Masteroppgave i
Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid

Endring i levevaner

En kvantitativ studie om effekten av tiltak i frisklivssentralen i Gjøvik

Forfatter: Aud Inger Ystgaard

Dato: 15. desember 2013

Forord

En spennende og arbeidskrevende periode går mot slutten. Masteroppgaven markerer slutten på fire interessante år med læring, selv for en godt voksen dame som meg. Jeg har en kvinnealder bak meg som helsearbeider, og jeg har alltid vært opptatt av folks ve og vel, og hvilke påvirkningsfaktorer som er med å skape livene våre. Arbeidet med å bedre befolkningens helse går som en rød tråd gjennom utviklingen av den norske velferdsstaten. Helsetjenester av høy kvalitet er viktig for å oppnå god helse i befolkningen, men i et historisk perspektiv har utviklingen i andre sektorer, og bedring i velferden, hatt større betydning (Meld St.34 2012-2013). Vi ser allikevel at dårlig helse rammer sosialt ulikt. Det norske velferdssamfunnet er helt avhengig av økonomiske og sosialpolitiske mønstre. Dette medfører valg og prioriteringer. Presset mot velferdsstaten er imidlertid ikke bare økonomisk og politisk. Ideologiske og moralske begreper som menneskeverd, rettferdighet og likhetsprinsipp, griper også inn i disse valgene. Som yrkesutøvere innen velferdsarbeidet, utfordres vi av skjerpede krav om økt effektivitet og mer helse og omsorg for pengene. En trygg etisk plattform, både faglig og personlig, blir en forutsetning for å stå i dette.

Jeg inntar, som Seksjonsleder Helse i Gjøvik kommune, en spesiell forskerrolle i egen organisasjon, både i forhold til tilgangen til feltet, den fagkunnskapen jeg har og de verdiene jeg bærer med meg. I denne studien har jeg vært forsker i mitt eget felt. Forforståelse formes av egne erfaringer, kunnskapssyn, verdisyn og menneskesyn. Gjennom *Masterstudiet i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid* har jeg fått en samfunnsvitenskapelig innføring som har utvidet mitt perspektiv om faktorer som påvirker befolkningens helse

Jeg vil takke mine medstudenter og forelesere for inspirerende samlinger i disse fire årene, spesielt vil jeg takke «Gjøvik-gruppa» som har holdt sammen til gjensidig inspirasjon. Jeg vil også takke mine voksne barn for heiarop fra sidelinjen, og ikke minst min veileder, Cathinka Lerstad, for konstruktive råd underveis

Gjøvik den 15. desember 2013
Aud Inger Ystgaard

Sammendrag

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene oppretter frisklivssentraler som et kommunalt kompetansesenter med tilbud til personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre atferd og levevaner (Helsedirektoratet IS-1896 2011). Tilbudet er utviklet for å styrke individets kontroll over egen helse, primært gjennom endringsfokusert veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedret kosthold og røykeslutt. Den viktigste oppgaven er å styrke positive helsefaktorer. Disse skal bidra til å bygge opp brukernes mestringsfølelse, kapasitet og funksjon. Til tross for disse ambisiøse målene har vi liten kunnskap om brukerne faktisk opplever dette i etterkant av deres deltakelse i frisklivssentralen. Gir innsatsen gjennom frisklivssentralen deltakerne bedre levevaner og bedre selvopplevd livskvalitet? Opprettholdes de nye levevanene over tid? I denne undersøkelsen ønsker jeg å finne svar på om deltakelse i frisklivssentralen har ført til at målet om varig endring i helseatferd ble nådd.

