

**Gjennomføring og vedlikehold av
livsstilsendring – kva skal til? Ein kvalitativ
studie av tidlegare frisklivsdeltakarar sine
erfaringar med å gjere og vedlikehalde
livsstilsendingar.**

*(Implementation and maintenance of lifestyle changes – what will it
take? A qualitative study of former participants in healthy living
centres' experiences on making and maintaining lifestyle changes.)*

Aase Kristine Haldorsen Bolstad

Masteroppgåve i klinisk helsevitenskap

(Master Thesis in Clinical Health Science)

Fedme og helse

Februar 2015

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet

Det medisinske fakultet

Institutt for samfunnsmedisin

Abstract

Background: Healthy living centres in Norway provide programs that aim to help the participants in improving their lifestyle. Although some studies report promising short-term effects of these programs, very little is currently known about the long-term outcomes. The experience of participants who have succeeded in a long-term lifestyle change may be valuable in order to identify important factors of success.

Purpose: To explore former participants in healthy living centres' experiences on making and maintaining lifestyle changes.

Material and methods: This was a qualitative interview study including 15 former participants in healthy living centres. The participants had made and maintained lifestyle changes for four years or longer, and had experienced improvement of health and quality of life. Data analysis was based on systematic text condensation.

Results: Change of behaviour was described as a dynamical process including experiences of motivation, resistance and challenges. Will-power, taking responsibility and making an effort was described as crucial to succeed. Experiences of positive health effects, coping, as well as the fear of consequences of relapse, were described as important facilitators. It was crucial to find suitable physical activity. Support from participants and health providers at the healthy living centre were also described as important.

Conclusions: The results are in line with previous qualitative reports on healthy living centres, and provide knowledge about important factors for successful change and long-term maintenance of behaviour.

Relevance: The healthy living centres should continue their approach to support participants in the implementation and maintenance of long-term lifestyle change. The providers should emphasize and promote the participants' personal responsibility and will to make changes. Future studies should include participants who did not succeed in changing lifestyle, aiming to reveal barriers towards change, and develop the programs to help more people succeed. In order to adjust the behaviour change programs to different persons' need for prolonged participation at the healthy living centres, the duration of such programs should be discussed.

Innhald

1	BAKGRUNN	4
1.1	FØREBYGGING	5
1.2	FRISKLIVSSENTRALANE	7
1.3	ÅTFERDSENDRING	8
1.4	ENDRINGSTEORI	10
1.5	TIDLEGARE FORSKING PÅ FRISKLIVSSENTRALAR	11
1.6	PROBLEMSTILLING	13
2	METODE	14
2.1	DESIGN	14
2.2	UTVAL	14
2.3	REKRUTTERING	14
2.4	DATAINNSAMLING	15
2.5	ANALYSE AV DATA	15
2.6	ETIKK	16
3	RESULTAT	17
3.1	DELTAKARAR	17
3.2	EIN DYNAMISK ENDRINGSPROSESS	17
3.3	INNSTILLING OG TANKEGANG	21
3.4	VIKTIGE FAKTORAR VED TRENINGSTILBODET	22
3.5	STØTTE OG OPPFØLGING	24
4	DISKUSJON	27
4.1	OPPSUMMERING AV RESULTAT	27
4.2	EI GRUNNLEGGJANDE HALDNING	27
4.3	OPPLEVING AV RESULTAT OG MEISTRING STYRKJER MOTIVASJONEN FOR ENDRING	29
4.4	Å TRENE MED HELSEPLAGER	30
4.5	STØTTE OG OPPFØLGING GJENNOM DELTAKING PÅ FRISKLIVSSENTRALEN	31
4.6	DISKUSJON AV METODE	33
4.7	KONKLUSJON	37
	REFERANSAR	38
	VEDLEGG	42

1 Bakgrunn

Helseutfordringane i verda i dag er i stor grad knytt til korleis me lever liva våre, vår eigen helseadferd. Verdens helseorganisasjon (WHO) peikar på at dei fire viktigaste årsakene bak ikkje-smittsame sjukdomar er usunt kosthald, fysisk inaktivitet, tobakk og høgt forbruk av alkohol (1). Usunne vanar kan føre til tilstandar som høgt blodtrykk, høge verdiar av glukose og kolesterol i blodet, samt overvekt. Desse tilstandane vert rekna som «mellomliggjande risikofaktorar» som vidare aukar risikoen for ikkje-smittsame sjukdomar (2). Ikkje-smittsame kroniske sjukdomar er leiande årsak bak dødsfall i alle verdsregionar, forutan Afrika. Hovudtypane er hjarte-kar sjukdom, kreft, kronisk luftvegssjukdom, og diabetes, og desse fire står bak over 80% av 36 millionar årlege dødsfall som følgje av ikkje-smittsame sjukdomar (2). Av dødsfalla skuldast 16,5 % høgt blodtrykk, 9% skuldast tobakksbruk, 6% auka blodsukker, 6% fysisk inaktivitet, og 5% skuldast overvekt og fedme (2). Når det gjeld global sjukdomsbyrde målt i «år levd med uførhet» er mentale lidningar og muskel- og skjelettlidningar dominerande i dette biletet (3).

I Norge er livsstilssjukdommane hjarte-kar sjukdom, kreft, kronisk luftvegssjukdom, og diabetes årsak til rundt to tredjedelar av alle dødsfall før 75 års alder (4). Det er ein høgare førekomst av desse sjukdomane blant personar med lågare sosioøkonomisk status (4). I 2008 var førekomsten av overvekt på 74,5% for menn og 60,8% for kvinner, og førekomsten av fedme var på 22,1% for menn og 23,1% for kvinner (5). Kvar fjerde nordmann vil utvikle ein angstlidning i løpet av livet, og kvar femte nordmann får depresjon (6). I 2009 var det 11% som fekk uførepensjon i Norge, og dei to største årsakene bak det var muskel- og skjelett sjukdom og psykiske lidningar (6). Av befolkninga er det 15% som røyker dagleg, og 9% som røyker av og til. Det har vore ein sterk nedgang dei siste åra (7). Omkring 200 000 nordmenn har kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS), og 6700 nordmenn dør årleg som følgje av røyking. Kvar av dei har i gjennomsnitt tapt 11 leveår (6).

Berre tre av ti nordmenn oppfyller dei nye anbefalingane for fysisk aktivitet (8). Utviklinga i norsk kosthald viser nedgang i sukkerinntak og auke i inntak av frukt og grønnsaker dei siste åra. Trass i dei positive tendensane er nivåa fortsatt utanfor grensene for anbefalte maksimal- og minimalinntak (9, 10). Det norske kosthaldet inneheld enno for mykje metta feitt, sukker,

og salt, samt for lite grove kornprodukt, grønnsaker, frukt og fisk (9). Alkoholforbruket i Norge har auka dei siste tiåra, og fem prosent av befolkninga er alkoholavhengige (6).

1.1 Førebygging

Det er sterkt fokus retta mot førebygging av livsstilssjukdom, og ein stor gevinst å hente dersom det fungerer. Bortfall av usunne levevanar knytt til alkohol, tobakk, fysisk aktivitet og kosthald er anslått å kunne redusere 80% av for tidlege dødsfall som følgje av type 2 diabetes og hjarte-kar sjukdom, og 40% av tidlege dødsfall som følgje av kreftsjukdom (11). I 2012 vart det vedtatt på Verdens Helseforsamling (WHA), arrangert av WHO, å redusere for tidlig død som følgje av dei ikkje-smittsame sjukdomane hjarte- og karsjukdom, kreft, kronisk lungesjukdom og diabetes, med 25% innan 2025 (12). Norge har slutta seg til dette vedtaket. For å klare dette må det rettast ein betydeleg innsats mot tobakk, usunt kosthald, fysisk inaktivitet og høgt alkoholforbruk, både på samfunnsnivå og retta mot grupper med høg risiko (4). Endring av levevanar er ein nøkkelfaktor for å førebyggje mange av dei ikkje-smittsame sjukdomane. Tiltak bør rettast mot både populasjonar og enkeltpersonar (13).

Regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for koronar hjartesyjukdom og slag, diabetes, høgt blodtrykk, tjukkarmskreft, brystkreft og depresjon (13). Det er og ein nøkkelfaktor i samanheng med energiforbruk og derfor viktig med tanke på energibalanse og vektkontroll. WHO har laga anbefalingar for å fremje fysisk aktivitet på eit populasjonsnivå (13). Vaksne bør utføre eit totalt minimum på 150 minutt moderat intensitets aktivitet, eller 75 minutt høg intensitets aktivitet per veke, samt inkludere muskelstyrkande øvingar og redusere stillesitjing (13). Fysisk aktivitet verkar positivt inn på over 30 diagnosar i form av betre helse og livskvalitet, og fysisk aktive personar vil gjennomsnittleg vinne åtte eller fleire kvalitetsjusterte leveår med god helse (QALYs), samanlikna med inaktive personar (14). Det er ein lineær samanheng mellom mengde fysisk aktivitet og risikostorleik. Dei som er mest fysisk aktive har lavast risiko, likevel er det slik at forbetringane i helse-status er størst dersom dei minst aktive blir aktive (15). Ein systematisk oversiktsartikkel over longitudinelle studiar angåande kva effekt fysisk aktivitet har på utvikling av overvekt og fedme, hjarte-karsjukdom og diabetes 2, viste at fysisk aktivitet har ein positiv langtidsinnverknad på desse sjukdomane (16). Regelmessig fysisk aktivitet er viktig for å dempe sjukdomsprosessen for menneske med hjarte-karsjukdom og type 2 diabetes, og redusere risiko for tidleg død som følgje av desse sjukdomane (15).

For å fremje folkehelsa og førebyggje kroniske sjukdomar, har Helsedirektoratet presentert anbefalingar for eit sunt kosthald, gjennom 13 kostråd (17). Utgangspunktet for rådgjevinga er å fremje folkehelsa og førebyggje kroniske sjukdomar. Generelt dreier det seg om eit variert og balansert kosthald, rikt på frukt, bær, grønsaker, fisk og grove kornprodukt, og avgrensing av salt, tilsett sukker, raudt kjøtt og energitette matvarer (10). Høgt inntak av plantebasert mat, og avgrensing av energitett mat, sukkerhaldig drikke, bearbeida kjøtt, salt og alkohol er førebyggjande for utvikling av ulike kreftformer (18) Høgt forbruk av raudt kjøtt og kjøttprodukt aukar risikoen for tjukk- og endetarmskreft, medan inntak av fiber, frukt og grønsaker reduserer denne risikoen (6). Eit kosthald med totalt feittinntak under 30 energiprosent, inntak metta feitt under ti energiprosent og fiberinntak over 15 gram per 1000 kcal reduserer risiko for type 2 diabetes (19). Ein nyare gjennomgang av forskning trekkjer fram middelhavsdietten som eit alternativ, og påpeiker fleire moglege innfallsportar for å redusere førekomst av diabetes (20). Det viktigaste er at gunstige kostendringar vert haldt ved like, saman med auka fysisk aktivitet, og ei gunstig kroppsvekt, eller vektreduksjon for personar med fedme (20). For somme personar med kardiovaskulær risiko kan det vere behov for å normalisere eit høgt LDL-kolesterol. For desse er det i tillegg til å følgje dei generelle kostråda, gunstig å redusere inntak av metta feitt til fem til seks energiprosent (21). For blodtrykksreduksjon er det viktig å redusere inntak av natrium til maksimum 2,4 gram dagleg. Ein dagleg reduksjon på eitt gram natrium kan uansett redusere risiko for kardiovaskulær død med 30% (21).

Det viktigaste ein kan gjere for å få ned kreftførekomsten er å nedkjempe tobakksrøyking (6). Tobakk er skuldig i 71% av alle lungekrefttilfeller (2), som er den kreftforma flest personar dør av (22). Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) er ein vanleg konsekvens av røyking (6). I Norge er hjarte-kar sjukdom den hyppigaste dødsårsaka som følgje av røyking (6).

For personar med fedme ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) er det anbefalt å gjennomføre ein vektreduksjon på 10% for å redusere risikoen for livsstilssjukdom. Dette bør gjerast ved å kombinere åtferdsendringar med kost og fysisk aktivitet (23, 24). Det vil vere gunstig å basere seg på ein reduksjon i kaloriinntak på 500-1000 kcal dagleg, og redusere porsjonsstorleik for å oppnå vektreduksjon (25). For vedlikehald av vektreduksjon er det og anbefalt 60-90 minutt dagleg moderat til hard aktivitet (25). Forsking viser at vekttautap etter intervensjonar retta mot åtferdsending vanlegvis snur etter 6 månadar, etterfølgd av vekttauke (26). Blant deltakarar i

ulike vektreduksjonsprogram er det også mellom 10 og 80% som ikkje fullfører (27). For å oppretthalde redusert helserisiko etter vektreduksjon er det viktig å vedlikehalde ny vektstatus. For å kjempe imot konsekvensane av fedme er det derfor viktig å finne ut korleis ein på best mogleg måte kan støtte folk i å klare vedlikehald av vekttap (26)

1.2 Frisklivssentralane

Som ledd i nasjonal strategi for å førebyggje ikkje-smittsame sjukdomar vart det i 2013 etablert ei ny folkehelselov og ei revidert helse- og omsorgstenestelov. Kommunane er dermed pliktig å drive reine førebyggjande helsetenester (28), og det er anbefalt av Helsedirektoratet at dette arbeidet vert gjort blant anna gjennom frisklivssentralar (4). Frisklivssentralane er eit relativt nytt helsetilbod i Noreg. Den første lokale frisklivssentralen var etablert på Modum i 1996, men det er først dei siste fem åra tenesta har blitt meir utbreidd. I 2009 var det ca. 40 etablerte sentralar (29) og i 2014 over 200 kommunale frisklivssentralar (30). Den første vegleiaren for etablering og organisering kom i 2011, og vart revidert i 2013 i samband med nytt lovverk (31) og publisering av kunnskapssenteret sin oversiktsartikkel over liknande tilbod (32). I vegleiar for kommunale frisklivssentralar står det at frisklivssentralen skal gi tilbod til personar med behov for å endre levevanar (31). Organisering av, og tilbodet i ein frisklivssentral varierer noko frå kommune til kommune. Felles er at frisklivssentralen tilbyr ein såkalla reseptperiode med oppfølging i ca. 12 veker. Denne oppfølginga vil vere i form av to individuelle helsesamtalar, fysisk aktivitet, hjelp til endring av kost, og snus- og røykeslutt. «Målet er å styrke deltakeren som aktør i eget liv, gjennom å bidra til økt tillit til egen meistring, fremme indre motivasjon gjennom kompetanse, tilhørighet og autonomi, bedre funksjonsevne og bedre fysisk og psykisk helse» (31).

