jo kjempeåltreit! Og jeg har fått dilla på spinning!»

5.3.3 Fremgang: «Jeg føler meg jo bedre nå!»

Når det gjelder opplevelsen av helse og livskvalitet, fortalte alle informantene at kurset hadde ført til en positiv endring. Flere sa at de følte seg bedre både fysisk og psykisk etter kurset, med færre «vondter», bedre søvn, og mer energi og overskudd. Flere sa at dette hadde hatt stor betydning for at de hadde følt seg bedre i perioden etter kurset, og at de hadde opplevd å mestre tilværelsen bedre. Samtidig påpekte flere av informantene at de fortsatt ikke syntes de hadde god helse, men at helsen var blitt bedre.

Flere av informantene fortalte at de har opplevd fremgang når det gjelder fysisk form i tiden etter kurset. En av informantene fortalte det på denne måten:

«Men jeg må jo si, jeg føler meg jo bedre nå! Du merker jo det at du er raskere og at du beveger deg annerledes. Du kan jo gå i samme tempo som kollegaer uten å henge etter. Og du kan prate – samtidig som du går fort – uten å pese!»

En annen av informantene fortalte om en lignende opplevelse av det å føle at man henger med og at man kan gjøre det samme som alle andre gjør:

«Det hender at jeg blir med dem som går opp trappene når vi har vært til lunsj. Og det hadde jeg aldri blitt med på før. Fordi nå føler jeg at jeg har kondis til å henge med da. Jeg er jo dødssliten da når jeg kommer på toppen, for de andre går jo fort! Men nå tør jeg å være med, fordi jeg veit jeg har kondis da til å klare det. Så sånn sett er det mestring da, eller å føle at du er litt innafor.»

Flere uttrykte at det var en god følelse å kunne være med på samme type treninger som andre på treningssenteret, og å kunne gjennomføre treningsøkter de ikke tidligere hadde trodd de skulle klare.

5.4 «Men så sklir det ut»

Denne siste kategorien, «Men så sklir det ut», handler om at flere av informantene hadde hatt problemer med å opprettholde de nye vanene knyttet til fysisk aktivitet og kosthold frem til tidspunktet for intervjuet. Mange hadde opplevd at det hadde gått greit den første tiden etter livsstilskurset, men at det etter hvert hadde blitt vanskeligere. De hadde opplevd å møte ulike barrierer. For mange var dette på samme tidspunkt som når PT-gruppa tok sommerferie.

Kategorien underbygges av to underkategorier; Barrierer og veien videre.

5.4.1 Barrierer: «Bare jeg får orden på det her»

Flere hadde opplevd helsemessige utfordringer i perioden etter kurset. Dette virker å være en viktig faktor som bidrar til tilbakefall og gjør det vanskelig å komme i gang igjen.

Utfordringene som ble beskrevet, var i utgangspunktet uavhengig av overvekt eller livssilsendingsprosessen. Det kan virke som det likevel hadde påvirket denne prosessen i stor grad. En av informantene som hadde opplevd helsemessige utfordringer, ga uttrykk for at det hadde gjort det lett å falle tilbake til gamle vaner:

«(...) Og som jeg har sagt, jeg skjønner liksom ikke, jeg vil jo ikke være daff nå, eller ikke gjøre noen ting. Men en ting sier ja, og en annen sier nei, hvis du skjønner. Og da tenker jeg, bare jeg får orden på det her igjen nå, så har jeg lyst til å komme i gang igjen! Men som sagt, det er jo bare dumt å ikke gjøre noe nå. Jeg veit det! Men ja, nei, det går ikke.»

En annen opplevde at helsemessige utfordringer hadde gjort det lettere å synes synd på seg selv, og at det hadde gjort det vanskelig å komme i gang igjen med trening:

«Jeg synes litt sånn synd på meg sjøl skjønner du. Og da faller jeg veldig fort i den der; da skal du i hvert fall ikke ha det presset – nå har du mer enn nok. Jeg hører meg sjøl overbevise meg sjøl.»

Familiesituasjon, jobbsituasjon og økonomi er også faktorer som informantene nevnte som utfordringer knyttet til det å videreføre atferdsendringer eller komme i gang igjen med endringer ved tilbakefall.

En av informantene syntes det var krevende å prioritere trening i forhold til familien:

«Hadde det bare vært meg å tenke på så hadde det ikke vært noe problem»

En annen opplevde prioriteringen i forhold til jobb som en utfordring:

«I perioder så jobber jeg veldig mye, og da trener jeg mindre.»

Også når det gjelder kosthold, snakket flere av informantene om at det var vanskelig å gjennomføre det de visste de burde gjøre. En av informantene opplevde at det var vanskelig å slutte med gamle uvaner, som småspising mellom måltider:

«Men veldig ofte så tenker jeg etterpå, at kroppen ikke hadde behov for det. Og da tenker jeg at det må jo sitte noe oppi hodet, som ikke greier å stoppe. Det er det mest skremmende. (...) Så da tenker jeg, hvorfor gjør jeg ikke det jeg egentlig skal?»

5.4.2 Veien videre: «Men i morgen er det en ny dag»

Uavhengig av helsemessige problemer eller andre barrierer, beskrev flere av informantene at det fort «sklei ut» hvis de hadde en dårlig dag. Samtidig kan det virke som at kurset hadde bidratt til at slike opplevelser ble taklet på en bedre måte enn tidligere. En av deltakerne ga uttrykk for det på denne måten:

«(...) Før så kunne jeg jo skli ut, og så var det liksom kjørt da! Mens nå så kan jeg faktisk tenke at 'ja, men i morgen er det en ny dag', istedenfor å tenke på mandag, eller neste måned eller neste år.»

En av informantene presiserte viktigheten av at man må være fornøyd med det man får til, og ikke føle seg mislykket selv om ikke alt går etter planen:

«Istedenfor å føle nederlag og å gi opp helt, så har jeg hatt fokus på å holde meg der, og så stabilisere meg. Og finne ut at dette var et helt greit nivå å ligge på. (...) Det må ikke være fem ganger i uka, og full pes hele tida. Det holder faktisk å møte opp en gang. Og så veit jeg det, at når jeg har møtt opp en gang, så syns jeg egentlig det er litt kult, og så drar det seg i gang. Men det er akkurat like utfordrende som før.»

Det var også en av informantene som var bevisst på at planlegging var viktig for at å få til de ønskede endringene:

«Hvis jeg bare får til det med planlegging, da tror jeg det vil gå mye bedre. Jeg tror ikke, jeg vet det – sånn innerst inne!»

Selv om alle informantene ga uttrykk for at de hadde hatt utfordringer knyttet til videreføring, var det noen som hadde klart å gjennomføre og opprettholde endringer i større grad enn andre. Det som kjennetegner de som hadde klart å opprettholde endringene i større grad, er at de hadde konkrete mål som de jobbet mot, og en klar formening om hva det var som motiverte dem til å fortsette.

6. DISKUSJON

Dette kapittelet omfatter resultat- og metodediskusjon. I resultatdiskusjonen vil resultatene fra studien diskuteres opp mot teori og empiri presentert i kapittel 2. I tillegg vil funnenes betydning og implikasjoner for praksis bli drøftet. I metodediskusjonen vil den metodiske tilnærmingen og dens styrker og svakheter bli drøftet opp i mot studiens resultater.

6.1 Resultatdiskusjon

Denne studien har hatt som formål å få innsikt i deltakernes opplevelser i tiden etter et gruppebasert livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral. Dette for å kunne si noe om hva et slikt tilbud kan bety for deltakernes helse, livsstil og livskvalitet, og i hvilken grad et slikt tilbud kan være et bidrag i det helsefremmende arbeidet i kommunen.

Fellesnevneren for opplevelsene som informantene beskrev, var at det er lettere å opprettholde nye levevaner når man er i en gruppe. På den måten virker sosial støtte å være en avgjørende faktor i endringsprosessen. Informantene beskrev at de hadde god kunnskap om hva en sunn livsstil innebærer, og at de i tiden etter kurset opplevde at de var mer bevisst på hva som skal til for å få en sunnere livsstil. De beskrev også at opplevelsen av å mestre aktiviteter, å føle at kroppen fungerte bedre og å se resultater, ga motivasjon i endringsprosessen. Men samtidig var det opplevelsen av utfordringer og barrierer som etter hvert hadde tatt overhånd for flere av informantene. For mange var dette på et tidspunkt da de ikke lenger hadde noen gruppe å støtte seg på. Dette gir inntrykk av at gruppetilhørighet er viktig for å klare å opprettholde endrede levevaner, og at det å være i gruppe er en beskyttende faktor for mange.

Disse funnene vil nå bli diskutert videre under de ulike kategoriene. Etersom hovedfunnet i denne studien er betydningen av å være i gruppe, vil dette gjenspeiles i alle avsnitt i den videre diskusjonen.

6.1.1 Sosial støtte – en avgjørende faktor

Sosial støtte og sosiale relasjoner er mestringsressurser som er viktig for å utvikle en sterk opplevelse av sammenheng (OAS) (Langeland 2011; Lindström og Eriksson 2015). Ved å ha personer rundt seg som bryr seg, og som man føler nærhet til, kan man takle situasjoner på en bedre måte.