Nøkkelord: Frisklivssentral, livsstilsendring og livskvalitet

Abstract

The Norwegian Directorate of Health recommends that all municipalities establish healthy-living centers that provide support to individuals and groups requiring assistance in behavior change (Norwegian Directorate for health IS-1896). Through counselling and practical measures on physical activity, diet and tobacco-usage tailored to each individual, the centers aim to empower individuals to take responsibility for their own health. The centers most important task is to reinforce health-promoting factors such as the individuals sense of accomplishment, capacity and self-perception regarding how he/she functions in society. Yet, despite the emphasis placed on the establishment and approach of these centers, research on their effect is largely nonexistent. Does participation in the activities offered by the healthy-living centers generate healthier behavior and new living habits that are maintained over time? Does participation improve the participants sense of quality of life? This study examines whether participation in the healthy-living center in Gjøvik has generated the lasting change in health behavior it set out to achieve.

Key words: Healthy living center, lifestyle change and quality of life

Innholdsfortegnelse

Forord 2

Sammendrag 3

Abstract 4

Innholdsfortegnelse 5

Figurer 7

Tabeller 8

Forkortelser 8

1.0 Innledning. 9

2.0 Bakgrunn og Utviklingen av folkehelsefeltet 12

3.0 Vitenskapsteoretisk perspektiv 17

3.1 Salutogenese. 17

3.2 Klasseteori. 18

3.3 Atferdsendring 23

3.3.1 Den stadiebaserte endringsmodellen. 23

3.3.2 Den sosial-økologiske modell 27

4.0 Metodisk tilnærming og forskningsdesign 31

4.1 Metodekritikk 32

4.2 Spørreskjemaets oppbygning 32

4.3 Frafall og representativitet 33

5.0 Presentasjon og drøfting av datamaterialet 36

5.1 Kjønn og alder 36

5.2 Benyttelse av frisklivssentralens ulike tilbud 37

5.3 Endring i levevaner 45

5.4 Fysisk aktivitet 47

5.5 Kosthold 51

5.6 Tobakk 55

5.7 Livskvalitet 58

6.0 Oppsummering 61

7.0 Konklusjon 66

8.0 Litteraturliste 70

9.0 Vedlegg 78

Vedlegg 1. Spørreskjema 78

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD 81

Antall ord: 21770

Figurer

Fig 3.1 - Den stadiebaserte endringsmodellen s.24

Fig 3.2 - Den sosial-økologiske endringsmodellen s.27

Fig 5.1 - Kjønn: alder s.36

Fig 5.2 - Alder: benyttet tilbud s.38

Fig 5.3 - Alder: Opplevelse av mottatt råd om fysisk aktivitet s.41

Fig 5.4 - Kjønn: Opplevelse av mottatt råd om kosthold s.42

Fig 5.5 - Alder: Opplevelse av mottatt råd om kosthold s.42

Fig 5.6 - Kjønn: opplevelse av mottatt råd om tobakk s.43

Fig 5.7 - Kjønn: fulgt råd etter å ha sluttet i frisklivssentralen s.44

Fig 5.8 - Kjønn: endring i levevaner s.45

Fig 5.9 - Kjønn: timer fysisk aktivitet pr uke før oppstart i frisklivssentralen s.48

Fig 5.10 - Kjønn: timer fysisk aktivitet i dag s.48

Fig 5.11- Alder: fysisk aktivitet før deltakelse i frisklivssentralen s.49

Fig 5.12 - Alder – fysisk aktivitet i dag s.49

Fig 5.13 - Alder – fornøydhet med endring s.50

Fig 5.14 - Beskrevet livskvalitet for kvinner og menn, samlet, før deltakelse i frisklivssentralen og i dag s.60

Fig 6.1 - Samlet resultat i forhold til forskningsspørsmålene i problemstillingen s.62