Helsesamtalen baserer seg på prinsipp frå Motiverande Intervju (MI), som er ein målretta samtalemotodikk for å fremje endring (33). I ein atmosfære med empati og respekt for deltakaren sin sjølvråderett skal frisklivsvegleiar hjelpe deltakaren til å bli bevisst eigne grunnar for å endre åtferd, og styrke deira motivasjon for endring. Deltakaren sitt syn på eigen situasjon er i fokus (31). Verktøy for samtalen er opne spørsmål, aktiv lytting, refleksjon, og oppsummering (33). Bruk av MI har vist statistisk signifikant effekt relatert til helseåtferd, eksempelvis auka fysisk aktivitet og inntak av frukt og grønnsaker (34).

Målet med deltaking i frisklivssentral er å bidra til endring og meistring. I tillegg til reseptperioden tilbyr fleire frisklivssentralar kursa «Røykfrie saman», «Bra mat for betre helse», og «Kurs i depresjonsmestring». Nokre likskapar mellom dei ulike frisklivssentralane er at dei rekrutterer same type deltakarar og at dei organiserer same type aktiviteter (29). Ei ny undersøking viser at tre av fire deltakarar er kvinner og gjennomsnittsalder er 47 år. Over halvparten (53%) er sjukemeldt eller mottar ulike stønader frå NAV. Dei mest vanlege årsakane for tilvising er overvekt, fysisk inaktivitet, kosthaldsendringar og muskel- og skjelettsjukdom (35), psykiske lidningar, hjarte- og lungesjukdom, og type 2 diabetes (29).

1.3 Åtferdsendring

For å utvikle effektive individretta tiltak for å fremje endringar i kost og fysisk aktivitet, er det nødvendig å vite kva komponentar ved ulike tiltak som er assosiert med eit godt resultat. Bruk av åtferdsstrategiar i kombinasjon med endringar innan fysisk aktivitet eller kost, har forsterka effekten av vekttap (36). Størst vekttap kom ved å kombinere åtferdsstrategiane med endringar i både kost og fysisk aktivitet (36). Denne kombinasjonen har også resultert i redusert sjukdomsrisiko etter eitt år (37). Ein nyare systematisk oversiktsartikkel av randomiserte kontrollerte studiar viste at dei fleste vektreduksjonsprogram basert på åtferdsendringstrategiar var effektive i form av vekttap etter 12 månadar. Funna tyda på at program som inkluderte kaloriteljing, kontakt med ernæringseksperter og bruk av åtferdsendringsteknikkar som samanlikna deltakarane si åtferd med andre, var meir effektive (38). Hankonen og kollegaer har nyleg publisert ein studie med diabetespasientar. Funna viste at vektreduksjon etter eitt år var assosiert med bruk av eit større antall åtferdsendringsteknikkar (39). Det er rapportert om store forskjellar i intervensjonar sin effektivitet, trass i likskap i innhald. Forsking på korleis programma vert «levert» kan derfor vere avgjerande for å forstå ulikskapen i effektivitet (38).

Tidlegare studiar har vidd lite merksemd til sjølve åtferdsendringa som utfallsmål (37). Ein systematisk oversiktsartikkel av studiar gjort på personar med risiko for å utvikle type 2 diabetes, eller med andre kliniske risikofaktorar som overvekt og høgt blodtrykk, har presentert intervensjonskomponentar assosiert med auka endring i fysisk aktivitet (12-18 mnd) og kosthald (1 og 3 år) (40). Analyseresultata viste årssakssamanheng når intervensjonane var retta mot både fysisk aktivitet og kost, når deltakarane fekk sosial støtte, og når det vart nytta etablerte teknikkar for åtferdsendring (41). I tillegg var hyppigheit og

totalmengde kontakt assosiert med ein positiv effekt (40). Michie og kollegaer viste til fem teknikkar for åtferdsendring som har vist større effekt i form av endringar i fysisk aktivitet og kost (42). Sjølvovervaking var den viktigaste teknikken, der pasienten sjølv skal halde oversikt over ein eller fleire bestemte åtferder, eksempelvis ved føring av dagbok (41). Denne teknikken, i kombinasjon med ein av dei fire andre teknikkane, viste seg å gi det beste resultatet (42). Dei andre teknikkane dreidde seg om; å oppmuntre pasienten til å bestemme seg for handling, leggje ein konkret og detaljert plan for gjennomføring, gi tilbakemelding på åtferd samanlikna med ein standard eller andre si yting, og gjennomgang og eventuell ny vurdering av målsetjingar (41, 42). Greaves og kollegaer laga på bakgrunn av sine undersøkingar ei gradert anbefaling for praksis (40). Det vert tilråda at intervensjonane bør ha eit sterkt fokus retta mot vedlikehald av endring. Dei understrekar at det er uklart korleis det kan oppnåast, men foreslår eit utval av åtferdsendringsteknikkar som er laga med tanke på vedlikehald (40).

Ved å kjenne til faktorar som påverkar endring av levevanar, vil helsepersonell lettare kunne gi ei tilnærming basert på den enkelte sine behov (43) Murray og kollegaer har arbeidd med å identifisere hindringar og fasilitatorar for åtferdsendring (43-45). Denne kvalitative forskinga omfatta pasientar med kardiovaskulær risiko, inklusive diabetes type 2, høgt kolesterol og høgt blodtrykk. I ein oversiktsartikkel over kvalitative studiar der majoriteten av studiar omhandla fysisk aktivitet og kost, har dei identifisert 20 kategoriar under dei fem hovudtemaa: «Kjensler», «oppfatningar», «informasjon og kommunikasjon», «støtte frå venner og familie» og «kostnad/transport» (45). Dei fann vidare at faktorar som påverka endring også var viktige for vedlikehald av endring (44). Fysisk aktivitet var den mest undersøkte åtferda, men dei viktigaste resultatata var dei same for ei rekke åtferder. Innanfor hovudtemaa «sosial støtte», «oppfatningar og kjensler», «kunnskap og utdanning», vart tretten faktorar identifisert, der to tredjedelar av dei vart rekna som fremjande for vedlikehald av endring. Studien omfatta 723 personar, dei fleste følgt opp i to år etter avslutta intervensjon (44). På bakgrunn av nøkkeltema med identifiserte barrierar og fasilitatorar, anbefaler forskarane at desse tema vert gjennomgått og vurdert i arbeid med pasientar som skal gjere endringar (44, 45).

1.4 Endringsteori

Det eksisterer mange teoriar som kan nyttast for å forstå og forklare helserelevanter atferd og mekanismane i ein endringsprosess (46). Teori spelar ei viktig rolle i utvikling av intervensjonar med mål om å fremje vedvarande endring av atferd. Forsking viser at tiltak og program som har eit teoretisk fundament gir betre effekt enn tiltak som ikkje har det (46). Den Transteoretiske Modellen (TTM) er ein av dei hyppigast brukte teoriene for å forstå atferdsendring (46). TTM vart utvikla gjennom samanliknande analyse av ulike teoriar innanfor psykoterapi og endring av atferd (47). Modellen presenterer endring som ein levande prosess gjennom seks fasar: prekontemplasjon, kontemplasjon, førebuing, aksjon, vedlikehald og avslutning. Avslutningsfasen vert ikkje tatt med i vår studie, då den ikkje er relevant for problemstillinga sidan livsstilsendringar må vedlikehaldast heile livet.

Tidsdimensjonen står sentralt i TTM, og endring vert sett på som eit fenomen som skjer over tid. Kvar fase er kjenneteikna av ulike endringsprosessar som leier vidare til neste fase. Slik vil endring vere i utvikling med stegvis progresjon (47). Prekontemplasjon er den første fasen, kjenneteikna ved at deltakarar er umotivert eller har motstand mot å endre. Dei som er i denne fasen har gjerne prøvd å gjere endringar tidlegare, og mista trua på å få det til. Dei har ingen intensjonar om å endre og held avstand til fokus rundt eigen risikoatferd. I fase to; kontemplasjon, finn ein deltakarar som er klar over både nytten og kostnaden av å gjere endringar. Ei ambivalent haldning til endring, kan føre til at dei vert ståande fast i denne fasen over lang tid. Dei er ikkje klar for å utføre endringar, men har intensjonar om å byrje i løpet av det første halve året. I den tredje fasen, førebuing, har deltakarane ein plan for korleis dei vil gjennomføre endringane, og er klar for handling i næraste framtid, innan ein måned. Under aksjon har deltakarane gjort endringar innanfor dei seks siste månadane. Endringane må ha vore tilstrekkelege til å redusere risikoen for sjukdom. Vedlikehald dreier seg om å førebyggje tilbakefall. For å vere i denne fasen må nye vaner ha blitt haldt ved like i meir enn seks månadar. Eit realistisk mål innan endring av levevanar vil vere eit langtids-vedlikehald, med etablering i modellen sin femte fase (47).

TTM er basert på bestemte endringsprosessar deltakarane nyttar for å kome seg vidare frå ein fase til den neste. Dette dreier seg om openbare og skjulte aktivitetar som spelar ei betydeleg rolle, avhengig av kva fase deltakaren er i (47). Tre prosessar er sentrale i dei to første endringsfasane. Dette dreier seg om bevisstgjerjing av problematferd, oppleving av negative

kjensler knytt til helserisiko som følgje av usunn åtferd, og sosial revurdering av at eigen åtferd påverkar miljøet ein har rundt seg. Personleg revurdering av eigne verdiar og identitet står sentralt gjennom førebuingsfasen. I aksjonsfasen er trua på eiga meistring, og forplikting til å handle deretter, vesentleg. I vedlikehaldsfasen er fleire prosesser av betydning: Å erstatte negativ åtferd med alternativt sunnare åtferd, forsterke premiering for positiv åtferd og minske premiering for negativ åtferd, å søke sosial støtte rundt endringane, og å fjerne påminningar om negativ åtferd og legge til påminningar som stimulerer til sunn åtferd. Samanhengen mellom ulike endringsprosessar og endringsfase gir ein viktig peikepinn om kva som på ulike tidspunkt vil vere adekvat tilnærming (47), og korleis helsepersonell kan fasilitere desse psykologiske og handlingsorienterte endringsprosessane hos den enkelte (48). Ein studie som støttar bruk av den transteoretiske modellen retta mot pasientar med fedme, viste at progresjonen gjennom endringsfasane var assosiert med hyppigare bruk av dei nemnde endringsprosessane (49). Dei som kom gjennom endringsfasane hadde størst vekttap. Det vart og påpeika at endringsprosessane var meir relatert til fysisk aktivitet, som reflekterer åtferd, og ikkje til vekttap som er ein konsekvens av åtferd (49)

To systematiske oversiktsartiklar analyserte randomiserte kontrollerte studiar som brukte TTM i samanheng med kost- og treningsintervensjonar gjort på overvektige personar (50, 51). Målet var å finne ut om bruk av modellen i samband med diett og fysisk aktivitet leia til langsiktig vekttap (over eitt år). Funna var mangelfulle med tanke på langsiktig vekttap, men viste signifikante forbetringar innan fysisk aktivitet- og kostvanar: 30% redusert inntak av feitt, høgare inntak av frukt og grønnsaker, og auke i sjølvrapportert trening (51). Bruk av TTM kan vere nyttig i arbeid med endring i fysisk aktivitet- og kostvanar, og dette kan med fordel vere tilbod i nærmiljøet (51). I frisklivssentralane vert TTM nytta som forståelsesramme under helsesamtalen og frisklivsvegleiarar nyttar då MI i samsvar med kva endringsfase i TTM deltakaren er i (52). Kombinasjonen av MI og TTM vert sett på som ein nyttig strategi for å hjelpe personar til å endre levevanar (53). Eg har derfor valt TTM som ein teoretisk ståstad for diskusjonen i denne oppgåva.