I denne studien kom det frem flere fordeler rundt det å være i gruppe når man skal gjennomføre og videreføre livsstilsendringer. Informantene fremhevet faktorer som å dra hverandre i gang, motivere hverandre til å stå på, gi hverandre positive tilbakemeldinger, og gi hverandre tips og råd. Det var tydelig at det var godt å føle at det var flere som hadde de samme utfordringer. Flere sa at det var nyttig å høre andre si det samme som de selv tenkte. Dette kan tolkes som at det å være sammen med andre i samme situasjon er en viktig støtte i en endringsprosess. Dette viser også Mæhlum og medarbeidere (2012) i en studie av et livsstilsendringsprogram for overvektige. Sosial støtte blir også identifisert som den viktigste faktoren for vedlikehold av Murray og medarbeidere (2013).

Informantene opplevde også det at noen forventet noe av dem som positivt. Det at noen forventet at de kom, og forventet at de la ned en innsats og fullførte, ble fremhevet som positive faktorer. Dette kan forstås som at det oppleves forpliktende å være en del av en gruppe. Prescott og Børtveit (2004) skriver at forpliktende beslutninger kan gjøre at en endring også kan virke mer forpliktende, og at dette er en av fordelene med å være i gruppe når man skal ned i vekt. Dette bekreftes av funnene i denne studien.

Opplevelsen av at gruppesettingen er forpliktende, kom spesielt tydelig frem når informantene fortalte at det hadde vært krevende å opprettholde trening når PT-gruppa på treningssenteret tok sommerferie. Når det ikke lenger var noen som forventet at de kom, var det lett å finne unnskyldninger for ikke å trene. Vi kan på den måten anta at det å være i en gruppe er viktig for å hindre at man faller fra i en livsstilsendringsprosess. Dette finnes det også støtte for i tidligere studier (Verheijden mfl. 2005). Dette kan tolkes som at det å være i gruppe er en individuell mestringsressurs som gjør det lettere å opprettholde endrede vaner.

I tillegg viser funnene i denne studien at det å være i en gruppe bidrar til trygghet i form at av man er sterkere sammen. Dette kan være uttrykk for en kollektiv mestringsressurs som kan være med på å fremme personenes mestring i krevende situasjoner (Langeland 2011). Dette kom tydelig frem i forhold til det å begynne å trene på et treningssenter. Ved å være i en gruppe følte det tryggere å gå inn der, og mange overvandt på den måten en barriere. De turte å gå inn på en arena som de ellers ikke ville hadde følt seg komfortable med å gå inn på. Dette gjorde også at de i tiden etter kurset opplevde å ha tilhørighet til treningssenteret, noe som ble fremhevet som positivt av informantene. Flere fortsatte å trene på treningssenteret også utenom PT-gruppa. Slik tilhørighet kan også være uttrykk for en positiv mestringsressurs ved

at man er del av en kultur som muliggjør deltakelse på den aktuelle arenaen (Langeland 2011).

Samtidig var det ikke alle informantene som hadde valgt å bli med i PT-gruppa i etterkant av livsstilskurset. Disse informantene virker heller ikke å ha opplevd de samme barrierene som de som deltok i PT-gruppa, og det virker som de i større grad hadde klart å opprettholde endringene på egen hånd. Kanskje er dette et uttrykk for at personer med en sterk OAS og stor grad av andre tilgjengelige mestringsressurser, føler seg sterkere og mer i stand til å gjennomføre endringer på egen hånd. Og kanskje handler det også om ulik grad av mestringstro. For at en man skal føle at man har er i stand til å gjennomføre endringer, er både selvtillit, mestringstro og OAS sentrale faktorer (Green og Tones 2010).

Vissheten om at man har sosial støtte tilgjengelig, er ofte tilstrekkelig i følge Langeland (2011). I denne studien kan det synes som at denne oppfatningen varierte mellom informantene. Noen uttrykte at de visste at gruppa var der hvis de trengte det, mens andre var avhengig av å møte gruppa på trening for å føle at de hadde noen kontakt. Det kan virke som at dette til en viss grad hadde sammenheng med hvorvidt de hadde klart å opprettholde treningen alene eller ikke. De som klarte å opprettholde trening alene, opplevde at gruppa var tilgjengelig. Det kan også virke som at de som valgte å trene alene, uten PT-gruppa, opplevde ha sosial støtte tilgjengelig fra før. Dette kan være uttrykk for at personer som opplever en sterk OAS også opplever å ha sterke mestringsressurser tilgjengelig, ettersom vi vet at disse to komponentene er gjensidig forbundet (Langeland 2011). Kanskje er det slik at personer som opplever en sterk OAS har bedre forutsetninger for å videreføre endrede levevaner.

For å bidra til vedlikehold av endrede vaner, må man sikre at sosial støtte kommer inn på et tidlig tidspunkt (Murray mfl. 2013). Det er særlig viktig når vi vet at en vanlig barriere for vellykket atferdsendring er lite støttende sosialt nettverk (Martin, Haskard-Zolnierek og DiMatteo 2010). Kanskje er kartlegging og bevisstgjøring av sosial støtte som en mestringsressurs, noe man i tydeligere grad bør legge fokus på i tilnærmingen overfor mennesker som skal endre livsstil.

6.1.2 Kunnskap og bevisstgjøring er også viktig

Tradisjonelle helseopplysningskampanjer har vist seg å kunne bidra til økt kunnskap, større bevissthet og bedre holdninger knyttet til helseatferd. Det har imidlertid vist seg å ha liten effekt på endring av atferd hos de som trenger det mest (Green og Tones 2010).

Myndighetene i Norge har de siste årene hatt flere slike kampanjer, som for eksempel «5 om dagen» for å bidra til økt inntak av frukt og grønnsaker, og «Dine30» for å mobilisere flest mulig til mer fysisk aktivitet. Funnene i denne studien viser at informantene var godt kjent med hva som kjennetegner en sunn livsstil, og hva som skal til for å oppnå en sunnere livsstil. Dette kan være et uttrykk for at informasjonen om sunn livsstil er godt kjent blant folk flest. Utfordringen for informantene i denne studien, var å gjøre denne kunnskapen om til praksis. Dette handler kanskje om at man først må erkjenne at man har en problematisk atferd for å være klar for å ta i inn over seg den informasjonen som gis, slik at man kan ta en beslutning om atferdsendring (Prescott og Børtveit 2004).

I denne studien kom det frem at det var nyttig å høre hva de andre i gruppa fortalte om sin livsstil og sine utfordringer, og at det ga en økt bevissthet rundt egen atferd. Informantene opplevde at de i etterkant av kurset hadde mer bevissthet rundt helsevennlige og sunne valg, og at det var enklere å ta de sunne valgene. Det var også lettere å hente seg inn igjen hvis de sklei ut. Dette kan være uttrykk for at kurset hadde skapt en økt bevisstgjøring som var viktig for videre handling i tiden etter kurset (Askheim 2007). Erfaringsutveksling i gruppe kan slik sett være en viktig del av en empowermentprosess som setter personer i stand til å ta helsevennlige valg. Samtidig kan kunnskap og bevisstgjøring sees på som en mestringsressurs. Kunnskap gir innsikt og kan bidra til at man tar valg, og bevisste valg og handling kan styrke opplevelsen av mestring (Langeland 2011).

Informantene ga også uttrykk for at de hadde fått et endret fokus gjennom kurset. Fra å være opptatt av vekt og vektreduksjon, var fokuset flyttet til bedre helse og sunn livsstil. Det å være sunn til tross for at man er overvektig, kan virke som en viktig erkjennelse for informantene. Dette kan være et uttrykk for at en salutogen tilnærming med fokus på det friske og det som fremmer helse kan ha hatt sin effekt. Dette kan være viktig for deltakernes mestringstro og OAS, og dette må kunne sies å være en av fordelene med et livsstilskurs til forskjell fra et tradisjonelt slankekurs. Et for stort fokus på vekt kan bidra til økt risiko for tilbakefall fra endrede vaner, ved at de som ikke opplever vektnedgang opplever at de mislykkes og mister

motivasjonen (Byrne, Cooper og Fairburn 2003). Loland og Dyrstad (2014) skriver også at flere forskere støtter denne kritikken til et ensidig fokus på vekt og BMI i behandling av overvektige personer, og at fysisk aktivitetsnivå bør være en minst like viktig faktor.

Samtidig er det viktig at man i tilnærmingen til overvektige husker på at aktør og struktur henger sammen. Et ensidig fokus på den enkeltes muligheter kan bidra til «blaming the victim» (Rønning 2007). Dette kan være ulempen med empowermenttenkningen. Det er viktig også å ha fokus på hvilke forhold som faktisk er utenfor deltakernes kontroll. Da kan man isteden sette inn ressursene på de faktorene man kan gjøre noe med.

6.1.3 Mestring gir motivasjon

Informantene ga uttrykk for at de var mest motivert for endring når det gjaldt trening. Flere mente også at ved å komme i gang med trening, ville kostholdsendringer komme av seg selv. Det virker også som det fungerte slik i praksis. Opprettholdelse av fysisk aktivitet var viktig for at de andre livsstilsendringene, særlig knyttet til kosthold, skulle opprettholdes.