Tabeller

Tabell 5.1 - Kjønn: benyttet tilbud s.38

Tabell 5.2 - Opplevelse av konkrete råd s.40

Tabell 5.3 - Kjønn: motiverende samtale og sosialt nettverk s.43

Tabell 5.4 - Kjønn: Mengde frukt og grønt/mindre sukker s.52

Tabell 5.5 - Kjønn – fornøydhet med endring i levevaner s.54

Tabell 5.6 - Kjønn – røyk/snus før deltakelse i frisklivssentralen s.56

Tabell 5.7 - Kjønn: røyk/snus i dag s.56

Forkortelser

FAO - Food and Agriculture Organization

FLS - Frisklivssentralen

NOU - Norsk Offentlig Utredning

Ot.prp - Odelstingsproposisjon

St.melding - Stortingsmelding

SOC - Sence of coherence

WCRF- World Cancer Research Fund

WHO - Verdens helseorganisasjon, Worlds Health Organization

WHA - Verdens helseforsamling

1.0 Innledning.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene oppretter frisklivssentraler. Tiltaket defineres av Helsedirektoratet (IS-1896 2011 s.6) som «et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging, primært innenfor helseatferds-områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk». Tiltaket reguleres av retningslinjer utformet med utgangspunkt i loven om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelseloven. Helsedirektoratet vektlegger at det bør etableres gode rutiner for evaluering av både organiseringen og tiltakene ved Frisklivssentralen. Behovet for forskning og videre utvikling av sentralene bemerkes også (Helsedirektoratet IS-1896 2011). I slutten av 2012 var det ca. 200 kommuner i Norge som hadde eller var tilknyttet en frisklivssentral (Helsedirektoratet IS-1896 2011).

Frisklivssentralen i Gjøvik ble etablert i 2006. Samme år hadde kommunen inngått partnerskap for folkehelse med Oppland Fylkeskommune og Fylkesmannen i Oppland. Tilbudet i frisklivssentralen er utviklet for å styrke individets kontroll over egen helse, gjennom endringsfokusert veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedret kosthold og røykeslutt[1]. Litteraturen støtter opp om og forteller at vi står ovenfor en epidemi av ikke-smittsomme sykdommer som blant annet overvekt, diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og kreft, både globalt og nasjonalt (Meld St.34 2013). Frisklivssentralene har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem med frisklivsresept [2]. Brukerne blir henvist av helsepersonell eller de kontakter frisklivssentralen på eget initiativ. Grunnen til henvisning er at de har et behov for å endre livsstil innen ett eller flere av fokusområdene. Frisklivssentralens viktigste oppgave er å styrke positive helsefaktorer, og å bidra til å bygge opp brukernes mestringsfølelse, kapasitet og funksjon, slik at flere kan oppnå bedre levevaner, og takle hverdagens krav. Tiltakene er basert på en helhetlig tilnærming, hvor individets helse analyseres i en større sammenheng. Sosiale, fysiske, økonomiske og atferdsmessige forhold påvirker den enkeltes helse, både positivt og

[1] Endringsfokusert veiledning, også kalt motiverende samtale, er en kombinasjon av støttende og empatisk veiledning som bygger på en teori om at mennesker i større grad følger opp endringsmål man selv formulerer og forsvarer.

[2] Frisklivsresept er en henvisningsblankett som gir tilgang til et tidsbegrenset og strukturert veiledning og oppfølgingstiltak innen fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Begrepet «reseptperioden» brukes om den tidsavgrensede strukturerte oppfølgingen ved en frisklivssentral.

negativt. På befolkningsnivå er det en klar sammenheng mellom sosiale og økonomiske forhold, og helse, hvor helsetilstanden gradvis blir bedre i takt med økning i inntektsnivå eller utdanningslengde. Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er gradvis og kontinuerlig, og har betydning for alle lag i samfunnet (St. melding nr. 20, 2006-2007). Disse påvirker i stor grad både deltakelse i- og selvopplevd effekt av deltakelse i frisklivssentralen.

I løpet av de siste fire årene er 600 personer blitt henvist til Frisklivssentralen i Gjøvik. Antallet deltakere er økende og den kommunale satsningen på området er sentral. Til tross for denne satsingen har vi liten kunnskap om brukerne faktisk opplever en forbedring i livskvalitet i etterkant av deres deltakelse i frisklivssentralen. Hvordan har det gått med disse personene i etterkant av gjennomført løp med frisklivsresept? Har den systematiske satsningen ført til at målet om varig endring i helseatferd for deltakerne er nådd? Har det å komme i gang med trening gitt en følelse av å ta tak i eget liv, mestre egen trening og knytte sosiale nettverk? Dette ønsker jeg å undersøke. Min problemstilling i denne masteroppgaven ble derfor:

Hvordan har det gått med endring i helse-adferd?