1.5 Tidlegare forskning på frisklivssentralar

Det er gjort nokre studiar på effekt av frisklivstilbodet, dei fleste under deltaking eller relativt kort tid etter deltaking. Kunnskapssenteret laga i 2012 ei systematisk oversikt på bestilling frå Helsedirektoratet (32). Tjuetre internasjonale studiar tilsvarande den norske frisklivsresepten

vart inkludert med til saman 8674 deltakarar. Forskarane konkluderte med at fysisk aktivitet truleg auka i løpet av tiltaksperioden, og på kort sikt (tre månadar) etter avslutta oppfølging. Dei peikar på at dokumentasjon av høg kvalitet manglar og at det er behov for meir forskning på frisklivssentralar, særskilt for norske forhold. Dei framhevar behovet for forskning på langtidseffekt av tiltaka, lenger enn eitt år. Ei kunnskapsoversikt frå 2011 evaluerte tilgjengelige norske, svenske og danske modellar for å avklare ein «beste praksis» for organisering av frisklivssentralar (54). Dei konkluderer også med at «exercise on prescription» har ein effekt på kort og mellomlang sikt. Langtidseffekten veit ein derimot lite om.

Frisklivstilbodet i fem fylker vart evaluert i ein rapport i 2008 (55). Deltakarane sine opplevingar av tilboda vart vektlagt. Seks månader etter tilbodet rapporterte deltakarane at dei opplevde glede av mosjon (86 %), betre form (74 %), betre helse (67 %) og meir overskot (61 %). Heile 86 % mosjonerte meir etter reseptperioden, medan få fortalde om endring til sunt kosthald (7 %) og røykeslutt (2 %). Ein masterstudie involverte deltakarar frå ein frisklivssentral, og fann endring av kosthald i form av inntak av mindre sukker og auka inntak av frukt og grønsaker (56). Ei effektevaluering av «Bra Mat»-kurset viste blant anna at det vart viktigare for deltakarane å ete sunn mat, og motivasjonen for å gjere endringar auka (57).

Ein masterstudie som såg på fysisk aktivitetsnivå og helse relatert livskvalitet tre år etter frisklivsresept, viste auka aktivitetsnivå blant 39,4% av deltakarane (58). Dei positive endringane skjedde i løpet av reseptperioden, og vart oppretthaldt tre år etter. Blant dei som gjorde endringar i aktivitetsnivå var det eit kjenneteikn at dei hadde lågare aktivitet ved oppstart, opplegget passa for dei, og alle hadde full eller delvis måloppnåing i løpet av reseptperioden. Støtte frå vegleiarar og andre, samt effekt av tiltak hadde og samanheng med auka aktivitetsnivå. Helse relatert livskvalitet var angitt som betre 3 år etter, uavhengig av auke i aktivitetsnivå. Ei høgare grad av betring var assosiert med at deltakaren hadde ei sterkare tru på at frisklivssentralen var årsak til betringa (58). Ei tverrsnittundersøking frå frisklivssentralen i Modum viste også at 55% av deltakarane auka aktivitetsnivået sitt to til fire år etter avslutta frisklivsresept (59). Desse opplevde i større grad å bli lytta til, meir interesse frå tilvisar, og auka kunnskap og erfaring til å gjennomføre endring, enn deltakarar som ikkje auka aktivitetsnivået. Aktivitet ilag med andre var viktigaste motivasjon for å auke aktiviteten, og tiltakande helseplager var største barriere for å vere aktiv (59).

Det er gjort nokre kvalitative studiar av deltakarar sine opplevingar av tilbodet ved frisklivssentralar. Ei masteroppgåve såg på korleis ein reseptperiode på frisklivssentral bidrog til auka motivasjon for livsstilsendring (60). Hovudfunna var at frisklivssentralen gav støtte og hjelp til endring og ekstra drivkraft for fysisk aktivitet ved å trene i grupper. I tillegg hjalp det på motivasjonen å oppleve positive endringar. Ein kvalitativ studie ved frisklivssentralen i Moss viste at deltakarane syntes at tilbodet var viktig og dei opplevde auka meistringstru ved at dei tok eit større ansvar for eiga helse enn tidlegare. Dei opplevde også meistring, støtte, glede, samhald og å bli anerkjent (61). Ein studie undersøkte gjennom fokusgruppeintervju kva faktorar som bidrog til å fortsette med fysisk aktivitet etter frisklivsresept. Informantane var deltakarar som hadde fortsatt med fysisk aktivitet i meir enn tre timar per veke, i eitt til fire år etter reseptperioden. Dei opplevde at meistring av fysisk aktivitet, helsegevinst og eigna treningsgrupper dei kunne delta i, gav motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet. I tillegg hadde frisklivssentralen bidrege til at dei utvikla kunnskap, ferdigheit og kompetanse til å fortsetje (62). I ein anna kvalitativ studie skildra tidlegare deltakarar ein langvarig endringsprosess, der viktigheiten av sosiale relasjonar, kroppslege erfaringar og oppleving av meistring vart tydeleggjort. Studien omfatta fem deltakarar som hadde haldt ved like endringar i minimum eitt år (63). Deltakarar i ei kvalitativ studie av «Bramat» kurs fortalde og at det sosiale nettverket var viktig for å dele erfaringar i prosessen, i tillegg til bevisstgjerung i form av ny kunnskap (64).

Det er gjort lite forskning på vedlikehald av endring etter frisklivstilbod. Forutan nemnte masteroppgåver har forskning for det meste sett på utbyte opptil eitt år etter frisklivsresept. Andelen som klarar å vedlikehalde livsstilsendringar avtar over tid (44), og det er lite kunnskap om kva som er suksesskriteriar for å oppretthalde endring av levevanar over fleire år, samtidig som dette er av stor interesse og viktig for å kunne kjempe imot dagens store helseutfordringar. Det vil derfor vere viktig å utforske korleis personar som har gjennomført og haldt ved like endringar over lang tid har opplevd dette. Dette kan gje viktig kunnskap som kan nyttast vidare i utvikling av det førebyggjande arbeidet i frisklivssentralane.

1.6 Problemstilling

Målet med denne studien var derfor å utforske tidlegare frisklivsdeltakarar sine opplevingar av kva som skal til for å gjere og vedlikehalde livsstilsendringar.

2 Metode

2.1 Design

Denne studien var ein kvalitativ studie basert på individuelle semi-strukturerte djupneintervju. Me ynskte å snakke med personar som hadde deltatt på ein frisklivssentral og som sjølv meinte dei hadde klart å gjennomføre endring og vedlikehald av levevanar over lengre tid. Hensikta var å få tak i den enkelte sine opplevingar og erfaringar av kva som har vore viktig for å klare å endre livsstil og for å vedlikehalde desse endringane. Kvalitativ metode opnar for mangfald og nyansar (65) og vart vald for å utforske individuelle erfaringar, skape ei forståing av kva som låg bak kvar enkelt si åtferd, og kva som skulle til for å endre den.

2.2 Utval

Målgruppa til frisklivssentralar er «personer som har behov for støtte til å endre levevanar på grunn av økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdommer eller lidelser som kan relateres til levevaneområdene» (31). Denne studien skulle belyse endring av levevanar sett i eit langtidsperspektiv. Utvalet var derfor strategisk (65) og omfatta vaksne personar som sjølv meinte dei hadde klart å gjere og vedlikehalde endring av levevanar, og av den grunn opplevde betring i sjølvopplevd helse og/eller livskvalitet. I tillegg skulle deltakarane ha byrja sin reseptperiode innan utgangen av 2009 og ha fullført perioden.

2.3 Rekruttering

For å skape ein brei geografisk representasjon som var basert på ulike variasjonar av frisklivstilbod vart det rekruttert deltakarar frå tre ulike frisklivssentralar. Det var eit krav til inklusjon at dei ulike frisklivssentralane var godt i gang med drift i 2009, og at dei då hadde eit tilbod tilsvarande dagens frisklivsresept. Rekruttering av frisklivssentralar vart gjort ved samtale med leiar ved dei ulike sentralane. Oversikt over dei ulike Frisklivssentralane vart funne på Helsedirektoratet sine nettsider. Tre frisklivssentralar i Nordland, Buskerud og Rogaland tilfredsstilte krava og takka ja til å vere med på prosjektet. Tilsette ved den eine frisklivssentralen sendte ut brev med førespurnad om deltaking i studien til alle som deltok på frisklivsresept i 2009 (Vedlegg 1). Ein person vart rekruttert på denne måten. På grunn av låg respons sa tilsette seg villig til å rekruttere deltakarar via telefonoppringing eller dei spurte

deltakarar direkte i samband med treningane. Dei som takka ja til å vere med, gav opp namn og telefonnummer slik at forskar kunne kontakte dei for å avtale tid og stad for intervju. Ein av frisklivssentralane sette sjølv opp avtalane med personane dei rekrutterte.

2.4 Datainnsamling

Intervjua vart gjennomført våren 2014 ved dei tre aktuelle frisklivssentralane. I forkant av kvart intervju fekk deltakarene utfyllande munnleg informasjon om studien og underteikna skriftleg samtykke (Vedlegg 2). Det vart nytta ein delvis strukturert intervjuguide med opne spørsmål (Vedlegg 3). Bakgrunn for dette valet var at deltakarane skulle få snakke mest mogleg ope og fritt, samtidig som forskaren hadde moglegheit til å kome med påfølgjande spørsmål, og styre fokus mot forskingsspørsmålet (65). Etter første intervjurunde vart intervjuguiden justert i liten grad. Det var behov for å leggje til fleire oppfølgingsspørsmål for å klarare formidle dei ulike tema i hovudspørsmåla. Forskar nytta sjekklister for å sikre at deltakar hadde vore innom aktuelle tema. Det vart satt av god tid til kvart intervju som tok frå 40 til 80 minutt. Intervjua vart tatt opp på lydband og seinare transkribert ord for ord.

2.5 Analyse av data

Dataanalysen vart gjennomført med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering (65). Systematisk tekstkondensering består av fire steg; Å få eit heilskapsinntrykk, å identifisere meiningsberande einskapar, å abstrahere innhaldet i dei enkelte meiningsberande einskapane, og å samanfatte betydinga av dette. Transkripsjonane vart først lest gjennom for å få eit inntrykk av heilskapen i materialet. Hovudinntrykket var at teksten dreidde seg om fire foreløpige tema: Drivkrefter, Individuelle tilpassingar, Støtte og oppfølging, Miljø og trivsel. Neste trinn var å gå gjennom transkripsjonane og leite etter mindre meiningsberande einskapar som var interessante, sett i lys av tema frå første analysetrinn. Kvar av desse einskapane fekk ein tilhøyrande kode, summert i ei kodeliste. Nye kodar kom til etter kvart som fleire intervju vart lest gjennom. Tekst som var utanfor problemstillinga vart ikkje tatt med vidare i prosessen. Kodelista vart gjennomgått og samanfatta til grupperingar av kodar, som igjen vart overført til eit tankekart (Mindmanager, (66)). Alle tilhøyrande meiningsberande einskapar blei lagt inn i tankekartet under dei ulike grupperingane. Analysearbeidet på dette trinnet kom til uttrykk ved å modifisere tankekartet i stadig nye utgåver. Oppbygning av kategoriar og tema kom tydelegare fram etter kvart som

analyseprosessen skreid fram. Korreksjon og justeringar av kodar og kategoriar skjedde stadig, basert på innhald, storleik og korleis dei stod i samanheng med kvarandre. Fire hovudtema med 23 kategoriar vart ståande som utgangspunkt for neste analysetrinn. Under trinn tre vart det skrive tekstkondensat, samanfattande oppsummeringar av dei meiningsberande einskapane innanfor kvar kategori. Hensikta med tekstkondensatet var å få ei samla forståing av dei meiningsberande einskapane; kva er det dei fortel? Under dette analysetrinnet vart kodegruppene vidare justert, og tekstkondensatet vart omstrukturert to gonger. Siste utgåve av kondensatet presenterte fire hovudtema med 17 kategoriar. Det vart så funne gode sitat til kvar kategori. Basert på tekstkondensatet vart det skrive ein analytisk tekst med sitat. Dette var fjerde og siste steg i analysen. Teksten formidla kva datamaterialet fortalde rundt det som var interessant knyta til problemstillinga i oppgåva. Transkripsjonane vart lest gjennom for å validere den analytiske teksten og leite etter motseiingar. Den analytiske teksten vart justert og redigert fleire gonger, også med omsyn til struktur, for å oppnå ei best mogleg framstilling i tråd med datamaterialet. Under alle analysetrinn vart det gjennomført vurdering av tema, kategoriar og meiningsberande einskapar opp mot problemstilling og datamaterialet.

2.6 Etikk

Regional Etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte denne studien til å ikkje vere søknadspliktig. Norsk Samfunnsvitenskaplig Datateneste godkjente registrering og handtering av personopplysningar.