Flere av informantene fremhevet gode mestringsopplevelser knyttet til trening. De hadde fått oppleve at trening var morsomt, og at de klarte å gjennomføre treningsøkter som de ikke hadde trodd de skulle klare. Mestring henger tett sammen med OAS, og det å fremme mestring vil være viktig for å fremme helse og velvære (Drageset, S. 2014).

Flere av informantene hadde fortsatt med trening i perioden etter livsstilskurset fordi de syntes det var gøy. Dette kan bety at slike gode mestringsopplevelser har stor betydning for utvikling av motivasjon for trening. Opplevelsen av at trening er gøy, gir på den måten en indre motivasjon. Slik indre motivasjon er viktig for å opprettholde en aktivitet over tid (Martin, Haskard-Zolnierek og DiMatteo 2010). Self-efficacy (mestringstro) trekkes i flere studier frem som en viktig faktor i forhold til å øke fysisk aktivitet blant overvektige (Olander mfl. 2013; Teixeira mfl. 2015). Mestringsopplevelser er viktig for utvikling av mestringstro (Green og Tones 2010), og det er derfor viktig å legge til rette for gode mestringsopplevelser for denne målgruppen.

I denne studien kom det frem at spinning (innendørs sykling i gruppe) var en aktivitet som mange likte og som ga gode mestringsopplevelser. Det var også en aktivitet som mange hadde fortsatt med i perioden etter livsstilskurset. Spinning er trening med høy intensitet, og

høyintensitetstrening har vist seg å ha positiv effekt på både kondisjonsnivå og reduksjon av risikofaktorer for personer med økt risiko for livsstilssykdommer (Weston, Wisloff og Coombes 2014). Informantene i denne studien ga uttrykk for at de likte slik høyintensitetstrening der de måtte presse seg selv, og der de ble pushet av instruktørene til stå på. Spinning er samtidig en aktivitet der alle kan trene sammen uansett nivå, da det er lett å tilpasse belastningen. Det er også en aktivitet der man ikke trenger å bære sin egen kroppsvekt, og det kan være gunstig for overvektige ved at de føler at de klarer mer.

Det å trene i gruppe virker også å være en viktig faktor, ved at man da får motivasjon til å gjøre en ekstra innsats under treningene. Informantene i denne studien ga uttrykk for at det var mer morsomt å trene sammen med andre. Det bidro til gode mestringsopplevelser knyttet til trening og aktivitet. For mange var det mestring å oppleve at de klarte å delta på treningstimer på lik linje med de andre. Her kom det imidlertid også frem at noen av informantene også hadde kjent på følelsen av å ikke strekke til, og at de andre var mye bedre enn dem. Dette er følelser som kan bidra til lavere mestringsstro, og som kan hemme en endringsprosess. Det vil derfor være viktig å ta hensyn til dette i planlegging av tiltak for overvektige.

Opplevelse av belønning i form av å se resultater av det arbeidet man har lagt ned, og å få anerkjennelse for god innsats, kan også bidra til økt motivasjon (Prescott og Børtveit 2004). Informantene fortalte om opplevelsen av å ha kondis til å henge med på samme tempo som andre, og å kunne være med på økter som alle andre hadde. Mange sammenlignet seg da med kollegaer og andre medlemmer på treningssenteret. Det å ikke føle seg unormal fordi man er overvektig ble fremhevet som en positiv opplevelse. Dette kan være uttrykk for at god fysikk også er en mestringsressurs (Langeland 2011).

Flere av informantene fremhevet også mer overskudd og energi i tiden etter kurset, og de opplevde at de hadde en bedre helse. Dette kan vi anta at kan ha en sammenheng med mestringsressursene beskrevet over; sosial støtte, økt kunnskap og bevisstgjøring og bedre fysikk. Dette på grunn av sammenhengen mellom tilgjengelige mestringsressurser og en sterk OAS (Langeland 2011), og fordi vi vet at OAS er sterkt relatert til opplevelse av helse, og særlig mental helse (Eriksson og Lindstrom 2006).

Det å se og høre at andre klarer å gjennomføre endringer, kan virke motiverende for noen. Samtidig kan andre få dårlig samvittighet dersom man ikke klarer å være like flink. Dette så vi eksempler på i denne studien. Her er det en viktig balansegang, som man må ta hensyn til når det gjelder gruppetilbud. Dette er et uttrykk for at strukturell støtte – det å ha signifikante andre rundt deg, er noe annet enn funksjonell støtte – den subjektive opplevelsen av støtte (Verheijden mfl. 2005). Den subjektive opplevelsen av støtte er sterkt påvirket av personlighet. Dette fremhever viktigheten av å kartlegge personlige mestringsressurser, for å kunne legge til rette for å styrke disse.

6.1.4 Når barrierene tar overhånd

Mange studier har vist at det å opprettholde endrede levevaner over tid er vanskelig (Teixeira mfl. 2015). Samtidig er det gjort lite forskning på de som ikke lykkes med en livsstilsendring/vektreduksjon, og prosessene som er assosiert med dette (Byrne, Cooper og Fairburn 2003). De fleste studier har sett på om en intervensjon har effekt, og evt. hva som kjennetegner de som lykkes. Dette gjelder også undersøkelser gjort ved frisklivssentraler i Norge (Eliassen 2014; Hauge 2014; Bolstad 2015).

I denne studien har vi også fått innblikk i hva som har vært utfordrende i tiden etter livsstilskurset. Funnene er kanskje ikke overraskende, da opplevelsen av ulike barrierer er et kjent fenomen i livsstilsendringsprosesser (Martin, Haskard-Zolnierek og DiMatteo 2010). Informantene i denne studien ga uttrykk for at helsemessige utfordringer, i tillegg til familiesituasjon, jobbsituasjon og økonomi, var den største barrieren i forhold til å videreføre livsstilsendringene. Dette er barrierer som også går igjen i andre undersøkelser (Byrne, Cooper og Fairburn 2003; Murray mfl. 2013; Følling, Solbjør og Helvik 2015). De helsemessige plagene gjorde informantene usikre og engstelige, og dette førte igjen til at de fant gode unnskyldninger for å utsette og droppe treninger, og for å trøstespise og falle tilbake til gamle mønstre. Det virker som de fikk en følelse av at «alt raknet».

Informantene reflekterte over at det var dumt å ha slike unnskyldninger, men klarte samtidig ikke å ha noen gode forklaringer på hvorfor det var så utfordrende å holde på de gode vanene. Det som er interessant å registrere, er at de aktuelle barrierene hadde dukket opp på omtrent samme tidspunkt som når PT-gruppa hadde tatt sommerferie. Det styrker inntrykket av at det

faste holdepunktet og den sosiale støtten som gruppa hadde representert, var en viktig mestringsressurs for deltakerne. Når gruppa ble borte tok barrierene overhånd.

Dette kan være et uttrykk for informantene i for liten grad var forberedt på hvordan de skulle takle barrierer. Å bli klar over aktuelle barrierer, og å være bevisst på hvordan man takler disse, er avgjørende (Gallagher mfl. 2006). Det kan ha vært for lite fokus på dette temaet i livsstilskurset, noe som førte til at informantene opplevde at de ikke hadde de rette verktøyene for takle utfordringene. Samtidig er det viktig å være klar over at personlighet også har betydning for hvordan vi klarer å opprettholde atferdsendringer (Martin, Haskard-Zolnierek og DiMatteo 2010). Personer som er ansvarsfulle, liker å planlegge og har god impuls kontroll har ofte bedre helseatferd. Kartlegging av individuelle forutsetninger er derfor et sentralt punkt.

6.1.5 Funnenes betydning og implikasjoner for praksis

Resultatene i denne studien har vist at det til tross for at informantene opplevde økt bevissthet og gode mestringsopplevelser, var flere som ikke klarte å opprettholde ønskede livsstilsendringer i perioden etter livsstilskurset. De ga uttrykk for at det gikk greit den første tiden etter at kurset var avsluttet, men at det senere ble mer utfordrende å opprettholde de nye vanene.

Det kan være mange ulike grunner til at livsstilsendring er vanskelig å opprettholde, og de fleste vil støte på ulike barrierer i endringsprosessen. Målet må da være å unngå at disse barrierene tar overhånd, ved at man har verktøy eller mestringsressurser til å takle de utfordringene som kommer (Langeland 2011). Dette vil være med på å styrke OAS, gjennom at endringsprosessen oppleves forståelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky 2012). Dette kan være sentrale aspekter ved en endringsprosess, da vi vet at en sterk OAS predikerer sunn helseatferd (Lindström og Eriksson 2015).

En viktig oppgave ved frisklivssentralene, i tillegg til å initiere en endringsprosess, er å gi tilstrekkelig med verktøy til å takle utfordringer som dukker opp underveis i endringsprosessen (Helsedirektoratet 2013). I denne studien har man sett at sosial støtte gjennom gruppetilhørighet kan virke å være en slik avgjørende mestringsressurs, men at informantene ikke i tilstrekkelig grad var bevisst på dette. Dette kan vi anta ut i fra at flere av informantene hadde opplevd perioden uten et gruppetilbud som mer utfordrende enn når de

hadde gruppa å støtte seg på, og at de ikke ga uttrykk for at de hadde noen alternative mestringsstrategier i denne perioden. Samtidig har vi sett at det er individuelle forskjeller når det gjelder behovet for gruppetilhørighet, ettersom det ikke var alle informantene som hadde valgt denne formen for videreføring av aktivitet etter livsstilskurset. Dette kan være et bilde på at vi har ulike individuelle mestringsressurser, og at det er viktig å kartlegge hvilke mestringsressurser man har tilgjengelig. Resultatene i denne studien styrker dermed funn fra tidligere studier, som viser at økt bevissthet rundt generelle mestringsressurser og deres betydning for mestringsstro og økt OAS, er viktig ved livsstilsintervensjoner (Murray mfl. 2013; Følling, Solbjør og Helvik 2015).