Erfaringer fra tidligere deltakere i Frisklivssentralen.

Problemstillingen operasjonaliseres i to forskningsspørsmål:

- *Hvordan uttaler respondentene endring i helse-adferd innenfor fokusområdene fysisk aktivitet, kosthold, røyk/snus og sosialt nettverk?*
- *Hvordan uttaler respondentene sin opplevde livskvalitet før og etter deltakelsen i Frisklivssentralen?*

For å undersøke problemstillingen vil jeg bruke følgende teoretiske rammer. Antonovskys (1996) teori om hva som skaper helse, Bourdieus (1993) klasseteori, og modeller som kan forklare hva som motiverer mennesker til endring og hvilke faktorer som kan gi en bevegelse i retning av helse og livskvalitet. Viktige områder i livet beskrives som aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde og en grunnstemning av glede (Næss 2001, Hjort 1994). Det er en utfordring at mangfold i bruk av livskvalitetsbegrepet videreføres blant annet i forbindelse med offentlige dokumenter som

veileder helsefremmende arbeid. Livskvalitetsbegrepet har utviklet seg til å bli et begrep som inneholder ulike dimensjoner av fysisk, sosialt, psykologisk og åndelig velvære.

Jeg har valgt en kvantitativ undersøkelsesdesign da jeg ønsker å framskaffe kunnskap om omfang og utbredelse, frekvens og fordelinger, og statistiske sammenhenger i forhold til mange enheter (Thornquist 2001). Antall enheter i undersøkelsen omfattet 100 av de 600 personene.

Oppgaven er strukturert som følger. Kapittel 1 gir en innledning til oppgavens tema. I kapittel 2 skriver jeg om utviklingen av folkehelsefeltet, og om utviklingen av tiltaket «Frisklivssentralen». I kapittel 3 presenteres det vitenskapsteoretiske perspektivet jeg bygger oppgaven på. Antonovskys (1996) salutogenese bidrar til bevisstgjøring av følelsen av sammenheng og mestring for brukerne. Bourdieus (1996) klasseteori vektlegger maktfordeling og viktigheten av å tilhøre et sosialt nettverk. Disse to teoriene gir oss innblikk i mestring og tilhørighet, som er de to viktigste faktorene for å styrke brukernes opplevelse av livskvalitet. Disse to suppleres med to endringsmodeller som belyser hvordan brukerne kan oppnå målet om varig livsstilsendring. I kapittel 4 presenterer jeg oppgavens metodisk tilnærming og forskningsdesign, undersøkelsens frafall og representativitet. I kapittel 5 analyseres og drøftes dataene, og settes i sammenheng med teori og tidligere forskning. I kapittel 6 presenteres et sammendrag av oppgaven, etterfulgt av en avslutning i kapittel 7.

I oppgaven bruker jeg betegnelsene deltaker, bruker og respondent synonymt. Begrepet helseatferd brukes om atferd og levevaner som har stor betydning for helsen. Noen av de mest kjente eksemplene på slik atferd er kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk, alkoholbruk, seksualvaner og bruk av illegale rusmidler. Dette begrepet kan også brukes synonymt med levevaner.

2.0 Bakgrunn og Utviklingen av folkehelsefeltet

Verdens Helseorganisasjon, WHO, har bidratt med føringer for folkehelsearbeidet i Norge. Det internasjonale begrepet ”Health promotion” ble etablert med Ottawa-charteret i 1986. Health promotion defineres som ”den prosess som setter mennesker i stand til å få økt kontroll over-, og forbedring i sin helse” (WHO 1986). Hovedstrategien i Ottawacharteret var helsefremmende politikk, kapasitetsbygging og empowerment på alle nivåer i samfunnet. ”Ansvar for egen helse” (Meld St.34 2013 s.13) er et hyppig brukt begrep og tillegger individet en del av totalansvaret. Begrepet brukes for å fremme befolkningens ve og vel, men det politiske bakteppet er også de økende kostnadene, og en økende knapphet på personell i helsetjenesten. Begrepet «ansvar for egen helse» er blitt kritisert for å innebære en ansvarsforskyvning i tråd med samfunnets endring i velferdspolitikken, hvor individets ansvar for egen helse stadig blir sterkere, på bekostning av kollektivets ansvar. Dette kommer til syne der prinsipper om solidaritet og felles ansvar for de svake erstattes med anti-snillismens grunnpoeng om den enkeltes ansvar for egen misere (Mathisen 1992).