3 Resultat

3.1 Deltakarar

15 tidlegare deltakarar ved tre frisklivssentralar vart intervjuet. Bakgrunn for tilvising var muskel- og skjelettlidingar, diabetes type 2 og høgt blodsukker, hjarte-kar sjukdom, angst og depresjon, inaktivitet, overvekt, søvnplager, og luftvegssjukdom. For mange deltakarar var biletet samansett. To deltakarar hadde fullført ein reseptperiode, dei 13 andre hadde fullført fleire reseptperiodar eller fortsatt i tilbodet med andre ordningar. Dei hadde då betalt eigenandel for å fortsetje på gruppetreningar, eller eigenadministrert trening på treningsapparat, eksempelvis tredemølle. Ved tidspunkt for intervju, trena 10 av deltakarane regelmessig ved dei ulike frisklivssentralane. Meir informasjon om deltakarane er presentert i tabell 1:

Tabell 1: Informasjon om deltakarane

Kvinner/menn	12/3
Alder	47-77 år
Sambuar/einsleg	14/1
Deltaking:	
Årstall for første resept	1997-2009
Gruppebasert trening	15
Bra Mat kurs	3
Endringar:	
innanfor fysisk aktivitet	15
endra kost	9
reduksjon av alkoholbruk	1
røykeslutt	0

3.2 Ein dynamisk endringsprosess

Deltakarane fortalde at livsstilsendingane dei hadde gjennomført inngjekk i ein større dynamisk prosess som bestod av to hovudstadier; å kome i gang med endringane, og å vedlikehalde dei over tid. Til prosessen knytta deltakarane møte med hindringar og korleis dei takla dette, samt opplevingar som motiverte dei for å halde fram med endringane.

3.2.1 Å kome i gang med endringar

Deltakarane fortalde at erkjenning av eigen situasjon var startskotet for å gjere endringar. Fleire innsåg at dei var på veg i ein nedgåande spiral med ugunstige levevanar og etterfølgjande helseproblematikk; somme kjende på kroppen at dei trengte å gå ned i vekt, ei kjente at vin var negativt, ei opplevde å vere tilskodar til kjekk familieaktivitet, ein merka at han vart tåkete i hovudet av å sitte i ro, og fortalde at han gøymte seg i butikken for å unngå å møte kjente. Ein kvinneleg deltakar meinte at nettopp fordi ho var så langt nede, fekk ho ei indre drift som dreidde seg om å ta tak i ting.

Det gjorde innmari inntrykk på meg, for eg tenkte : «Der sit eg.», eg er den som sit og som ikkje klarar å gå på do når eg er 80 år. (...) Den gjorde veldig mykje, eg hugsar den som ein vekkjar, for eg tenkte; «der er eg», for eg var den som satt.

(Deltakar A, Kvinne, 69 år)

Å kome i gang med endringar opplevde dei fleste deltakarane som tungt. Det kom tydeleg fram under intervjuet at den største motstanden mot å endre låg hos dei sjølve. Dei skildra dette på forskjellige måtar; å bli utslitt, å ikkje kjenne nokon, å få vondt, og å ha manglande ork. Fleire uttrykte at dei hadde motvilje mot å begynne på frisklivssentralen i form av å ikkje ha lyst, vere treg med å kome i gang, og å ha den oppfatninga at det var keisamt trene. Ein deltakar fortalde at han «dreit i seg sjølv», var i angrepsposisjon med klørne ute, og møtte på frisklivssentralen kun for å gjere andre nøgd:

Motvillig var eg med, lenge, og eg må berre sei det at i byrjinga var det berre for å vise trynet mitt, då hadde eg gjort det. Da tilfredsstilte eg vel doktoren og det som var. Så eg merka det at eg gadd liksom ikkje, eg var der. (Deltakar B, Mann, 54år)

For fleire av dei spelte legen ei viktig rolle for å bevisstgjere deltakarane på eigen helserisiko, og påverke dei til å kome i gang med endringsprosessen. Dette skjedde for nokre i samband med forverring av helsetilstand, eksempelvis diagnostisering av type 2 diabetes. Fleire deltakarar opplevde at legen gav dei ein dytt i ryggen, og enkelte la sterk vekt på at dette var av avgjerande betydning for deira endringsprosess.

Eg tenkte at når han seier det, at han skriv ut smertestillande for at eg skal klare å trene, då må det vere viktig at eg trener, for legane held alltid igjen på det. Så eg fekk ein veldig bevissthet på at dette her er noko eg berre må. (Deltakar C, Kvinne, 67 år)

3.2.2 Å fortsetje med dei nye vanane

Deltakarane fortalde korleis erfaringane med å vere i endring utvikla seg etter at dei hadde kome over startkneika. Dei fleste deltakarane syntest det gjekk lettare å gjere endringar då dei merka at det fungerte, og fleire deltakarar fortalde at det etterkvart gjekk av seg sjølv.

Motivasjonen til å fortsetje vidare knyta deltakarane til å oppnå resultat og meistring, å få nye erfaringar med trening, og å unngå tilbakefall.

Å oppleve resultat og meistring

Deltakarane rapporterte om eit rikt spekter av positive resultat, både fysisk, psykisk og sosialt, som for den enkelte hadde stor betyding. Å oppleve positive resultat av endringane undervegs vart trekt fram som den viktigaste motivasjonsfaktoren for å fortsetje vidare. Meistring knyta deltakarane til å få ting til, blant anna å greie å få endringane til å fungere i kvardagen, på tross av smerter og avgrensingar. Enkelte fortalde om positiv meistringskjensle berre av det å kome seg ut. Ein kvinneleg deltakar uttykte stoltheit over at ho klarte å disiplinere seg sjølv til å ete lite søtt, då ho eigentleg kjente seg sjølv som ein skikkeleg kakemons.

Ein vert i godt humør når ein ser at ein får til ting, og greier ting.(...) ein greier å gjere dei tinga, ein ser det nyttar, og det igjen stimulerer jo. (Deltakar D, Kvinne, 72 år)

Nye erfaringar med trening

I følgje deltakarane endra trening og aktivitet seg til å bli noko positivt som gav dei gode opplevingar, annleis enn i den tunge, slitsame startfasen. Mange skildra gode kjensler dei fekk i etterkant av trening, og fortalde at dei av den grunn vart motivert til halde på vidare. Ein deltakar poengterte at ei viktig utvikling for ho hadde vore å få det godt også medan ho trenar, ikkje berre etterpå.

Eg var sliten når eg var der, men når eg fekk satt meg ned etterpå var det akkurat som det strøynde i kroppen. Då tenkte eg at det var jo så deilig. Andre ting du ikkje var vant med.(...)smertestillande som strømmer av godheit, eller det var det at du hadde brukt kroppen. Føler at det strøymer god straum i heile kroppen, det er så godt.

(Deltakar B, Mann, 54 år)

I kontrast til dette snakka deltakarane om utfordringar knytt til å trenar med ulike helseplager. Deltakarane fortalde at smerter og ubehag under aktivitet var ekstra slitsamt, det krevde ekstra for å halde ut, og somme fortalde at dei derfor ikkje tolte ulike treningsformer. Angst og

depresjon vart og omtala som barrierar for gjennomføring av aktivitet. Fleire måtte derfor gjere tilpassingar som følgje av sine helsemessige utfordringar.

Å unngå tilbakefall

Deltakarane fortalde at dei var klar over konsekvensane av å gå tilbake på endringane dei hadde gjort. Dei opplevde positive effektar som gjorde at det var blitt viktig for dei å halde på endringane. Dei ynskte ikkje å gå tilbake til ein verre situasjon igjen. Mange av deltakarane opplevde å bli avhengig av dei nye vanane. Nokre deltakarar hadde erfart negative reaksjonar som å bli lat, sur og utilfreds utan trening, og tilsvarande negative reaksjonar av å prøve seg på matvanar med blant anna mykje søtt innhald. Somme deltakarar skildra å verte hekta på trening, og opplevde fråvær som negativt, då dette var noko kroppen hadde behov for. Følgjeleg kjente enkelte seg stressa av å bli hindra i å trene.

...visst eg av ein eller anna grunn ikkje kjem meg hit, så har eg det ikkje så veldig bra. I alle fall visst det er ei veke utan trening, så kjenner eg at; «no altså, no treng eg noko slag». (Deltakar E, Kvinne, 59 år)

Fleire levde med ein «trussel» om å begynne på medisin dersom dei ikkje trena tilstrekkelig. For ein kvinneleg deltakar som syntes det var ein dagleg kamp å trene, betydde det å unngå medisin alt for motivasjonen vidare.

Det er veldig viktig motivasjon at om ein ikkje trener to gonger i veka, er det medisin. Det er det store spøkelset. Eg hadde høge leververdiar på grunn av metformin, det er ikkje bra for levera, så eg har ikkje lyst å gå på meir. Den ligg i bakhovudet og murrar heile tida. Spøkelse som ein ikkje har så veldig lyst å helse på. Så lenge eg klarar å gjennomføre to treningar i veka, så klarar eg å halde meg unna.

(Deltakar F, Mann, 47 år)

Eit par deltakarar hadde fått sterk motivasjon til å fortsette fordi dei hadde sett korleis det stod til med andre folk i samfunnet, folk med usunn livsstil, som hadde gitt opp å trene. Dei ynskte derfor å gjere det dei kunne for å unngå å kome i ein tilsvarande situasjon.

Og når eg ser det som er rundt meg, så er det skremmande. Ser korleis vekta aukar, ser korleis livskvaliteten minkar hos folk, ser kor lite dei rører seg.(....) Det er motivasjon

altså, det er motivasjon. Og alt det eg ser her, det har verkeleg lukka opp augo. For det som skjer rundt meg, det er drivkrafta, ... (Deltakar G, Kvinne, 64 år)

3.3 Innstilling og tankegang

Deltakarane snakka om psykologiske faktorar dei opplevde som viktig i prosessen med å gjennomføre og vedlikehalde livsstilsendringar. Dei fortalde at det som «sit mellom øyro» har hatt avgjerande betydning for korleis dei har takla motstand, og for at dei ikkje har latt seg stoppe av hindringar dei har møtt undervegs. Dette handla først og fremst om å vere bevisst på å ta ansvar og å bruke vilje.

I følgje deltakarane har det vore viktig for dei å skjønne at dei sjølve måtte ta ansvar for prosessen, og at det krevde stor eigeninnsats for å gjennomføre endringane. Ein deltakar fortalde at ho heilt frå starten av hadde ei sterk formeining om at dette var hennar jobb. Mange deltakarar uttykte at det var nødvendig å ha ei slik haldning for å lukkast.

Det er jo ingen andre som kan gjere meg sprek, eg må jo gjere det sjølv. Det er jo det me gjer sjølv som betyr noko, det er jo ikkje andre, og vil du noko sjølv så stiller folk opp, dei kan gjere alt mogleg for å hjelpe oss. Men jobben må me gjere sjølv.

(Deltakar H, Kvinne, 65 år)

Fleire deltakarar gav eit bilete av seg sjølv som sta og viljesterk, og at dei var personar som var sjølvdisiplinerte, og at dei klarte det dei hadde bestemt seg for. I følgje deltakarane har dette vore viktige personlege eigenskapar som hadde vore grunnleggjande for å lukkast med endring.

Eg er vel uthaldande på ein måte, viljesterk kanskje. Ja, eg trur det må ha med viljen å gjere, for eg har jo hatt mange gangar der eg har kjent; «Nei, i dag greier eg ikkje å fare», særleg om eg vert deprimert og slikt. Så har eg tatt meg i nakkehåra og ført meg av garde, og tenkt at; «Ok, berre eg kjem meg av garde. Blir det trasig så kan eg fere heim igjen» Også har eg trumfa meg ut mange gonger, veldig mange gonger, slik er eg ganske streng med meg sjølv. (Deltakar I, Kvinne, 66 år)

Dette vart også skildra frå ein anna vinkel, av ein deltakar som ikkje hadde klart å endre kostvanar for å gå ned i vekt:

...det er berre viljen som er dum nok, eg har ikkje vilje. Eg har ikkje vilje nok.

(Deltakar J, Kvinne, 67år)

I følge deltakarane måtte ein ha stor nok vilje for å klare å endre, og det var avgjerande at viljen og motivasjon låg hos dei sjølv. Ein deltakar meinte at ein kan lære seg å meistre det meste, berre ein vil det sjølv. Eit par deltakarar fortalde og at dei klarte å trosse både uvêr og dårleg luft i treningssalen, då viljen til å oppnå gevinst av treninga var større enn motstanden. Det vart også poengtert at det ikkje nytta for andre å tvinge fram endringar. Det var viktig at ein ynskte ei endring sjølv.

Eg trur ingen kan endre levevanar hos folk visst dei ikkje vil sjølv. Det trur eg er første bod, altså. (Deltakar D, Kvinne, 72 år)

3.4 Viktige faktorar ved treningstilbodet

Dette temaet dreier seg om faktorar som deltakarane opplevde styrka motivasjonen for å vere i aktivitet. Dei snakka om korleis det var å delta i eit fellesskap, å ha det artig på trening, og skildra opplevingar med å vere ute. Det var viktig for dei å finne noko dei treivst med, og som passa deira nivå og behov.

3.4.1 Å delta i eit fellesskap

Deltakarane fortalde at fellesskap hadde vore ein veldig viktig faktor for å fortsette med treninga. Dei opplevde eit sosialt samhald og gruppetilhøyrighet. Dei som deltok i gruppa viste omsorg og omtanke for kvarandre. Om ein ikkje var til stade på trening vart ein etterlyst. For enkelte var det sosiale fellesskapet vel så viktig som sjølv treninga, og ein grunn til at dei ikkje «ramla av lasset». Deltakarane kjente at det hjalp på å kome seg av garde på trening når dei andre forventa at du kom.

At eg føler at eg høyrer litt til. Det er jo litt samhald og. Visst du skal ut og gå, og ein er borte, så saknar me vedkommande med ein gong; «å, den er ikkje her i dag».

(Deltakar I, Kvinne, 66 år)

Deltakarane opplevde at dei orka meir og ytte betre når dei kunne trene ilag med andre. Det var lettare å fullføre enn når ein haldt på sjølv, og for somme triggja det konkurranseinstinktet.