Disse resultatene kan bety at fremtidige tiltak knyttet til livsstilsendring for overvektige bør ha et sterkere fokus på kartlegging og bevisstgjøring, av både individuelle og kollektive mestringsressurser. Dette kan videre bety at praksisen ved de kommunale frisklivssentralene bør ha en økt bevissthet rundt dette. Særlig gjelder dette i forhold til arbeid med å forberede deltakere på tiden etter en reseptperiode ved frisklivssentralen.

Overgangen mellom trening og veiledning i trygge rammer ved en frisklivssentral, til det å skulle videreføre livsstilsendringer på egenhånd, er en sårbar overgang. Oppfølging av deltakere etter slike tiltak er en ressurskrevende oppgave, som en frisklivssentral kanskje ikke kan prioritere. Skal et tiltak ved en frisklivssentral være vellykket, er det likevel avgjørende at deltakerne opplever tiden etter tiltaket som positiv og at de klarer å opprettholde endringer. Dette er avgjørende for den enkelte deltaker, som legger ned store ressurser i å gjennomføre endringer i sin livsstil. I tillegg har det stor samfunnsmessig betydning, ved at det er kommunenes ressurser som forvaltes. Å gi overvektige personer et tilbud ved en kommunal frisklivssentral kan være en samfunnsøkonomisk investering. Dersom det bidrar til at de overvektige blir i bedre fysisk form og har en sunnere livsstil, kan det bety at de kan stå lengre i jobb og at de i mindre grad blir brukere av kommunens øvrige helsetjenester. Dette forutsetter da at perioden etter et kurs oppleves positiv for deltakerne, slik at de opprettholder livsstilsendringene og takler utfordringer som dukker opp underveis. Å være godt forberedt til denne perioden, ved å være bevisst på tilgjengelige mestringsressurser, kan slik sett være svært avgjørende.

Det må bemerkes at dette er én enkelt studie som bygger på et begrenset antall intervjuer, knyttet til et bestemt livsstilskurs ved én bestemt frisklivssentral, og med overvektige som

målgruppe. For å styrke studiens funn, kunne man hatt et bredere datagrunnlag. Det kunne vært løst gjennom et fokusgruppeintervju, eller flere individuelle intervjuer med andre deltakere fra lignende tilbud ved andre frisklivssentraler. En dypere innsikt ville man også kunne oppnådd dersom man hadde intervjuet informantene flere ganger ved ulike tidspunkter i prosessen. Dessverre var det ikke rom for å utvide studien i denne omgang. Konklusjonene kan ikke trekkes ut over de rammene denne studien har satt. Men ut i fra at studiens resultater støttes av funn fra andre studier på tilsvarende målgrupper, indikerer dette at funnene har overføringsverdi til andre livsstilsendringstiltak.

Denne studien har hatt fokus på enkeltindividenes opplevelser. Like viktig er strukturelle tiltak for å påvirke sosioøkonomiske faktorer når det gjelder helsevennlig livsstil og forebygging av livsstilssykdommer. Kunnskap om individuelle opplevelser er likevel viktig, for å kunne tilrettelegge for enda mer hensiktsmessige tiltak for livsstilsendring i kommunehelsetjenesten i fremtiden. Frisklivssentralene virker å være en sentral arena i kommunenes helsefremmende arbeid. Det er en arena der forholdene ligger til rette for å kunne styrke enkeltindividets ressurser til å få kontroll over og forbedre sin helse, og til å sette fokus på strukturelle tiltak i samfunnet som er viktig for å bedre befolkningens helse.

Videre forskning bør ha fokus på å belyse hvilke faktorer som har betydning for oppfølgingstiden etter et tilbud ved en frisklivssentral. Det er viktig å få kunnskap om hvilke oppfølgingstiltak som er effektive og hensiktsmessige, både for deltakerne og for kommunen, slik at den enkeltes og kommunens ressurser forvaltes på en hensiktsmessig måte. Studier som ser på effektene av ulike typer oppfølgingstiltak vil kunne belyse dette. Dette vil kunne gi kunnskap som kan være av stor betydning for hvordan deltakerne opplever tiden etter et tilbud ved en frisklivssentral.

6.2 Metodediskusjon

I kvalitativ metode er forskeren det viktigste forskningsinstrumentet (Postholm 2010). I det følgende vil forskerens subjektivitet diskuteres, i den hensikt å gjøre en vurdering av studiens pålitelighet (reliabilitet) og troverdighet (validitet). Valg av metodisk og analytisk tilnærming vil også bli diskutert av samme hensikt.

6.2.1 Forskerrollen

Kvalitativ forskning vil alltid være påvirket av forskerens bakgrunn og forforståelse (Nilssen 2012). Forskeren kan ikke legge bort sin forforståelse, men isteden være bevisst på at den er til stede og gjøre den eksplisitt (Postholm 2010). Motivasjon for å gå i gang med forskning rundt et tema vil også gjerne ligge i forskerens bakgrunn og forforståelse (Neumann og Neumann 2012). Det var også tilfelle i denne studien. Forskers faglige interesse for temaet livsstilsendring, og erfaring fra arbeid med motivasjon for livsstilsendring blant hjertepasienter, var grunnleggende både for samarbeidet med frisklivssentralen om livsstilskurset, og for valget om å gjennomføre denne studien.

Forskerens rolle i denne studien, med både faglig nærhet til temaet og nært kjennskap til informantene og det livsstilskurset de hadde vært gjennom, kan være både en styrke og en svakhet ved studien. Svakheten ligger i at forsker kan ha hatt noen grunnleggende antakelser som har farget resultatene i studien (Nilssen 2012). Kjennskap til informantene og det kurset de hadde vært gjennom, kan ha gjort det vanskelig for forsker å se sammenhenger i funnene, fordi det følte selvsagt (Malterud 2003; Neumann og Neumann 2012). Et bevisst forhold til dette, kan være med på å forebygge uheldige konsekvenser av denne nærheten. Forsker var blant annet bevisst på å ikke ha noen kontakt med informantene i perioden mellom livsstilskurset og tidspunktet for intervjuene. Med dette ønsket forsker å oppnå en nysgjerrighet for hvordan det hadde gått med informantene i perioden etter at livsstilskurset var ferdig. Det kan likevel tenkes at kjennskapen til informantene har vært med på å forme de grunnleggende antakelsene om hvordan deltakerne hadde opplevd tiden etter livsstilskurset. Dette fordi forsker gjennom prosjektet fikk et inntrykk av hvilke utfordringer deltakerne hadde, og i hvor stor grad de lyktes med livsstilsendringer under kurset.

Samtidig er nærhet en styrke i kvalitativ forskning (Nilssen 2012). Feltkunnskap er på mange måter en forutsetning for å samle data fra relevante kilder i kvalitative studier (Malterud

2003). Nærheten til informantene kan ha gjort at forsker fikk tilgang til informasjon om deres endringsprosess som en forsker med en annen relasjon til informantene ikke ville ha fått. Både direkte tilgang til informasjon ved at informantene følte seg trygge på å dele personlige opplevelser, og indirekte ved at forsker hadde et annet utgangspunkt for å tolke fortellingene. I kvalitative studier er det viktig at man forsøker å balansere mellom nærhet og avstand, slik at man har nok nærhet til at man kan sortere det man får av informasjon, og nok avstand til at man fortsatt har den analytiske distansen (Neumann og Neumann 2012). Dette er en krevende balansegang, og forsker har etter beste evne forsøkt å legge til rette for å få det til. Valg av analysemetode ble viktig for å sikre en åpen tilgang til datamaterialet samtidig som troverdigheten i datamaterialet ble ivaretatt. Dette er bakgrunn for valg av den konstant komparative analysemetoden, som vil bli diskutert i kapittel 6.2.2.

En annen fordel med at forsker hadde en relasjon til informantene i forkant av intervjuene, er at de hadde en felleskunnskap. Noen ganger kan det være like mye felleskunnskapen som den faglige innsikten som gjør oss i stand til å forstå det vi observerer (Wadel 2014). Slik felleskunnskap kan samtidig gjøre at det er lett å ta ting for gitt, og man lar vær å stille spørsmål som det ville vært naturlig å stille dersom man ikke kjente prosjektet så godt. Forsker var derfor bevisst på å ha en åpen tilnærming i intervjuene, og valgte en omfattende intervjuguide for å favne om mange aktuelle temaer. Forsker var samtidig bevisst på å ha en åpen tilnærming til at informantene kunne bringe andre og uventende temaer inn i samtalen (Postholm 2010).