I helsefremmende arbeid og ideologi legges det stor vekt på omfordeling av makt og myndighet fra eksperter til menigmann, og fra sentrale myndigheter til lokale aktører. Sentralt i denne forståelsen av helsefremmende arbeid, som vi gjenkjenner i Antonovskys teori om *sence og coherence, følelse av sammenheng*, står begrepet bemyndigelse/ empowerment som betyr å tillate, sette i stand til, gi myndighet til (Branstad 2003). Ordet empowerment har med overføring av makt å gjøre. Makten må gis eller tas tilbake av de avmektige. Avmakten representeres i passiviteten, gjentakelse av kjente handlingsmønstre ut fra mangel på kjennskap til alternativer. Dette kjenner vi igjen i situasjonen for brukerne i frisklivssentralen. Gjentakelse av kjente handlingsmønstre er enklere enn å etablere nye. Etablering av nye krever selvtillit og mestring hos brukerne. Brukerne må oppleve følelsen av sammenheng i sin tilværelse ved å ta kontroll over og endre de tidligere levevanene i forhold til både fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. I tillegg må brukerne oppleve gleden ved å etablere sosiale nettverk i frisklivssentralen. Begrepet empowerment rommer både en individuell og en strukturell dimensjon. Den individuelle dimensjonen er nevnt over, som prosesser og aktiviteter som har til hensikt å øke brukernes

kontroll over egne liv. Den strukturelle dimensjonen omfatter barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som opprettholder ulikhet, urettferdighet og manglende mulighet til å ha kontroll over eget liv (Askheim 2003).

Tenkningen bak «empowerment»-begrepet var inspirert av pedagogen Paulo Freires politiske modell for utdanning, der befolkningen gjennom utdanning og bevisstgjøring skulle mobiliseres til å bli kritiske og aktive for å bedre sine kår. Sentralt i Freires pedagogikk er ideen om at mennesket skal være subjekt i eget liv (Freire 1999). Peter Hjort (1994) trekker opp linjer hvor han beskriver norsk offentlig helsearbeid fra 1880-årene hvor ”ekspertene beskytter deg”, til helseopplysning i 1950-årene hvor ”ekspertene opplyser deg” og til det moderne helsearbeidet fra 1990-årene hvor ”vi arbeider sammen for helse, med menneskene og samfunnet”. I Norsk Offentlig Utredning (NOU1998 s.67) ble folkehelsearbeidet i Norge definert slik:

> *Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.*

Man ønsket i den offentlige utredning å trekke opp en åpen debatt omkring det norske ordet folkehelsearbeid. Allerede da snakket man om folkehelse som ”summen” av individers helse som vil omfatte høyst forskjellige faktorer, helsebegrepets subjektivitet tatt i betraktning. Meldingen problematiserer at folkehelsearbeidet tidligere har vært definert som en del av samfunnsmedisinen. Det kommer frem at folkehelsevitenskap bør være en paraplybetegnelse som går utover medisinen og som understreker befolkningsperspektivet i motsetning til det individrettede arbeid. Det ble også fremhevet å ha fokus på det brede, positivt ladde helsebegrep, i motsetning til det sykdomsorienterte arbeid (NOU 1998 s.18). I den seneste norske føringen på området defineres imidlertid folkehelsearbeidet slik:

> *Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer helse og trivsel, forebygger sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen»* (Ot.prp. nr. 73 2008-2009, s. 36)