...inne-treninga er eg ikkje begeistra for heilt med meg sjølv.(...) Då jukser eg.(...)Det er det at det er keisamt når du gjer det sjølv. Det er heilt anna når du er i ei gruppe. Då skal du ikkje vere dårlegare enn dei andre, veit du. Det seier seg sjølv, for meg (latter). (Deltakar K, Kvinne, 73 år)

Andre poengterte kor godt det var å kunne trene på sitt nivå i kombinasjon med det å vere i gruppe. Å kunne yte maks med sine avgrensingar, utan å måtte vere først og best.

3.4.2 Å ha det artig

Dei fleste deltakarane fortalde at dei trena fordi det var lystbetont, og at dei fann ein aktivitet dei treivst med hadde vore avgjerande for å halde på vidare. Dei syntes det var artig, trivelig og spanande å trene, og dei vart i godt humør av det.

Men det viktigaste av alt trur eg er at folk sjølv finn noko dei trivst med. Hadde eg ikkje trivst med bassentreninga, hadde eg ikkje gått. (Deltakar L, Kvinne, 56 år)

Leikbasert aktivitet var noko mange deltakarar trekte fram som spesielt bra. Dei fortalde at dei fekk flire og konkurrere, og enkelte trekte fram at dei under leiken mista fokus på at det var slitsamt. Fleire deltakarar skildra lattermildt forskjellige leikbaserte treningar dei hadde delteke i.

Ja, me både leiker at den eine er hest, og den andre held i taumane oppover bakkar, og masse artig, og me har ball som me styrer med og driblar og står i. Så det er veldig mykje artige greier dei finn på. Så eigentleg spring me veldig mykje då og, på ein lur måte (latter). Så den tirsdagstrimmen er så artig. Og så er det både damer og menn, så der vert jo masse skøy. Om vinteren har me både akebrett og skiskyting, som me kallar det. Men i år har me ikkje hatt snø, då me her ikkje kunna. Og så kastar me erteposar på ei dør på eit hus der, og om me ikkje treff over handtaket på den døra, så får me strafferunde (latter). Nei det er så mykje skøy, du aner ikkje. (Deltakar I, Kvinne, 66 år)

3.4.3 Å vere ute

Dei fleste deltakarane fortalde at det å få vere i aktivitet og trening utandørs var noko dei treivst med, som motiverte dei til å fortsette med trening. Dette utdjupa dei med å peike på at bevegelse i terreng var gunstig for plager. Det var lettvinnt, og det var godt å vere ute uansett

vêr. Det gav og flotte naturopplevingar. Å vere ute vart rapportert som det viktigaste elementet i aktiviteten for nokre deltakarar, og enkelte uttalte at dei elska naturen.

Eg har vore med å trene i minus 25, og det er heilt topp. Veldig nøgd! (...)Uvêr og synest eg er moro. Blåser det og regner, då synest eg det er morosamt.(...)Eg likar vel uvêr, trur eg. Du kjenner at du lever, rett og slett kjenner du lever.

(Deltakar G, Kvinne, 64 år)

I løpet av endringsprosessen fortalde fleire at dei hadde oppdaga verdien i å vere ute. Mange fortalde at det betydde mykje for psyken deira, og at livet vart mykje betre.

Det er jo ikkje berre fysisk, det er psykisk og. Det er betre å kome seg ut og finne eit stort tre og omfamne og gråte ilag med, enn å sitje inne på sofaen å grine (latter). Har du tenkt på det? (Deltakar H, Kvinne, 65 år)

3.5 Støtte og oppfølging

For dei fleste deltakarane var støtte og oppfølging avgjerande for å kome seg gjennom endringsprosessen, og for mange har det vore ei viktig hjelp for å halde seg i gang. Det dreidde seg om støtta dei opplevde i miljøet på frisklivssentralen, gjennom oppfølging, og knytt til det å ha noko å gå til.

3.5.1 Eit positivt og inkluderande miljø

Deltakarane fortalde at det positive miljøet på frisklivssentralen fungerte som ein motivasjonsfaktor gjennom endringsprosessen. Måten dei vart møtt på hadde betydd mykje, og dei opplevde å føle seg vel og å ha det godt i miljøet. I følgje deltakarane var dette eit inkluderande miljø der alle var likestilt, kjenneteikna ved glede og trivsel.

Ein kan høyre litt ute her, kor det er høg prat, skravling, mykje latter. Det er mykje trivsel. Også er det faste dagar ein kokar kaffi her, slik at alle samlast etter trening og skravler og har eit litt utvida sosialt nettverk. (Deltakar C, Kvinne, 67 år)

Personalet vart vektlagt som ein viktig miljøfaktor. Deltakarane omtala dei som grunnlaget for at frisklivssentralen var ein god plass å vere. Det vart trekt fram at dei spreidde trivsel og positivitet. I følgje nokre deltakarar var personalet kreative og oppfinnsame, og sørge for at

det meste vart morosamt. Den gode kontakten deltakarane fekk med personalet, vart rapportert som grunn for å fortsetje. Deltakarane fortalde at dei hadde blitt sett og respektert, kjent seg trygga og ivaretatt på ein suveren måte. Ein deltakar som opplevde å få ei ny kjensle av eigenverd, skildra personalet som englar, og var taknemleg for korleis sjølvkjensla hans hadde løfta seg:

Også merka eg at om det gjekk sånn eller sånn eller sånn (gestikulerer) så var du like mykje verdt. Her følte eg at det var nokon som tok vare på meg. Eg følte meg velkommen. Berre det at nokon ville ta tak og prate med meg, eg blei heilt sånn. For eg følte det at eg eigentleg ikkje var verdt noko, og då gjekk dette eigentleg betre og betre og betre. (Deltakar B, Mann, 54 år)

3.5.2 Vegleiing og oppbakking

Å få oppfølging i form av vegleiing og oppbakking spelte ei viktig rolle gjennom endringsprosessen. Vegleiing knytte deltakarane til samtalar, å bli rettleia eller korrigert under treninga, bli testa, og det å få anbefalingar og råd om korleis dei kunne leggje opp løpet.

...samtidig som ein skal yte, så har ein nokon som kan både pushe på, og som ein kan snakke med og kan spørje. Det er kjempeviktig. (Deltakar I, Kvinne, 66 år)

Fleire deltakarar fortalde at det har vore veldig viktig at nokon «puffa» dei. Enkelte poengterte at det hadde vore viktig for dei å bli pressa passe mykje, for å få framdrift, men samtidig ikkje for hardt fram.

For det er ein veldig balansegang, men særleg ei prøver å «pushe» oss. Og det er veldig viktig, samtidig som ho seier at det er opp til deg sjølv. Men den «pushinga» trenger du. Du gjer det. (Deltakar G, Kvinne, 64 år)

Deltakarane snakka om at dei også hadde fått oppbakking og støtte frå partner og born. Dei fortalde at dette gjorde prosessen med endring lettare å gjennomføre.

3.5.3 Noko å gå til

Deltakarane peika på at det var viktig å ha noko å gå til, spesielt når dei opplevde vanskar i livet. Eksempelvis å vere sjukemeldt, ved livskriser, og under tøffe periodar eller tunge dagar.

Det er i alle fall viktig for meg at eg kom hit til [frisklivssentralen]. For eg er ikkje sikker på om det hadde vore det same om eg hadde kome i ein anna treningsform. Det er jo slike treningsstudio her. Slik eg trener no er det heilt greitt. Men i den situasjonen eg var i er det ikkje sikkert det hadde nytta, det er ikkje sikkert eg hadde blitt i det, når du får mykje plunder og det ikkje er nokon der, og du berre går heim og har vondt, og du tumlar rundt med ditt eige. Eg trur det har betydning, så eg er i alle fall glad eg kom hit. (Deltakar J, Kvinne, 67 år)

Dei fleste deltakarane fortsette å trene på frisklivssentralen utover reseptperioden, og mange av dei erfarte at dei trengde å ha noko å gå til for å halde seg i gang. Nokre sa dei ikkje turte å slutte med trening på frisklivssentralen. Dei var avhengig av delta der for å halde ved like aktivitetsnivået. Fleire uttrykte at kontakten med frisklivssentralen hadde vore avgjerande for at dei har lukkast, og for somme var det blitt eit fast punkt i livet, som å ha ein jobb å gå til.

....det dreg deg litt meir ut, også held det deg oppe. (Deltakar L, Kvinne, 56 år)

4 Diskusjon

4.1 Oppsummering av resultat

Deltakarane presenterte først og fremst livsstilsendringar knytt til fysisk aktivitet. Dei skildra endring som ein dynamisk prosess kor dei opplevde motivasjon, motstand og utfordringar på ulike måtar. Å vere innstilt på å bruke vilje, ta ansvar, og yte eigeninnsats vart beskrive som grunnleggjande føresetnadar for å lukkast. Oppleving av resultat og meistring, samt tanken på konsekvens ved tilbakefall, var viktige drivkrefter for å fortsetje. Det var også avgjerande for deltakarene å finne ein aktivitet som passa egne føresetnadar, og som skapte trivsel. Støtte og oppfølging frå andre deltakarar og vegleiarar ved frisklivssentralen hadde vore betydingsfullt gjennom heile prosessen.

4.2 Ei grunnleggjande haldning

Å bruke vilje, ta ansvar, og yte eigeninnsats vart skildra som naudsynnte personlege haldningar for å klare langsiktige endringar. Deltakarane hadde vore innstilt på at endring var ein jobb dei måtte ta ansvar for sjølve, og hadde vore sta og bestemt for å klare det. Psykologiske faktorar har blitt peika på som viktige nøkkelfaktorar i tidlegare kvalitativ forskning (44). Vilje og motivasjon har først og fremst blitt skildra som fremjande for å vedlikehalde endring, men kan også vere hemmande (44). Mangel på viljestyrke er oppgitt å vere av dei største barrierane for fysisk aktivitet (67). Dette er beskrive som ein dominerande barriere for personar plassert i alle fasar av den Transteoretiske Modellen (TTM), inklusive fasen som handlar om vedlikehald (68). Det kom også fram i ei norsk undersøking av inaktive vaksne, at motivasjon og auka tiltakslust må til for å endre aktivitetsvaner (69). Vår studie viste tilsvarande, der deltakarar fortalde at lite vilje også kunne vere ein hemmande faktor for endring. Deltakarane beskrev motvilje i startfasen, at viljen ikkje var stor nok, eller at viljen ikkje låg hos dei sjølve. Astin og kollegaer har poengtert at endring ikkje alltid er ein prioritet hos individet, sjølv om det er det for helsepersonellet (70). Funna i vår studie underbygde målsettinga til frisklivssentralen, om å styrke individet sin indre motivasjon for endring (31), og bruk av Motiverande Intervjuteknikk (MI), for å lokke fram og styrke personen sin eigen motivasjon(33). I følgje TTM gjeld det å gjere dei rette tinga til rett tid, og derfor viktig at frisklivsvegleiarar stimulerer deltakarane i forhold til fasen dei er i (48, 71). Sjølv om frisklivsresept i stor grad er lagt opp til at deltakarar skal setje i gang med endring, eller

aksjon, viste ein studie at 15% var i fasane prekontemplation og kontemplation ved oppstart (72). Det ville då vore eit praktisk feiltrinn å tilføre endringsprosesser tilpassa aksjonsfasen til desse deltakarane (47). Kanskje motstanden deltakarar i vår studie opplevde ved oppstart på frisklivssentralen, var eit bilete på akkurat dette?

I Rise og kollegaer sin studie kom det fram forskjellar i resultata blant diabetespasientar som sjølv meinte dei hadde ansvaret for eiga helse, og dei som meinte kona eller legen hadde ansvaret (73). Dei som tok ansvaret sjølv gjorde fleire endringar enn dei som overlet ansvaret til andre. Forsking har også vist at diabetespasientar som forklarte årsaka bak sjukdomen med eiga livsferd, også tok større ansvar for å «ordne opp», og gjere endringar (74). Dei som skulda på årsakar utanfor seg sjølv, overlet i større grad ansvaret for sjukdom og behandling til helsepersonell. Eige ansvar har dermed vist seg å vere avgjerande for gjennomføring av livsstilsendringar. Dette understreka også deltakarane i vår studie: Dei måtte gjere jobben sjølv, ingen andre kunne gjere den for dei. Frisklivsvegleiarar bør derfor sette fokus på korleis dei kan støtte deltakarane mot å ta ansvar for eigen prosess. I følge vegleiaren for frisklivssentralar er det deltakarane som skal eige endringsprosessane, og i tilnærminga skal baserast på empowerment. Empowerment eller fullmakt, handlar om å sette folk i stand til å ta kontroll over eiga helse, faktorar som påverkar helse, og å meistre sin eigen livssituasjon (31). Vegleiaren er dermed i tråd med kva deltakarane våre meinte om å ta ansvar i endringsprosessen. Det er viktig at frisklivsvegleiarar er bevisst dette i praksis, og aktivt prøver å framkalle denne haldninga hos sine frisklivsdeltakarar.