I intervjusituasjonen kan forskerens rolle og erfaringer likevel ha hatt betydning for hvilke temaer som kom opp. Det ble mye fokus på informantenes opplevelser knyttet til fysisk aktivitet i samtale. Det var også her fellesforståelsen mellom informantene og forsker var sterkest, ettersom forsker hadde vært sammen med dem under en del av treningene i løpet av livsstilskurset. Forsker var ikke tilstrekkelig forberedt på dette, og kunne i større grad ha utfordret deltakerne på å fortelle om deres opplevelser knyttet andre temaer.

En av fordelene ved å ha en relasjon til informantene, var at forsker kunne forberede seg på hvordan intervjuet ville bli. Forsker fikk derfor ingen overraskelser med tanke på språklige eller relasjonelle utfordringer. En forutsetning for kvalitet i intervjustudier, er at det skapes intersubjektivitet mellom forsker og informant (Dalen 2011). Dette er særlig viktig for

kvaliteten i fortolkningene av informantenes uttalelser. Slik sett kan forskers rolle ha vært med på å styrke validiteten i denne studien.

6.2.2 Metodisk og analytisk tilnærming

I kvalitative studier er det nesten alltid snakk om forholdsvis små, hensiktsmessige, bredt sammensatte utvalg (Dalen 2011). Et intensivt design med et lite utvalg ble valgt i denne studien, med den hensikt å få grundige beskrivelser og nyanserte oppfatninger av informantenes opplevelser i tiden etter livsstilskurset (Jacobsen 2010). Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter for å sikre en bredde i utvalget. Bredden i utvalget var ment å skulle sikre det datamaterialet som kunne gi det beste grunnlaget for å besvare problemstillingen, samt tilføre nye kunnskap til feltet. Dette vil kunne være med på å styrke den interne gyldigheten eller troverdigheten i studien (Malterud 2003).

Forskerens grundige kjennskap til feltet gjorde også at et relativt lavt antall informanter ble vurdert som tilstrekkelig for å gi et rikt datamateriale (Malterud 2003). Forskers rolle kan samtidig ha påvirket datamaterialet ved at informantene tilpasset det de snakket om ut i fra sin relasjon til forsker, slik som beskrevet i kapittel 6.2.1. Noen funn vil alltid kunne skyldes undersøkelsen, ved at informantene som deltar i en undersøkelse opptrer på andre måter enn de ellers ville gjort (Jacobsen 2010). Det er derfor sannsynlig at informantene i denne studien hadde opptrådt annerledes dersom det var en forsker de ikke hadde en relasjon til på forhånd, som igjen kunne gitt andre funn.

Gyldigheten eller troverdigheten av funnene i en studie, er avhengig av funnenes relevans (Malterud 2003). Har man fått svar på det man faktisk lurte på, og gir det et relevant grunnlag for å svare på problemstillingen? Fokuset på fysisk aktivitet som preger resultatene i denne studien kan sees på som en undersøkelseeffekt. Samtidig virker det å være relevante og interessante funn, som er en viktig del av informantenes opplevelser i tiden etter livsstilskurset. Informantene var i tillegg åpne og fortalte ærlig om utfordringer knyttet til videreføring av fysisk aktivitet og andre livsstilsendringer. Dette styrker forskers oppfatning av at funnene gir et relevant grunnlag for å svare på problemstillingen. Samtidig må det påpekes at en annen forsker kanskje hadde kommet til å presentere andre resultater, ved at andre nyanser i deltakernes opplevelser av tiden etter livsstilskurset ville kommet frem.

Forskere relativt begrenset erfaring med kvalitativ forskning må tas med i vurderingen, når man vurderer kvaliteten på datamaterialet. Forsker har tidligere gjennomført én kvalitativ intervjuundersøkelse blant hjerterehabiliteringsdeltakere (bacheloroppgave). Ellers har forsker erfaring med kartleggings og motiveringssamtaler med hjerterehabiliteringsdeltakere.

Lydopptakene gjort under intervjuene var av god kvalitet. Alle intervjuene ble transkribert fullt ut, med en så korrekt gjengivelse av informantenes uttalelser som mulig. Ideelt sett burde transkripsjonen vært gjort så raskt som mulig etter at intervjuene var gjennomført (Dalen 2011), men dette var av praktiske hensyn ikke gjennomførbart i denne studien. Informasjon kan ha gått tapt ved at forsker ikke lenger hadde stemningene fra intervjuene like klart i minnet. Feltnotater skrevet i direkte forlengelse av intervjuene var med på å redusere denne effekten i noen grad.

Underveis i intervjuene var det en kontinuerlig dialogisk validering (Malterud 2003). Forsker stilte oppfølgingsspørsmål for å forsikre seg om at hun oppfattet informantene rett. Ut over dette, har det ikke blitt foretatt noen informantsjekk i etterkant av intervjuene. Dette kunne ha vært med på å øke troverdigheten av studien (Nilssen 2012). Forsker hadde mulighet til å ta kontakt med deltakerne per telefon under analysefasen, men valgte å ikke gjøre det. Dette fordi det var gått lang tid siden intervjuene var gjennomført, og det var sannsynlig at informantene ikke lenger husket hva de hadde snakket om. Kanskje hadde de også andre opplevelser og fortellinger å komme med, som ville påvirket funnene i studien.

Analyse av intervjuene er en fase der subjektivitetens fallgruver kan lure (Postholm 2010). Forsker var derfor bevisst på at valg av analysemetode skulle ivareta en så åpen tilnærming til datamaterialet som mulig. Den konstant komparativ analysemetoden ble vurdert som en god analysemetode for å ivareta denne åpne tilnærmingen, da den har som formål at dataene skal behandles på en mest mulig induktiv måte. Forsker forsøkte også å innta en beskrivende holdning, med den intensjon å representere informantenes stemme så lojalt som mulig (Malterud 2003). Forskerens forforståelse vil likevel alltid være tilstede, og på den måten blir det en interaksjon mellom induksjon og deduksjon (Postholm 2010). Forskerens teoretiske kunnskap og tidligere erfaring med at videreføring av livsstilsendring er krevende, vil derfor uansett ha vært med inn i analyse og tolkning av datamaterialet.

Postholm (2010, s. 105) skriver at «Analysen avsluttes ikke før forskeren har satt siste punktum for skrivearbeidet», og det har forsker fått erfare i denne studien. Analyseprosessen har vært en omfattende prosess, både praktisk og tankemessig. Det har vært lærerikt og interessant, samtidig som det har vært krevende. Det er vanskelig som uerfaren forsker å vurdere om de analytiske grepene og slutningene har vært hensiktsmessige, og dette har vært en utfordring underveis i skriveprosessen.

7. KONKLUSJON

Denne studien har undersøkt hvordan deltakerne har opplevd tiden etter et gruppebasert livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral. Dette for å få kunnskap om hva et slikt tilbud kan bety for deltakernes helse, livsstil og livskvalitet. Salutogense og empowerment har dannet den teoretiske referanserammen for studien.

Studien viser at informantene opplevde gruppetilhørighet som en sentral mestringsressurs i tiden etter livsstilskurset. Økt kunnskap og bevisstgjøring knyttet til en sunn livsstil, mestringsopplevelser gjennom erfaringer med fysisk aktivitet, samt opplevelse av bedre fysisk form og bedre helse, hadde også vært med på å fremme følelse av empowerment og opplevelse av sammenheng (OAS) hos informantene. Likevel opplevde flere at ulike barrierer, som helsemessige utfordringer, familiesituasjon og arbeidssituasjon, etter hvert tok overhånd.

Basert på disse resultatene, er konklusjonen at det å ha de rette mestringsressursene tilgjengelig, kan være avgjørende for å kunne takle de utfordringene man møter i en endringsprosess. Fokus på å kartlegge generelle mestringsressurser, og å jobbe med å styrke disse, kan bidra til en sterkere OAS. Dette kan igjen bidra til at man står bedre rustet til å takle de utfordringene som dukker opp. Økt fokus på mestringsressurser og mulige barrierer, kan dermed bidra til at fremtidige livsstilskursdeltakere opplever at de mestrer tiden etter et livsstilskurs på en bedre måte. Dette kan ha stor betydning for deltakernes videreføring av endret livsstil, og for deres helse og livskvalitet.

Studien ønsket også å kunne si noe om i hvilken grad et gruppebasert livsstilskurs i regi av en frisklivssentral kan være et bidrag i det helsefremmende arbeidet i kommunen. Konklusjonen er at et livsstilskurs kan være et slikt bidrag. Dette kan vi si med bakgrunn i at deltakerne opplevde bedre helse og sunnere livsstil etter kurset. Samtidig fikk de økt fokus på at man kan ha god helse og sunn livsstil uavhengig av vekt og vektreduksjon. Dette er en helhetlig tilnærming som er i tråd med den salutogene tankegangen, og i tråd med prinsippene for helsefremmende arbeid. Det helsefremmende bidraget gjennom et slikt livsstilskurs kan bli enda større dersom det i tillegg er økt fokus på å styrke generelle mestringsressurser. Deltakerne kan da i enda større grad opplevd å ha kontroll over og mulighet til å forbedre sin helse og livsstil i tiden etter livsstilskurset.