I vår studie la deltakarane stor vekt på vilje og eige ansvar som grunnleggjande faktorar for å lukkast med vedlikehald av endring. Liknande resultat vart presentert av Eliassen som understreka viktigheten av at deltakarane hadde den «rette innstillinga», under oppstart på frisklivssentralen, der deltakarane rapporterte at dei måtte ha vilje til innsats under aktivitetane, for å få utbyte av tiltaket (63). Hauge sin studie, derimot, tematiserte ikkje resultat som la vekt på personleg haldning (62). Samanlikna med begge desse studiane peika våre resultat i større grad på viktigheten av individuelle faktorar som personlig vilje og oppfatning av ansvar for endring som avgjerande for å klare vedlikehald av endring (62, 63).

4.3 Oppleving av resultat og meistring styrkjer motivasjonen for endring.

Vår studie viste at det var fleire viktige faktorar som påverka deltakarane sin motivasjon gjennom endringsprosessen. Positive resultat etter frisklivsresept er ikkje noko nytt (32, 35, 54, 55, 58-63, 72, 75, 76). Tidligere forskning har vist at deltakarar har opplevd positive resultat på vektnedgang, betre fysisk form, og meir overskot, og at dette motiverte dei til å oppretthalde den nye livsstilen (60). Dette tilsvara resultatata i vår studie, der deltakarane opplevde at positive resultat, som følge av endringane, var den viktigaste motivasjonsfaktoren for å fortsetje vidare. I Hauges studie fortalde deltakarane også at dei prioriterte trening vidare i livet fordi det gav gevinst og positivt utbytte (62). Dette er i tråd med Jones og kollegaer sine resultat som viste at betring av sjølvopplevd livskvalitet som følge av vekttap, gav motivasjon til å fortsetje med livsstilsendringar (77).

Deltakarane i vår studie fortalde at oppleving av meistring var viktig for å fortsetje endringane dei hadde starta med. Tidlegare kvalitative studiar gjort i frisklivssentralen har vist det same (60-63). I Eliassen sin studie er opplevinga av meistring eit av hovudfunna knytt til kva deltakarane meinte var vesentleg for å oppretthalde livsstilsendring (63) Deltakarane i Sand sin studie fortalde at oppleving av meistringskjensle hadde gitt auka meistringstru på at dei skulle klare fleire ting i liva sine (61). Hauge viste at eigenutvikling i form av å bli fysisk aktiv hadde gitt deltakarane eit anna syn på seg sjølv i forhold til å meistre ulike aktiviteter og gjeremål. Dei beskrev at dei klarte meir enn dei hadde trudd på førehand, fekk det betre, og at dette gav motivasjon til å fortsette å jobbe mot ei vidare utvikling (62). Funn frå vår studie bekreftar dermed tidlegare studiar på området, og kan knytast til den transteoretiske modellen (TTM) om endring der meistringstru er drivaren som gjer at ein bevegar seg frå ein endringsfase til neste (48). Deltakarane i vår studie har lukkast ved å oppnå positive resultat og meistring. Vidare opplevde dei positive kroppslege tilstandar etter fysisk aktivitet, som også vil auke meistringstrua (48). I følge TTM er høg meistringstru viktig under vedlikehaldsfasen. Ein må då ha tilstrekkeleg meistringstru for å kunne motstå freistingar som kan føre tilbake til tidlegare vanar (47). Utifrå det teoretiske synspunktet vil auke i frisklivsdeltakarane si meistringstru, vere svært viktig for å klare vedlikehald av livsstilsendringar. Dei kvalitative studiane frå frisklivssentralar samstemte med vår studie i at oppleving av meistring har gitt auka meistringstru og motivasjon til å fortsetje (60-63). Frisklivssentralane har slik sett lukkast i si målsetjing om å bidra til at dei involverte deltakarane har auka eigen tillit til meistring (31).

4.4 Å trene med helseplager

Vanlige barrierar mot endringar er medisinske problem og fysiske plager, som smerte under trening og fysiske avgrensingar, samt depresjon og mangel på motivasjon (77). Deltakarar ved frisklivssentralar har slike helseplager, og dette er naturleg nok oppgitt som viktigaste barriere for deltaking i fysisk aktivitet (59). Deltakarane i vår studie snakka også om helseplager som den største barrieren for endring. Helseplagene gav stor motstand, spesielt ved oppstart, førte til at dei måtte gjere tilpassingar, og var ei belastning vidare i prosessen med å vere ei skremmande påminning om mogleg forverring. Likevel har dei klart å vedlikehalde endringar. Gjennom intervjuar kom det fram korleis den største barrieren for endring, også vart ein fasilitator. Erkjenning og bevisstgjerjing av kor dårleg det stod til med helsa vart ein vekkjar som fekk mange i gang, og skapte den indre motivasjonen som skulle til for å ta grep om situasjonen. Dette samsvarer med funn frå forskning på personar som har klart langvarig vedlikehald av vektreduksjon (78). I Gorin og kollegaer sin studie kom det fram at dersom medisinske «triggarar» var med å initiere vektreduksjonen, eksempelvis hjarteinfarkt eller at legen sa dei måtte gå ned i vekt, førte dette til større vekttap og betre vektvedlikehald (79). Dette kan sjåast i lys av TTM der tidlege fasar er knyta til tanke- og kjenslemessige prosessar, blant anna oppleving av negative kjensler som følgje av negativ helseåtfærd og å auke bevisstheiten kring risikoåtfærd (47). Måten oppstarten ved frisklivssentralen vart skildra, viser at deltakarane i vår studie nytta desse prosessane i tidleg fase av endring. Dette viser den potensielle nytten tilvisarar og frisklivsvegleiarar kan ha, av å tilføre prosessar frå TTM i tidleg fase av endring.

Funn frå vår studie samsvara med tidlegare forskning der frykt for forverring i helse har vore med å halde oppe motivasjonen for endring (77). Dette er rapportert i studiar gjort på pasientar etter hjarteinfarkt (70). Helserelaterte grunnar for vektreduksjon er også opplevd som støttande for vektvedlikehald (80). I vår studie såg det ut til at tankar og opplevingar av konsekvens for helsa var med på å drive endringsprosessen vidare. Dårleg erfaring med små tilbakesteg var også med å halde oppe bevisstheiten om at endringsvedlikehald var viktig. Deltakarane i vår studie skildra eit fokus som gjer at dei kan plasserast i TTM sin vedlikehaldsfase. I denne fasen av endring er ei av oppgåvene nettopp førebygging av tilbakefall (47). At andre menneske med usunne levevanar vart opplevd som «skremsel» for å vedlikehalde endringane, er i tråd med at «Samanlikning med andre si åtfærd» har vist seg å vere ein effektiv åtfærdendringsstrategi (38).

Deltakarane i vår studie hadde positive skildringar av korleis trening hadde betra deira fysiske form og redusert deira plager, og av korleis dei nytta trening som erstatning for medisin. Ein kan skjønne at dimensjonen av gevinsten var stor. Kanskje nettopp på grunn av eit dårleg utgangspunkt, har resultata av endringar blitt så store at dei har generert tilstrekkeleg motivasjon for å vedlikehalde endringane? Bjørnerud fann at frisklivsdeltakarar som gjorde aktivitetsendringar over tre år, var kjenneteikna med lågt aktivitetsnivå ved baseline (58). Desse vil truleg ha størst helsemessig gevinst av endring (15), og det å oppnå betre helse vart i vår og andre studiar (60, 62, 77) rapportert å vere ein svært viktig motivasjonsfremjar for å lukkast med endring. Eit varsku er at betring kan dempe frykta for forverring, som vidare kan leie til tilbakefall til gamle vanar (70). Slik sett er det viktig at frisklivsdeltakarar beheld eit visst fokus på kva dei har klart å oppnå ved å gjere endringar, og at dei ikkje «gløymer ut» kvar dei var før. Frisklivsvegleiarar kan vere med å gje dei påminning og tilbakemeldingar på dette undervegs i prosessen. Det ville også vore interessant for framtidige forskning å vurdere om, og i kor stor grad helsemessig betring påverkar vedlikehald av endring.

4.5 Støtte og oppfølging gjennom deltaking på frisklivssentralen

Resultata våre viste at deltakarane la stor vekt på at oppleving av støtte hadde vore ein viktig faktor gjennom endringsprosessen. Forsking har også vist at dei som har fått sosial støtte gjennom endringsprosessen i større grad klarar å endre levevanar (40). Dette er i tråd med TTM sine endringsfasar for aksjon og vedlikehald (47, 48, 81). Ein viktig prosess i desse fasane inneber at deltakarane søker støtte hos sine omgjevnadar, for å byggje opp om sitt endringsvedlikehald. Kvalitative studiar har vist at sosial støtte er eit nøkkelt tema innan åtferdsendring og vedlikehald (44). Primært har det fungert som ein fremjar for endring, og vore spesielt nyttig i form av å ha nokon å vere aktiv ilag med. Dette er i tråd med kva våre og andre deltakarar på frisklivssentralar har fortalt (60-63).

Deltakarane i vår studie skildra eit fellesskap på frisklivssentralen som gav opplevingar av omsorg, forventningar frå andre, samhald, glede, inkludering, og ei kjensle av å høyre til. Dette samsvarer med Eliassen og Hauge sine studiar, der det inkluderande miljøet ved frisklivssentralen vart trekt fram som viktig, og grunnlaget var at deltakarane viste respekt for kvarandre på tross av ulike føresetnadar (62, 63). Samsvarande med andre er også at deltakarane sitt felles utgangspunkt har ført til at dei har opplevd samhald og gitt kvarandre

omsorg (60-62). Dette har og ført til ansvarskjensle overfor andre, og forventning til oppmøte på trening (60). Slik sett har det vore lettare for deltakarane å motivere seg til å kome seg av garde på trening (60). I likskap med vår studie understrekte Hauge i sine funn viktigheita av å tilhøyra eit treningsfellesskap, og å ha noko meiningsfullt og fast å gå til (62). Bratland-Sanda fann også at den viktigaste motivasjonsfaktoren for å fortsette aktivitet etter frisklivsresept var at aktiviteten føregjekk saman med andre (59). Funnt frå vår og andre studiar med frisklivsdeltakarar er samstemt om at positive aspekt fellesskapet har tilført aktiviteten, gav deltakarane motivasjon for å vere i aktivitet. Dette samsvarar også med korleis vegleiarer meiner aktivitetstilbodet i frisklivssentralen skal leggjast opp (31).

Resultata i vår studie viser at støtte og oppfølging deltakarane har fått frå personalet på frisklivssentralen har vore viktig i endringsprosessen deira. Med dette meinte deltakarane å bli sett, møtt med respekt, bli ivaretatt, tryggja, vegleia og bakka opp. Frisklivsdeltakarar i andre kvalitative masterstudiar la og vekt på at oppfølginga frå personalet hadde vore viktig for dei (60-62). Oppmuntring og puff i gang, er rapportert som viktig for motivasjonen (60). Vegleining av dyktige fagfolk har, i følge frisklivsdeltakarar ført til tryggleik (60, 61), og dei har fortalt at dei har følt seg sett og ivaretatt (60-62). Hauge sine deltakarar fortalde at det hadde vore viktig med god vegleining og støtte i ein prosess der dei følte seg sårbare og utrygge (62). Angående oppfølging og støtte frå personalet samsvara våre funn med tidlegare studiar. Sand trekte fram at anerkjening frå personalet på frisklivssentralen vart ein viktig motivasjonsfaktor for å endre livsstil (61). I vår studie sa også deltakarar at personalet var ein viktig grunn til at dei fortsette. Frisklivsveglearar bør derfor vurdere i kor stor grad deltakarane sitt vedlikehald av endringar avheng av deira oppfølging. Forsking har antyda at auka hyppigheit og total mengde kontakt med vegleiar kan vere gunstig (40).

Frisklivsdeltakarar i vår studie fortalde at deltaking på frisklivssentralen var avgjerande for deira endring, og endringsvedlikehald. For å halde oppe aktiviteten var dei avhengig av å delta på frisklivssentralen. Dette var eit noko overraskande funn, etter deltaking over fleire år. Resultatet vart gjenspegla av at 12 deltakarar hadde fortsatt med fleire reseptar eller regelmessig trening i regi av frisklivssentralen. Liknande funn er gjort tidlegare (59, 60, 63). Bratland-Sanda rapporterte ein variasjon på 1 til 9 reseptar, der kun 44% fekk berre ein resept (59). Deltakarar frå Hauge sin studie starta trening i likemannsgruppe etter frisklivssentralen sine prinsipp, då dei følte det ikkje var noko tilbod til dei etter avslutta resept (62). Deltakarane i Sand sin studie planla det same, då det var viktig for dei å behalde samhald og

sosial kontakt (61). Dette tydeliggjer eit behov for vedvarande tilknytning til eit treningsfellesskap.