8. REFERANSER

- Aadland, E. (2011) «Og eg ser på deg...»: vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anderberg, G. O. (2014) *Ett år etter frisklivsresept: en kvalitativ studie om deltakerens opplevelse av endring*: Masteroppgave. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Ås.
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2007) 'Empowerent - ulike tilnærminger', i Askheim, O. P. og Starrin, B. (red.) *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 21-33.
- Askheim, O. P. og Starrin, B. (2007) 'Empowerment - et moteord?', i Askheim, O. P. og Starrin, B. (red.) *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 13-20.
- Bjurholt, K. F. (2014) *Evaluering av norske frisklivssentraler - En prospektiv intervensjonsstudie*. Masteroppgave. Norges teknisk-naturvitenskapelige unviversitet, Trondheim.
- Bjørnerud, A. M. (2014) *Fysisk aktivitet på resept: Tre års oppfølging av aktivitetsnivå og helserelatert livskvalitet*. Masteroppgave. Nordic School of Public Health, Göteborg.
- Blom, E. mfl. (2015) *En kunnskapsoppsummering om frisklivssentraler i Norge*. Tilgjengelig fra: <http://mestring.no/wp-content/uploads/2015/12/Blom.pdf> (Hentet: 18.05.16).

- 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. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Branstad, A. (2003) 'Fra monolog til dialog. Fra én maktform til en annen?', i Hauge, H. A. og Mittelmark, M. B. (red) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget, s. 162-173.
- Bratland-Sanda, S., Lislevatn, F. og Lerdal, A. (2014) 'Frisklivsresept - en tverrsnittundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune.', *Fysioterapeuten*, (3/14), s. 18-24.
- Byrne, S., Cooper, Z. og Fairburn, C. (2003) 'Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study', *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 27(8), s. 955-62.
- Dahl, A. M. (2013) *"Bra mat for bedre helse" kurs: en undersøkelse av deltakeres erfaringer*. Masteroppgave. Høgskolen i Hedmark, Elverum.
- Dahl, E., Bergli, H. og Wel, K. A. v. d. (2014) *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus (Sammendragsrapport).
- Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Denison, E. mfl. (2010) *Effekter av tiltak utenfor helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet hos voksne: systematisk kunnskapsoversikt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport nr. 19-2010).

- Denison, E. mfl. (2012) *Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport nr 12-2012).
- Denison, E. mfl. (2014) *Effekter av mer enn tre måneders organisert oppfølging på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med økt risiko for livsstilsrelatert sykdom*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (nr 16- 2014).
- Drageset, J. (2014) 'Sosial støtte - et salutogent begrep og forskningsfelt', i Haugan, G. og Rannestad, T. (red.) *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm, s. 85-98.
- Drageset, S. (2014) 'Mestring', i Haugan, G. og Rannestad, T. (red.) *Helsefremming i Kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm, s. 85-98.
- Ekornrud, T. og Thonstad, M. (2016) *Frisklivssentraler i kommunane*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå (Rapporter 2016/07).
- Eliassen, M. (2014) *Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer: en kvalitativ studie*. Masteroppgave. Universitetet i Tromsø.
- Eriksson, M. og Lindstrom, (2006) 'Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), s. 376-81.
- Folkehelseinstituttet (2014) *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2014:4).
- Freire, P. (1999) *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Fyrland, L. (2005) *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Følling, I. S., Solbjør, M. og 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*, (16:73).
- Gallagher, K. I. mfl. (2006) 'Psychosocial factors related to physical activity and weight loss in overweight women', *Medicine and science in sports and exercise*, 38(5), s. 971-980.
- Gilje, N. og Grimen, H. (1993) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Green, J. og Tones, K. (2010) *Health promotion*. Los Angeles: Sage.
- Haugan, G. og Rannestad, T. (2014) 'Helsefremming i kommunehelsetjenesten', i Haugan, G. og Rannestad, T. (red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm, s. 15-25.
- Hauge, H. C. U. (2014) *Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral: En kvalitativ studie*. Masteroppgave. Nordic School of Public Health, Göteborg.
- Heggøy, K. (2016) *Helsefremming hos overvektige deltakere ved Frisklivssentral: en kvalitativ studie*. Masteroppgave. Høgskolen i Sørøst-Norge, Vestfold.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Regjeringen (St.mld. nr. 47, 2008-2009).

- Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) *Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar*. Oslo: Regjeringen (Meld. St. 34, 2012-2013).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013b) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Regjeringen (Meld. St. 29, 2012-2013).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a) *Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter*. Oslo: Regjeringen (Meld. St. 19, 2014-2015).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b) *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Regjeringen (Meld. St. 26, 2014-2015).
- Helsedirektoratet (2011) *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1735).
- Helsedirektoratet (2013) *Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1896).
- Helsedirektoratet (2015) *Utviklingen i norsk kosthold 2015*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2382).
- Hummelvoll, J. K., Andvig, E. og Lyberg, A. (2010) *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hurrød, L. (2016) *Erfaring med fysisk aktivitet over ett år etter endt frisklivsperiode*. Masteroppgave. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Ås.
- Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2011) 'Salutogene samtalegrupper - en arena for økt mestring og velvære', i Lerdal, A. og Fagermoen, M. S. (red.) *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 208-234.
- Lauvang, M. (2014) *Frisklivsresept som virkemiddel for atferdsendring*. Masteroppgave. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Ås.
- Lerdal, A., Celius, E. H. og Pedersen, G. (2013) 'Prescribed Exercise: A Prospective Study of Health-Related Quality of Life and Physical Fitness Among Participants in an Officially Sponsored Municipal Physical Training Program', *Journal of Physical Activity and Health*, 10(7), s. 1016-1023.
- Lie, S. S. mfl. (2013) 'Norwegian primary health care: Evaluation og av lifestyle intervention Program', *Fysioterapeuten*, (11/13), s. 16-22.
- Lindström, B. og Eriksson, M. (2015) *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Loland, M. (2013) *Helserelatert livskvalitet hos deltagere i et kommunalt livsstilsendringstiltak; Stor og Sterk*. Masteroppgave. Universitetet i Stavanger.
- Loland, M. og Dyrstad, S. M. (2014) 'Endring i helsereelatert livskvalitet gjennom et ettårig kommunalt livsstilsendringstiltak', *Fysioterapeuten*, (2/14), s. 20-25.

- Maehlum, S. mfl. (2012) 'The Hjelp24 NIMI Ringerike obesity clinic: an inpatient programme to address morbid obesity in adults', *British Journal of Sports Medicine*, 46(2), s. 91-4.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, L. R., Haskard-Zolnierek, K. B. og DiMatteo, M. R. (2010) *Health behavior change and treatment adherence: evidence-based guidelines for improving healthcare*. New York: Oxford University Press.
- Moksnes, U. K. (2014) 'Opplevelse av sammenheng', i Haugan, G. og Rannestad, T. (red.) *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm, s. 41-51.
- Murray, J. mfl. (2013) 'A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk', *BMC Cardiovascular Disorders*, (13:48).
- Neumann, C. E. B. og Neumann, I. B. (2012) *Forskeren i forskningsprosessen: en metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Nilssen, V. L. (2012) *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordland, E. (1999) 'Paulo Freire - pedagogikk for medmenneskelighet og samfunnsendring', i Freire, P. (red.) *De undertryktes pedagogikk*. Oslo Ad notam Gyldendal, s. 9-17.

Olander, E. K. mfl. (2013) 'What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, (10:29).

Oldervoll, L. M. og M. Lillefjell (2011) *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling.*

Innherredsmodellen - Trinn 1. Kunnskapsoversikt. Tilgjengelig fra:

[http://www.innherred-samkommune.no/prosjekt/frisklivssentraler/dok/](http://www.innherred-samkommune.no/prosjekt/frisklivssentraler/dok/kunnskapsoversikt_2011_150411.pdf)

[kunnskapsoversikt_2011_150411.pdf](http://www.innherred-samkommune.no/prosjekt/frisklivssentraler/dok/kunnskapsoversikt_2011_150411.pdf) (Hentet: 03.11.15)

Ommundsen, Y. og A. A. Aadland (2009) *Fysisk inaktive voksne i Norge: hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet.* Oslo: Helsedirektoratet, Kreftforeningen og Norges bedriftsidrettsforbund (IS 1740).

Postholm, M. B. (2010) *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier.* Oslo: Universitetsforlaget.

Prescott, P. og T. Børtveit (2004) *Helse og atferdsendring.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Rønning, R. (2007) 'Brukermedvirkning og empowerment - gammel vin på nye flasker?', i Askheim, O. P. og Starrin, B. (red.) *Empowerment: i teori og praksis.* Oslo: Gyldendal akademisk, s. 34-46.

Selø, B. (2013) *Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en Frisklivssentral.* Masteroppgave. Høgskolen i Hedmark, Elverum.

- Stang, I. (2003) 'Bemyndigelse. En innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten', i Hauge, H. A. og Mittelmark, M. B. (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget, s. 141-161.
- Strøm, A. og Fagermoen, M. S. (2011) 'Brukermedvirkning som medtjenesteytelse – brukerrepresentanter som samarbeidspartnere', i Lerdal, A. og Fagermoen, M. S. (red.) *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning.* Oslo: Gyldendal akademisk, s. 63-81.
- Teixeira, P. J. mfl. (2015) 'Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators', *BMC Medicine*, (13:84).
- Verheijden, M. mfl. (2005) 'Role of social support in lifestyle-focused weight management Interventions', *European Journal of Clinical Nutrition*, 59 (Suppl 1), s. 179-186.
- Wadel, C. (2014) *Feltarbeid i egen kultur*. 2. utg. Wadel, C. C. og Fuglestad, O. L. (red.) Flekkefjord: Cappelen Damm AS.
- Weston, K. S., U. Wisloff og J. S. Coombes (2014) 'High-intensity interval training in patients with lifestyle-induced cardiometabolic disease: a systematic review and meta-analysis', *British Journal of Sports Medicine*, 48(16), s. 1227-34.
- WHO (2016) *Health topics: Health promotion*. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/ (Hentet: 06.05.16).
- Wilkinson, R. og Pickett, K. (2011) *Ulikhetens pris*. Norsk utgave: Res Publica.
- Ystgaard, A. I. (2013) *Endring i levevaner: en kvantitativ studie om effekten av tiltak i frisklivssentralen i Gjøvik*. Masteroppgave. Høgskolen i Gjøvik.

Intervjuguide

Før oppstart:

- Informert samtykke.
- Du kan når som helst, og uten grunn, stoppe meg eller avbryte intervjuet underveis.
- Spørsmål før vi starter?

Bakgrunn:

- Hvor gammel er du?
- Hvor bor du?
- Er du i jobb nå? Evt. hva jobber du med?
- Var du i jobb da du gjennomførte livsstilskurset?

Tema 1: Før kurset

Hvis vi først tenker ca. et år tilbake i tid, da livsstilskurset ble annonsert;

1. Hvordan ble du oppmerksom på dette tilbudet ved FLS?
2. Hva gjorde at du ble interessert i kurset?
 - Hvorfor aktuelt for deg?
 - Tok du selv kontakt med FLS eller ble du henvist?
3. Hvilke tanker hadde du om kurset før oppstart?
 - Noen forventninger?
4. Kurset var lagt opp som et livsstilskurs. Hva mener du kjennetegner en sunn livsstil?
5. **Kan du beskrive livsstilen din før kurset startet?**
6. Hva ved denne livsstilen var uheldig, slik du ser det?
7. Var du **motivert** for å gjøre endringer på disse områdene?
 - Hva var du motivert til å endre på?

- Hva gjorde deg motivert?
 - *Hvis nei; hvorfor meldte du deg likevel på livsstilskurset?*
8. Hadde du noen konkrete **mål** for livsstilskurset før vi startet opp?
- Hva ønsket du å oppnå i løpet av de 12 ukene?
9. Hadde du noen **erfaringer** med livsstilsendring fra tidligere?
- Hvilke? (Positive/negative, organisert/på eget initiativ)
10. Hadde du **tro** på at du skulle klare å gjennomføre livsstilsendringer (denne gangen)?
- Hva gjorde at du hadde troen?
 - *Hvis nei; hvorfor du var likevel motivert til å gå i gang med kurset?*

Tema 2: Gjennomføring av kurset

Hvis vi tenker tilbake på selve kurset;

11. Hvordan opplevde du livsstilskurset?

12. Hva tenker du om **organiseringen**? (Etter jobb, 12 uker, tre dager per uke)

13. Hva synes du om å være del av en **gruppe**?

14. Hva synes du om **kombinasjonen av kurskvelder og treninger**?

15. Hva synes du om **strukturkurset** (mandager)?

- Aktuelle temaer?
- Utbytte av erfaringsutveksling/samtaler i gruppe?

16. Hva synes du om **treningene** (tirsdager og torsdager)?

- Type aktiviteter
- Intensitet?
- Treningssenter?

17. Opplever du at kurset innfridde dine **forventninger**?

- På hvilken måte? Evt. hvorfor ikke?
- Var det **noe du savnet** ved kurset?

18. **Førte kurset til noen endringer i din livsstil? På hvilken måte?**

- Hva lærte du?
- Nådde du målet ditt?
- Fornøyd eller behov for ytterligere endringer?

19. Opplevde du at du fikk **nødvendig støtte** til å gjennomføre endringene?

- **Hvem** ga deg støtte og **hva** opplevde du som støttende?
- **Hvor viktig** var denne støtten for deg?
- Behov for mer støtte? Noe som kunne vært gjort annerledes?

Tema 3: Etter kurset; livsstil, helse og livskvalitet

20. **Hvordan har du opplevd tiden etter kurset?**

- Hva har du hatt fokus på – vedlikehold eller videre endringer?
- Har du jobbet mot noe bestemt mål? Evt. hvordan har det gått?

21. Har du klart å opprettholde endringene/gjennomføre videre endringer?

- Hva har vært lett/vanskelig å opprettholde? (Aktivitet/kost/annet)

22. Hva har vært viktig for du har klart dette? Evt. hva har hindret deg i å klare det?

- Nødvendig støtte? Fra hvem, hvordan?
- Helsemessige utfordringer?
- Jobbmessige utfordringer?

23. **Hvordan vil du karakterisere din livsstil nå?**

- Fysisk aktiv?
- Hverdagsaktivitet?
- Kosthold?
- Jobb/stress?

24. Hva legger du i det å ha god helse?

25. Hvordan opplever du din helse nå?

26. Føler du at livsstilskurset har påvirket din helse? På hvilken måte?

27. Hva er god livskvalitet for deg?

28. Hva er viktig for at du skal oppleve god livskvalitet?

29. Har livsstilskurset påvirket din livskvalitet? Evt. på hvilken måte?

30. Hvordan ser du på tiden som kommer nå?

31. Har du noen mål for veien videre? Evt. hvilke?

32. Hva skal til for at du skal klare å gjennomføre dette?

33. Er du motivert for å få det til? Har du tro på at du skal klare det?

Oppsummering/avslutning:

- Oppsummere funn/inntrykk.
- Evt. avklaringer: "Har jeg forstått deg riktig?"
- Er det noe du vil legge til?
- Er det i orden at jeg ringer deg for evt. ytterligere informasjon om eller avklaringer rundt det vi har snakket om i dag?

Aktuelle kategorier

	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3	Intervju 4	Intervju 5	Intervju 6
1	Støtte	Støtte	Støtte	Støtte	Støtte	Støtte
2	Bli pusha		Bli pusha			
3	Forpliktelse	Forpliktelse	Forpliktelse			Forpliktelse
4	Motivasjon	Motivasjon	Motivasjon	Motivasjon	Motivasjon	Motivasjon
5	Mestringstro					
6	Barrierer	Barrierer	Barrierer	Barrierer	Barrierer	Barrierer
7	Mislykket					
8	Erfaringer	Erfaringer	Erfaringer	Erfaringer	Erfaringer	
9	Videreføring	Videreføring	Videreføring	Videreføring	Videreføring	Videreføring
10	Kunnskap	Kunnskap		Kunnskap		
11	Bevisstgjøring	Bevisstgjøring	Bevisstgjøring		Bevisstgjøring	Bevisstgjøring
12	Mestring	Mestring	Mestring	Mestring	Mestring	Mestring
13	Kosthold					
14	(Uvaner)					
15	Aktivitet					
16	Mestringsstrategi	Mestringsstrategi	Mestringsstrategi	Mestringsstrategi	Mestringsstrategi	
17	Veien videre	Veien videre	(Veien videre)	Veien videre	Veien videre	Veien videre
18	Opplevd helse	Helse	Helse	Helse	Helse	Helse
19		Livsstil	Livsstil	Livsstil	Livsstil	Livsstil
20		Oppfølging	Oppfølging	Oppfølging	Oppfølging	Oppfølging
21		Livskvalitet	Livskvalitet	Livskvalitet		Livskvalitet
22		Gruppe	Gruppe		Gruppe	Gruppe
23			Vekt	Vekt	Vekt	
24			Prioritering	Prioritering		
25			Praktisk kosthold			
26				Forventning		
27				Mål	Mål	Mål
28						Utilstrekkelig
29					Tilhørighet	
30					Resultater	Resultater
31	«Det mangler ikke på kunnskap»	«Det mangler ikke på kunnskap»	«Det mangler ikke på kunnskap»		«Det mangler ikke på kunnskap»	
32	«Lettere når vi er flere»	«Lettere når vi er flere»			«Lettere når vi er flere»	

Kategori 1: «Å være flere på laget» (rosa)