Ein kan stille spørsmål angående lengde på tiltaka, då den aktive deltakinga på frisklivssentralen har hatt stor, og for fleire avgjerande betyding for vedlikehald av endringar. Er det realistisk å tru at deltakarane skal klare seg utan sosial støtte og oppfølging etter berre 12 veker? Loland og kollegaer (82) har anbefalt forlenging av den intensive perioden utover seks månadar for å auke effekt av intervensjonen, og at oppfølging i større grad må vektleggjast for å oppretthalde endringar over tid. Bjørnerud sine funn gir motsett indikasjon då positiv endring av aktivitetsnivå og helse relatert livskvalitet målt etter avslutta frisklivsresept (tre månadar) vart vedlikehaldt i tre år, utan vidare oppfølging frå frisklivssentralen (58). Anna forskning har vist ein uklar samanheng mellom intervensjonsvarighet og utfallsmål innan fysisk aktivitet, og motseiande bevis for samanheng mellom varighet og vekttaap (40)

Livsstilsendring er ein krevjande prosess som tar tid, og støtte undervegs gir eit betre utgangspunkt for suksess (40). Samtidig er det eit mål at deltakarane er i førarsetet og tar ansvaret for eigen prosess (31). Etter 12 veker på frisklivsresept, er prosessen for frisklivsdeltakarane lagt opp til å vere uavhengig av deltaking på frisklivssentralen (31). Dette er eit tankekors, då TTM knyt støtte spesielt opp mot vedlikehaldsfasen, og deltakarane vil i følge TTM vere i denne fasen først etter seks månadar med endring (47). Tatt i betraktning at dei fleste frisklivsdeltakarane i praksis gjennomfører fleire reseptperiodar (59), er det viktig å finne ut kva som er optimal varighet på frisklivsresept. I tillegg bør ein finne ut korleis frisklivsresepten kan «avsluttast», utan å kutte ei potensielt naudsynt støtte og oppfølging av deltakaren si meistring av endringsvedlikehald. Vidare forskning på frisklivscentralar bør derfor fokusere på behovet for deltaking og tilknytning utover reseptperioden.

4.6 Diskusjon av metode

Hovudstyrken i denne studien er langtidsperspektivet på vedlikehald av endringar. Det er ikkje tidlegare gjort studiar på deltakarar ved frisklivssentral som har haldt ved like endringar av levevanar i fire år eller meir. Langtidsperspektivet i studien gir samtidig ein moglegheit for hukommelsesbias. Fleire deltakarar hadde vanskar med å hugse detaljar av opplegget, samt å

avgjere storleiken på ulike tidsintervall. Likevel er essensen i kva deltakarane fortalde, og materialet som er framstilt i resultatpresentasjonen, vurdert å vere lite påverka av dette.

4.6.1 Forskaren sin ståstad

Det er viktig at forskaren er bevisst eigen ståstad i forskingsprosessen (65). Ein bør på førehand vere klar over subjektive haldningar, motiv og forventningar som ligg til grunn for dei aktuelle forskingsspørsmåla. Gjennom heile forskingsprosessen må ein ha ei bevisstheit om dette og aktivt vurdere eigen påverknad av data. Dette handlar om å gå inn i ein posisjon der ein gjennomgåande set seg sjølv til side for det ein gjer, for å vurdere og utfordre egne førestellingar og konklusjonar (65). Eiga erfaring frå feltet er arbeidskvardagen i frisklivssentral, og som fysioterapeut i arbeid med sjukeleg overvektige på rehabiliteringssenter. Sidan eg for sju år sidan starta å jobba med livstilsending, har eg kjent på at «dette kan me for lite om», og hatt ei målsetting om å tileigne meg meir kunnskap på feltet. Gjennomgåande har eg lurt på kva som skal til for å klare endringar, og kva type tilbod som er best eigna til å fasilitere aktuelle endringar. Motivet for å gjere denne studien er derfor eigeninteresse for feltet og forventningar om funn som vil vere til nytte i eigen arbeidskvardag som leiar av frisklivssentral. Eit ynskje om å finne «nøkkelen til suksess» var ei drivkraft i forskingsprosessen, og at dei som har oppnådd suksess kunne gi meg idear til korleis eg på best mogleg måte kunne hjelpe andre til å oppnå det same. Prosjektplan, val av teoretisk bakgrunn for oppgåva, og utforming av intervjuguide er naturleg nok prega av forkunnskapen min og erfaringa mi frå feltet. I den vidare prosessen, vart eiga forforståing forsøkt lagt til side. Intervjuguiden har derfor opne spørsmål, og innstillinga, så vel som opplevingane under intervjuet var at «dette er ukjent for meg». Det er likevel truleg at ståstaden min påverka kva tema eg etterspurte og grov meir om. Gjennom analyseprosessen vart også blikket løfta for å vurdere om dette faktisk var det deltakarane sa, og om eg hadde lagt spesielt merke til utsegn som bekrefta egne meiningar.

4.6.2 Rekruttering

For å skape ein brei geografisk representasjon basert på ulike variasjonar av tilbodet, vart det rekruttert frå tre frisklivssentralar; i Nord-, Vest- og Aust-Norge. Det var ynskjeleg med sjølvrekruttering per brev, då deltakarane kunne melde seg på utelukkande basert på eiga vurdering av inklusjonskriteriane. Då dette gav magert resultat, og av omsyn til arbeidsmengde for frisklivsveglearane, var det naudsynt å endre rekrutteringsmåte.

Deltakarane vart derfor direkte førespurt om deltaking, ved oppringing eller når frisklivsdeltakarane møtte opp på trening. Rekrutteringsansvarleg si meining om kven som tilfredsstilte inklusjon kan derfor ha påverka resultatane. Direkte førespurnad kan også ha blitt opplevd som påtrengjande, og ført til rekruttering av personar som elles ikkje ville valt å stille opp.

4.6.3 Utval

Det strategiske utvalet er med å avgrense mangfaldet ein ville få dersom ein valde personar som hadde gjort langtidsendring av levevanar uavhengig av deltaking på frisklivssentralen. På den andre sida er det vist at frisklivssentralen er representativ for eit rikt utval av personar som kan dra nytte av endring av levevanar (35, 55, 72). Bakgrunnen til dei 15 deltakarane rekruttert i vår studie samsvarer også med dette.

Utvalet er treffande for målgruppa i studien, og den interne validiteten er derfor god (83). Resultata seier noko om kva som har vore viktig i prosessen for frisklivsdeltakarar som sjølv meinte dei hadde lukkast med vedlikehald av endringar. Utvalet er også representativt for frisklivsdeltakarar utover ein lokal variant av tilbodet. Vårt utval var derimot ikkje representativt for alle deltakarar i frisklivssentralen. Ein studie har vist at 68% gjennomfører frisklivsresepten (35), og to studiar med lav svarprosent har vist at 40% (62) og 55% (59) har auka aktivitetsnivå etter 2-4 år. Vår studie inkluderte dermed eit mindretal av dei som starta opp på frisklivssentralen. Etersom dei fortalde historier om å lukkast, er det truleg at frisklivssentralen også har blitt framstilt i eit noko einsidig og positivt perspektiv.

Dersom me hadde inkludert deltakarar som ikkje fullførte resept, og deltakarar som ikkje har oppretthaldt endringane etter fullført resept, ville me fått ein breiare overføringsverdi av våre funn. Det hadde vore interessant å sett korleis deira perspektiv ville påverke våre tema, og kva tema som kunne oppstått i tillegg. Breiare inklusjon ville også gitt betre validitet i vurdering av element knytt til frisklivssentralen sitt tilbod. Resultata i studien reflekterer i hovudsak endringar innanfor fysisk aktivitet, og i mindre grad kosthaldsendringar. Dette vil derfor gjere resultatane mindre generaliserbare for andre levevaneområder enn fysisk aktivitet.

4.6.4 Datainnsamling

Kvalitative individuelle intervju vart valt då målet var å få tak i den enkelte sine opplevingar, erfaringar og meiningar om kva som var viktig for å endre og vedlikehalde levevanar (65). Det individuelle intervjuet gir moglegheit til å gå i djupna og i stor grad følgje opp den

enkelte sine forteljingar. Fokusgruppeintervju kunne også vore ein eigna metode, men resultatet er avhengig av gruppedynamikken, og stiller noko høgare krav til dugleiken til intervjuar (65). Det er sjans for at ulike synspunkt kan stenge for kvarandre, og det kan vere meir utfordrande å snakke om følsame og intime forhold. Erfaringa frå denne studien var at ein-til-ein relasjon opna for å dele informasjon av personleg og sårbar karakter, som truleg ville bli haldt tilbake i ei gruppe. Metoden gav rom for at deltakarane kunne fremje eigne styrker, og påpeike kor flinke og disiplinerte dei hadde vore. Det er uklart om dette ville ha kome fram i like stor grad i ei fokusgruppe. Det vart opplevd som ein styrke at intervjuaren jobba i ein frisklivssentral. Dette førte til rask forståing og felles referanseramme når deltakarane snakka om kva dei hadde vore med på i frisklivssamanheng. Eg opplevde også denne settinga som eit godt utgangspunkt for intervju, då det var ein kjent atmosfære for deltakarane. Det var ei utfordring å leggje rolla som frisklivsvegleiar til side under forskingsintervjua. Ettersom intervjua føregjekk i tilsvarande kontekst som helsesamtalen, og det var vanskeleg å ikkje gli over i den vante vegleiarrolla. Helsesamtalane som føregår mellom deltakar og vegleiar i løpet av frisklivsresepten, byggjer på MI. Spesifikke samtaleteknikkar som «refleksjon» og «oppsummering» vart nytta, blant anna for å hente fram endringsnakk (33). Innimellom hadde forskingsintervjua ein tendens til å likne ein MI-basert helsesamtale. Dette kan vere ein svakheit ved studien, då fokuset kunne dreie mot nettopp å fremje endringsnakk, og å hjelpe deltakaren til å byggje motivasjon. Intervjuar ville dermed risikere å påverke vedkommande sin endringsprosess. Samtidig har MI og kvalitative forskingsintervju felles utgangspunkt med å vere opne og undersøkjande, og i vårt tilfelle, fokusert rundt endring. Det kan slik sett sjåast på som fordelaktig med ein meir erfaren intervjuar, som er trena på å hente fram deltakarane sine synspunkt innanfor feltet. Eit anna felles trekk mellom MI og det kvalitative intervju er å få bekrefte kva deltakaren meinte, ved oppsummering og etterspørsel om ein har oppfatta riktig. Dette vart gjort under intervjua, og det styrkar resultata sin validitet (33).

Ved spørsmål angående endringar deltakarane hadde gjort, skjedde det fleire gonger at «betyding og resultat av endringane» snakka om i staden, eksempelvis vekttapet, formstiginga eller smertereduksjonen (betra livskvalitet og/eller sjølvopplevd helse). Det kunne av den grunn vere utfordrande å få tak i dei konkrete endringane deltakarane hadde gjort i kvardagen. Dette førte til store mengder tekst som skildra betyding av endring. Seinare i analyseprosessen vart dette bevisst samanfatta, av omsyn til informasjonsmengda og forskingsspørsmålet.

4.6.5 Analyse

Analysearbeidet vart gjennomført etter systematisk tekstkondensering (65). Metoden er godt eigna for samanfatning av informasjon frå forskjellige informantar, tverrgåande analyse, og er ein god reiskap for forskarar med lite erfaring. Det var kun ein person som gjennomførte intervju og arbeid med analyse av data. Det styrkjer arbeidet å ha god samanheng og overblikk over alle ledd i analyseprosessen. På ei anna side kan det føre til ei subjektiv dreining av data (65). Undervegs vart det derfor gjort hyppige kontrollar av tekstbitar og resultat opp mot transkripsjonar og lydband. Oppfølging av vegleiar tilførte også analysen eit breiare perspektiv. Kontroll og oppfølging bidrog til å styrke studien sin validitet (65).

4.7 Konklusjon

Denne studien gir kunnskap om kva frisklivsdeltakarar opplevde som viktig for å gjere og vedlikehalde endring av levevanar eit langsiktig perspektiv. Resultata samsvarar i stor grad med tidlegare forskning på frisklivssentralar, men tydeleggjer i større grad at personleg haldning er av betydning. Å ha vilje til endring og ta eige ansvar i endringsprosessen var avgjerande, og det er derfor viktig at frisklivsvegeliarar i praksis jobbar aktivt for å fremje ei slik innstilling hos sine deltakarar. Vidare antyda funna at frisklivssentralane når si målsetjing for korleis dei vil støtte personar mot vedvarande endring av levevanar, og faktorar ved tilbodet var motivasjonsfremjande for deltakarane. Dette var knytt til tilpassa og artig aktivitet, støtte og oppfølging.

Resultata er henta frå eit lite antall frisklivsdeltakarar – dei som har lukkast med å gjere og vedlikehalde endringar. Tilsvarende studiar bør derfor gjerast på deltakarar som opplever tilbakefall etter frisklivsresept, og deltakarar som fell frå tilbodet undervegs. Dette kan vere med på å identifisere hindringar, og vidareutvikle tilbodet mot å hjelpe fleire deltakarar til å lukkast med langsiktige endringar. Kvantitative studiar bør også gjennomførast for å undersøkje langtidseffekten av de ulike faktorane. Vidare forskning bør også fokusere på tidsperspektivet for deltaking på frisklivssentral, og evaluere deltakarane sitt behov for vidare oppfølging under vedlikehaldsfasen.

Referansar

1. WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008.
2. WHO. Global status report on noncommunicable diseases. 2010.
3. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163-96.
4. Helsedirektoratet. Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål. 2013.
5. Midthjell K, Lee CM, Langhammer A et al. Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical obesity* 2013; 3: 12-20.
6. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2010: Helsetilstanden i Norge. 2010.
7. Statistisk sentralbyrå: Røykevaner 2013. www.ssb.no/royk.
8. Helsedirektoratet. Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014. 2014.
9. Helsedirektoratet. Utviklingen i norsk kosthold. nr. IS-2116, 2013.
10. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. 2014.
11. WHO. Interventions on diet and physical activity: what works: summary report., 2009.
12. WHO. Sixty-fifth world health assembly. Geneva, 21-26 may 2012. Resolutions and decisions. Annexes. nr. WHA65/2012/REC/1
13. WHO. Global recommendations on physical activity for health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf?ua=1, 2010.
14. Helsedirektoratet. Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet. 2010.
15. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2006; 174: 801-9.
16. Reiner M, Niermann C, Jekauc D et al. Long-term health benefits of physical activity--a systematic review of longitudinal studies. *BMC public health* 2013; 13: 813.
17. Helsedirektoratet. Små grep, stor forskjell. Avdeling nasjonalt folkehelsearbeid 2012.
18. Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *The Proceedings of the Nutrition Society* 2008; 67: 253-6.
19. Mann JI, De Leeuw I, Hermansen K et al. Evidence-based nutritional approaches to the treatment and prevention of diabetes mellitus. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD* 2004; 14: 373-94.
20. Salas-Salvado J, Martinez-Gonzalez MA, Bullo M et al. The role of diet in the prevention of type 2 diabetes. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD* 2011; 21 Suppl 2: B32-48.
21. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2014; 148: e1-e132.
22. Ferlay J, Shin H, Bray F et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer* 2010; 127: 2893-917.
23. Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology* 2007; 132: 2226-38.
24. Schwingshackl L, Dias S, Hoffmann G. Impact of long-term lifestyle programmes on weight loss and cardiovascular risk factors in overweight/obese participants: a systematic review and network meta-analysis. *Systematic reviews* 2014; 3: 130.

25. Helsedirektoratet. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. Nasjonalt råd for ernæring 2011 2011.
26. Dombrowski SU, Knittle K, Avenell A et al. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ (Clinical research ed)* 2014; 348: g2646.
27. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2011; 12: 912-34.
28. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.(helse- og omsorgstjenesteloven). NOU : 6 2011.
29. Sandvand I. The emergence of an organizational idea : The development of Centers for Healthy Living in Norway University of Oslo, 2013.
30. Oversikt over Frisklivssentraler 2014. Helsedirektoratet 2014.
31. Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler - Etablering og organisering. nr. IS-1896. www.helsedirektoratet.no; Helsedirektoratet, 2013.
32. Kunnskapssenteret. Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. 2012.
33. Ivarsson BH. MI - motiverende intervju : prakisk håndbok for helse- og omsorgssektoren. Gothia 2011.
34. Copeland L, McNamara R, Kelson M et al. Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: A systematic review. *Patient education and counseling* 2014.
35. Bjurholt K. Evaluering av norske frisklivssentraler - En prospektiv intervensjonsstudie NTNU, 2014.
36. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C et al. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2005: Cd003818.
37. Dombrowski SU, Avenell A, Sniehot FF. Behavioural interventions for obese adults with additional risk factors for morbidity: systematic review of effects on behaviour, weight and disease risk factors. *Obesity facts* 2010; 3: 377-96.
38. Hartmann-Boyce J, Johns DJ, Jebb SA et al. Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2014; 15: 598-609.
39. Hankonen N, Sutton S, Prevost AT et al. Which Behavior Change Techniques are Associated with Changes in Physical Activity, Diet and Body Mass Index in People with Recently Diagnosed Diabetes? *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine* 2014.
40. Greaves CJ, Sheppard KE, Abraham C et al. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC public health* 2011; 11: 119.
41. Abraham C MS. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology* 2008; 27: 379-87.
42. Michie S, Abraham C, Whittington C et al. Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 2009; 28: 690-701.
43. Murray J, Craigs CL, Hill KM et al. A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change. *BMC cardiovascular disorders* 2012; 12: 120.
44. Murray J, Fenton G, Honey S et al. A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk. *BMC cardiovascular disorders* 2013; 13: 48.

45. Murray J, Honey S, Hill K et al. Individual influences on lifestyle change to reduce vascular risk: a qualitative literature review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2012; 62: e403-10.
46. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education. Theory, research, and practice.* 4th utg 2008.
47. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical model and stages of change. I: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, red. *Health Behavior and health education, theory, research, and practice.* Fourth Edition utg: Jossey-Bass, 2008.
48. Wester A, Wahlgren L, Wedman I et al. Å bli fysisk aktiv. I: Bahr R, red. *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling: Helsedirektoratet*, 2008.
49. Romain AJ, Attalin V, Sultan A et al. Experiential or behavioral processes: Which one is prominent in physical activity? Examining the processes of change 1 year after an intervention of therapeutic education among adults with obesity. *Patient education and counseling* 2014; 97: 261-8.
50. Tuah NA, Amiel C, Qureshi S et al. Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2011: Cd008066.
51. Mastellos N, Gunn LH, Felix LM et al. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2014; 2: Cd008066.
52. Helsedirektoratet. Veiledning til gjennomføring av frisklivssamtalen. <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/Documents/veiledning-til-gjennomforing-av-frisklivssamtalen.pdf>.
53. Noordman J, de Vet E, van der Weijden T et al. Motivational interviewing within the different stages of change: an analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social science & medicine (1982)* 2013; 87: 60-7.
54. Oldervoll LM, Lillefjell M. Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling Innherredsmodellen - Trinn 1. Rapportserie fra senter for helsefremmende forskning NTNU nr. 2011/2, 2011.
55. Båtevik FO. Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald. 2008.
56. Ystgaard AI. Endring i levevaner - En kvantitativ studie om effekten av tiltak i frisklivssentralen i Gjøvik Høgskolen i Gjøvik, 2013.
57. Mortensen K. Effektevaluering av "Bra mat for bedre helse": en kvasieksperimentell intervensjonsstudie Universitetet i Oslo, 2012.
58. Bjørnerud AM. Fysisk aktivitet på resept. Tre års oppfølging av aktivitetsnivå og helserelatert livskvalitet Nordic School of Public Health NHV, 2014.
59. Bratland-Sanda S, Lislevatn F, Lerdal A. Frisklivsresept - En tversnittundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune. *Fysioterapeuten* 2014; 3/14.
60. Selø B. Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral Høgskulen i Hedmark, 2013.
61. Sand NB. Et helhetlig blikk på en helhetlig sentral. En kvalitativ studie av frisklivssentralen i Moss, 2012.
62. Hauge HKU. Faktorar som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltakelse i Frisklivssentral. En kvalitativ studie Nordic School of Public Health, 2014.
63. Eliassen M. Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer Universitetet i Tromsø, 2014.
64. Dahl A-M. Bra mat for bedre helse" kurs: en undersøkelse av deltakeres erfaringer Høgskolen i Hedmark, 2013.
65. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring. 3. utg: Universitetsforlaget, 2013.
66. <http://www.mindjet.com/mindmanager/>.

67. Ziebland S, Thorogood M, Yudkin P et al. Lack of willpower or lack of wherewithal? "Internal" and "external" barriers to changing diet and exercise in a three year follow-up of participants in a health check. *Social science & medicine* (1982) 1998; 46: 461-5.
68. Rye JA, Rye SL, Tessaro I et al. Perceived barriers to physical activity according to stage of change and body mass index in the west virginia wisewoman population. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 2009; 19: 126-34.
69. Ommundsen Y, A A. Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er de - og hva motiverer til økt fysisk aktivitet? nr. IS-1740. Helsedirektoratet, 2009.
70. Astin F, Horrocks J, Closs SJ. Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences. *BMC cardiovascular disorders* 2014; 14: 96.
71. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 1994; 13: 39-46.
72. Blom EE. "Trening på Resept" Evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept". En prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging. En prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging Norges idrettshøgskole, 2008.
73. Rise MB, Pellerud A, Rygg LO et al. Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study. *PloS one* 2013; 8: e64009.
74. Parry O, Peel E, Douglas M et al. Issues of cause and control in patient accounts of Type 2 diabetes. *Health education research* 2006; 21: 97-107.
75. Helgerud J, Eithun G. Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. 2010.
76. Lerdal A, Celius EH, Pedersen G. 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 & health* 2013; 10: 1016-23.
77. Jones N, Furlanetto DL, Jackson JA et al. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association* 2007; 20: 486-94.
78. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *The American journal of clinical nutrition* 2005; 82: 222s-5s.
79. Gorin AA, Phelan S, Hill JO et al. Medical triggers are associated with better short- and long-term weight loss outcomes. *Preventive medicine* 2004; 39: 612-6.
80. Hindle L, Carpenter C. An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association* 2011; 24: 342-50.
81. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist* 1992; 47: 1102-14.
82. Loland M. Endring i helse relatert livskvalitet gjennom et ettårig kommunalt livsstilsendringstiltak. *Fysioterapeuten* 2014; 2: 20-5.
83. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483-8.

Vedlegg 1

VIL DU DELTA I ET FORSKNINGSPROSJEKT OM LANGSIKTIG ENDRING AV LEVEVANER?

Sykdom knyttet til usunn livsstil er økende globalt og nasjonalt, og er en av de største helseutfordringene i vår tid. Forebyggende innsats er en nøkkel til å bekjempe denne utviklingen. I Norge skjer det stadig etablering av kommunale frisklivssentraler for å hjelpe personer med å endre levevaner. For å videreutvikle frisklivstilbudet er det viktig å drive evaluering og forskning. Frisklivsdeltakere sine erfaringer med endring av levevaner og vedlikehold av endringene er viktig i denne sammenhengen.

Dette er derfor en forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt. Prosjektet skal bli en masteroppgave i klinisk helsevitenskap ved NTNU. Den vil bli gjennomført av mastergradsstudent Aase Kristine Bolstad. Veileder og ansvarlig for prosjektet er forsker Marit By Rise ved Institutt for samfunnsmedisin på NTNU.

Hvem kan delta?

Vi ønsker kontakt med personer som startet opp ved frisklivssentral i 2009 eller tidligere, og som fullførte hele frisklivsperioden. Dersom du gjennomførte endringer av levevaner og inntil nå har klart å vedlikeholde disse endringene vil vi gjerne ha deg med i studien. Endringene må ha vært slik at de har bedret livskvaliteten din og/eller bedret din selvopplevde helse. Det er du selv som vurderer dette. Om du er i tvil kan du ta kontakt med meg, så finner vi ut om du passer for denne studien.

Hva innebærer det å delta?

Intervjuet vil foregå som en samtale som varer omkring en time. Du kan når som helst – og uten å oppgi noen grunn - velge å trekke deg fra studien. Dette vil ikke innebære noen konsekvenser for deg.

Dersom du ønsker å være med i studien eller vil ha mer informasjon, send navn og telefonnummer på SMS eller e-post eller ta kontakt på telefon.

Vennlig hilsen

Aase Kristine Bolstad

Tlf.: 992 74 479

E-post: aase.bolstad@skodje.kommune.no

Vedlegg 2

SAMTYKKEERKLÆRING

Bakgrunn og hensikt

I Norge skjer det stadig etablering av nye kommunale frisklivssentraler for å hjelpe personer med behov for å endre levevaner. Å endre levevaner er utfordrende og tar gjerne lang tid. Det er derfor viktig å fokusere på endringer i et langtidsperspektiv. Hensikten med denne studien er derfor å utforske hva frisklivsdeltakere opplever er viktig for å klare å endre levevaner og vedlikeholde endringene.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du blir intervjuet av mastergradsstudent Aase K Bolstad. Intervjuet vil bli langt opp som en samtale og det vil bli satt av ca. en time til dette. Intervjuet vil foregå ved frisklivssentralen eller der det passer deg best.

Hva skjer med informasjonen du gir?

Intervjuet vil bli tatt opp på lydband og senere bli skrevet ut som tekst. All informasjon om deg vil bli anonymisert og få en kode. Koden vil knytte deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun mastergradsstudenten og veilederne som har tilgang til dette materialet. Når datamaterialet er analysert vil lydopptakene bli slettet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene fra studien blir publisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst – og uten å oppgi noen grunn - trekke deg fra studien. Dette vil ikke innebære konsekvenser for deg. Dersom du har spørsmål om studien, ta kontakt med mastergradsstudent Aase Kristine Bolstad på tlf. 992 74 479.

Jeg bekrefter å ha lest informasjonen om studien, og jeg ønsker å delta:

Dato:..... Sign:.....

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE

INFORMASJON OG SAMTYKKE

1. Bakgrunn:

Vil du først fortelle litt om din bakgrunn?

- Alder, Arbeidsforhold, Familie.
- Bakgrunn for at du ble med på frisklivssentral

2. Hovedspørsmål:

Kan du fortelje om kva endringar du har gjort?

- Korleis var det før samanlikna med no? Endringar i levevanar? (kost, fysisk aktivitet, røyk, alkohol etc)

Kva har desse endringane betydd for ditt liv?

- Sjølvopplevd helse og livskvalitet.

Kva har vore viktig for å klare å gjennomføre desse endringane?

- Kva som gjer at du har klart det? Kva har vore vanskelig/utfordrande?

Kva har vore viktig for å klare å vedlikehalde desse endringane over lang tid?

- Kva som gjer at du har klart det? Kva har vore vanskelig/utfordrande?

Kva betydning har det hatt at du har vore deltakar på frisklivssentral?

- Beskriv nærare kva som var opplegget for deg?
- Kva element/faktorar i tilbodet har vore meir eller mindre viktig for din endringsprosess?

Korleis kan frisklivssentralen bli best mogleg for å hjelpe folk til å klare langtidsendring av levevanar?

3. Oppsummering

Når du tenker over det me har snakka om, er det spørsmål eller tema du saknar?

- Dersom ja, kva spørsmål?

Er det noko meir du vil tilføye rundt det me har snakka om

TAKK