Intervju	Utdrag fra intervjuet	Kontekst	Tolkning
1:	<p>«Jeg vet jo veldig godt hva man må gjøre, men at man er flere, da er det lettere å fortsette, og så er det det vanskeligere å lure, ikke lure seg unna, men unngå å komma.»</p> <p>«Ja! For det vi gira hverandre og heia på hverandre. Det var helt fabelaktig bra. Det var kjempebra.»</p> <p>«Ja, da er man jo skikkelig gira. For man blir jo pusha av... Jeg blir pusha av de andre selv om de ikke gjør det. Da står vi på!»</p> <p>«Men jeg må bruke saltimer på Trento. Jeg fikser ikke å gå dit og trene alene. Da sluntrer jeg unna.» «Selv om jeg ikke kjenner noen av de andre. Men det er det at da gir du det du orker den dagen.»</p> <p>«Man fikk jo noen aha-opplevelser av å høre hva de andre sa» «Å få høre egentlig det samme som man egentlig tenker sjøl. Men andre sier det høyt da. Det var veldig bra».</p> <p>«Det var kjempe-åltreit når vi kom i gruppa! For jeg hadde ikke gått inn der aleine eller av eget initiativ og spurt om jeg hadde fått en prøvetime eller noe sånt noe. Det hadde jeg aldri verden gjort.»</p> <p>«For jeg har ei til å begynne å sykle sammen med trur jeg! For jeg gidder ikke å gjøre det aleine.»</p>	<p>Fordeler med kurset</p> <p>Å være i gruppe</p> <p>Motivasjon ved kursstart</p> <p>Videreføring av trening</p> <p>Kurskveldene</p> <p>Treningscenter under kurset</p> <p>Komme i gang med trening igjen – melde seg på Hamar-Oslo!?</p>	<p>Gruppekonseptet var en av grunnene til at flere valgte å melde seg på/bli med på kurset.</p> <p>Sosial støtte.</p> <p>Motivasjon/støtte.</p> <p>Forpliktelse.</p> <p>Støtte, ikke føle seg alene.</p> <p>Støtte, trygghet.</p> <p>Motivasjon, forpliktelse.</p>

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Erfaringer med gruppebasert livsstilskurs for overvektige i kommunehelsetjenesten. En kvalitativ oppfølgingsstudie av tidligere livsstilskursdeltakere.	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Gjøvik	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Avdeling for helse, omsorg og sykepleie	
Institutt	Seksjon for helse, teknologi og samfunn	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Geir	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Berg	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Førstemanuensis	
Arbeidssted	Seksjon for helse, teknologi og samfunn	
Adresse (arb.sted)	Postboks 191	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	2802 Gjøvik	
Telefon/mobil (arb.sted)	97676388 / 61135474	
E-post	geir.berg@hig.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Grethe Frank	
Etternavn	Strand	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Styrivegen 77	
Postnr/sted (privatadresse)	2080 Eidsvoll	
Telefon/mobil	41500170 /	
E-post	grethe.frank.strand@lhl-klinikkene.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Prosjektets formål: Få en dypere forståelse av hva et livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral kan gjøre for deltakernes helse, livsstil og livskvalitet, og derigjennom få en dypere forståelse for i hvilken grad et slikt livsstilskurs kan være et bidrag i det helsefremmende arbeidet i kommunen.</p> <p>Problemstilling: Hvordan opplever deltakerne at et gruppebasert livsstilskurs ved den kommunale frisklivssentralen har påvirket deres helse, livsstil og livskvalitet?</p> <p>Forskningsspørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke erfaringer har deltakerne med gjennomføring av livsstilskurset? 2. Hvordan har det gått med deltakerne i perioden etter at livsstilskurset ble avsluttet? 3. Hvordan opplever deltakerne at livsstilskurset har påvirket deres helse, livsstil og livsk 	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p> <p>Maks 750 tegn.</p>

6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Informantene vil være deltakere som gjennomførte 12 ukers gruppebasert livsstilskurs ved frisklivssentralen høsten 2014.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Det gjøres et strategisk utvalg blant deltakerne som gjennomførte livsstilskurset. Dette for å få en størst mulig bredde i utvalget med hensyn til bl.a. kjønn, alder og vekt. De ansatte ved Frisklivssentralen vil gjøre det strategiske utvalget på bakgrunn av føringer fra forsker.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	De ansatte ved Frisklivssentralen tar kontakt med de aktuelle informantene, og ber om muntlig samtykke til at forsker tar kontakt for å avtale tidspunkt for intervju.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på våre temasider.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	6-8 personer inngår i utvalget.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Det vil samles inn opplysninger deltakernes erfaringer med livsstilskurset (tiden før, selve kurset, tiden etter og veien videre). I tillegg vil det samles inn opplysninger om deltakernes tanker rundt helse, livsstil og livskvalitet, og om deltakerne opplever at livsstilskurset har ført til noen endringer på disse områdene.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke	Navn og telefonnummer samles inn for at forsker skal kunne ta kontakt med informantene for å avtale tidspunkt for intervju.	NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv</p>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	En liste med navn og telefonnummer på informantene oppbevares innelåst hos forsker. Det er kun forsker som har tilgang til listen. Dette for at det skal være mulig å ta kontakt med informantene dersom det skulle oppstå behov for dette i etterkant av intervjuene.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Passord-beskyttet privat datamaskin. Bærbar ekstern lydopptaker som oppbevares innelåst. Back-up av lydopptak og transkribert materiale lagres på passordbeskyttet sikker server ved LHL-klinikkene.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Privat bærbar datamaskin (passord-beskyttet).	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		

12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser

Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.05.2015 Prosjektslutt:15.06.2020	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Det benyttes ikke navn på informantene i oppgaven. Alle lydopptak slettes ved prosjektslutt. Det transkriberte datamaterialet slettes ved prosjektslutt.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte. Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	2	



Geir Vegard Berg
Seksjon for helse, teknologi og samfunn Høgskolen i Gjøvik
Postboks 191
2802 GJØVIK

Vår dato: 10.04.2015

Vår ref: 42771 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.03.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42771	<i>Erfaringer med gruppebasert livsstilskurs for overvektige i kommunehelsetjenesten. En kvalitativ oppfølgingsstudie av tidligere livsstilskursdeltakere.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Geir Vegard Berg</i>
<i>Student</i>	<i>Grethe Frank Strand</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Grethe Frank Strand grethe.frank.strand@lhl-klinikkene.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 42771

Formålet med prosjektet er å få en dypere forståelse av hva et livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral kan gjøre for deltakernes helse, livsstil og livskvalitet, og derigjennom få en dypere forståelse for i hvilken grad et slikt livsstilskurs kan være et bidrag i det helsefremmende arbeidet i kommunen.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Gjøvik sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.06.2020. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Erferinger med gruppebasert livsstilskurs for overvektige i kommunehelsetjenesten"

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en oppfølgingsstudie knyttet til prosjektet "Sammen får vi et friskere liv", gjennomført ved Frisklivssentralen i Eidsvoll høsten 2014.

Oppfølgingsstudien har mål om å få en dypere forståelse av hva et livsstilskurs i regi av en kommunal frisklivssentral kan gjøre for deltakernes helse og livsstil, og derigjennom få en dypere forståelse for i hvilken grad et slikt livsstilskurs kan være et bidrag i det helsefremmende arbeidet i kommunen.

Studien gjennomføres som en masteroppgave i studiet master i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid, ved Høgskolen i Gjøvik. Studien gjennomføres med godkjenning fra og i samarbeid med Frisklivssentralen i Eidsvoll. Forsker/student er Grethe Frank Strand. Veileder er førsteamanuensis Geir Vegard Berg ved Høgskolen i Gjøvik.

Du forespørres om deltakelse i studien fordi du var deltaker på livsstilskurset ved Frisklivssentralen i Eidsvoll høsten 2014. Du er en del av et utvalg på 6 personer. Utvalget er gjort på bakgrunn av alder, utdanning/jobb, vekt og resultater fra livsstilskurset. Dette for å få en størst mulig bredde i utvalget.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer å delta i et personlig intervju, ledet av forsker/student Grethe Frank Strand. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle dine tanker om livsstilskurset. Det vil si om tiden før kurset, om selve kurset, og om tiden etter kurset. I tillegg vil du bli spurt om dine tanker rundt helse, livsstil og livskvalitet, og om du opplever at livsstilskurset har ført til noen endringer på disse områdene.

Det vil bli benyttet en lydopptaker under intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun forsker, i tillegg til de ansatte ved Frisklivssentralen, som vil ha tilgang til informasjon om hvilke deltakere som er med i studien. Navn på deltakere vil bli erstattet med et kandidatnummer i forbindelse med intervjusituasjon, og lydopptakene vil lagres på en passord-beskyttet datamaskin etter kandidatnummer. Det vil bli laget en koblingsliste med navn og kandidatnummer som vil lagres adskilt fra lydopptakene. Det er kun forsker som vil ha tilgang til koblingslisten. Det er også kun forsker som har tilgang til lydopptakene.

Når informasjonen fra intervjuene skal sammenstilles i masteroppgaven, vil det ikke være mulig å identifisere hvilke deltakere som har vært med i studien, eller hvem som har sagt hva.

Studien skal etter planen avsluttes 15. juni 2016. Datamaterialet (lydopptakene) vil lagres frem til 15. juni 2020. Dette for å ha mulighet til å gå tilbake i dataene dersom det skulle oppstå usikkerhet knyttet til resultatene i studien. Det er kun forsker som vil ha tilgang til dataene i denne perioden.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din behandling og videre kontakt med Frisklivssentralen. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nedenfor.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte forsker/student Grethe Frank Strand, tlf: 415 00 170, e-post: grethe.frank.strand@lhl-klinikkene.no, eller veileder Geir Vegard Berg, tlf: 97 67 63 88, geir.berg@hig.no.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

På forhånd tusen takk for at du vil delta i studien!

Samtykke til deltakelse i studien

"Erfaringer med gruppebasert livsstilskurs for overvektige i kommunehelsetjenesten."

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta:

Deltaker

Dato/Sted

Jeg bekrefter å ha gitt all vesentlig informasjon om studien:

Forsker/student

Dato/Sted