I definisjonen ligger det både et helsefremmende og et forebyggende perspektiv, samt perspektivet med sosiale helseforskjeller. Det pekes på denne måten på både direkte og bakenforliggende årsaksfaktorer til helse. Folkehelsearbeidet som en kollektiv samfunnsoppgave vektlegges. Til tross for det økte fokuset på en helsefremmende politikk, som oppsto i kjølevannet av Ottawa-charteret i 1986, så man at det på 1990-tallet skjedde betydelige endringer i kosthold og livsstil over hele verden. dette med en trend mot uhensiktsmessige kostholds-valg, redusert fysisk aktivitet, samt tobakksbruk. Kostholds- og livsstilsendringene har hatt betydelige konsekvenser for helse- og ernæringstilstanden til verdens befolkning, og knyttes i større og større grad til den stadig økende forekomsten av såkalte kroniske, ikke-smittsomme sykdommer, som nå fremstår som en global utfordring. Disse sykdommene betegnes også med begrepet «livsstilssykdommer». Livsstilssykdommer har gått fra å være sykdommer som i hovedsak rammet høyinntektsland til å bli en global utfordring som rammer lav- og mellominntektsland. I fem av Verdens helseorganisasjons seks regioner utgjør livsstilssykdommer allerede nå den viktigste dødsårsaken. I 2020 antas det at denne formen for sykdom står for 57 % av den globale sykdomsbyrden, samt tre-fjerdedeler av verdens dødsfall (WHO 2003). I Afrika-regionen er livsstilssykdommer beregnet å passere smittsomme sykdommer som den viktigste dødsårsaken i år 2030 (Meld St. 34 2013). Det er bred internasjonal enighet om at dette ikke bare utgjør en utfordring for landenes helsesystemer, men i tillegg er en utfordring for økonomisk utvikling og innsatsen for å nå FNs utviklingsmål (Meld St.34 2013). Denne utviklingen har bidratt til å sette livsstilssykdommer, og de fire viktigste risikofaktorene tobakk, alkohol, usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet, høyt på Verdens helseorganisasjons dagsorden. Helse er en grunnleggende rettighet som er forankret i flere internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Helse som menneskerettighet omfatter både rett til behandling ved sykdom og rett til å bli beskyttet mot sykdom gjennom folkehelsearbeid og forebyggende arbeid (Meld.St 34 2013s.13).

Det foreligger etter hvert en solid forsknings- og kunnskapsbase som kan bidra i kampen mot bekjempelsen av livsstilssykdommer, og intervensjonsstudier som har resultert i redusert risiko er gjennomført. Resultatene peker i større og større grad mot at både kosthold og fysisk aktivitet er bestemmende og viktige faktorer når det kommer til forebyggelse og kontroll av de kroniske, ikke-smittsomme sykdommene (IS-1896 2013). Som Fugelli (2010 s.172) sier «Politikk er mer enn å fordele brød og penger». Politikk er å forme et menneskesyn og skape en samfunnsstil.

Politikk er å skape og dele grunnleggende helsebetingelser som trygghet, verdighet og frihet. Rammebetingelsene for å kunne leve best mulig, skape trivsel, sunnhet, sosial kompetanse og mestring legges av stortinget. I tråd med dette introduserte St.meld. nr. 16 (2002-2003) «grønn resept» som et folkehelsetiltak hvor leger fikk et tydeligere uttalt ansvar for å ta opp livsstilsrelaterte tema med utvalgte målgrupper. I utvidelsen av dette ble det opprettet flere livsstilsrelaterte tilbud med lokal forankring. Disse hadde ulike navn som eksempelvis: «Aktivitet på resept», «Trim på resept» og «Opplandsresepten». På bakgrunn av dette, og med et mål for større individuell oppfølging, ble ulike tiltak og modeller som «fysiotekmodellen», «frisklivsmodellen» og «kompetansemodellen» innført og testet ut. Den første frisklivssentralen i Norge kom i gang med drift i 1996. Selv om det foreløpig ikke er lovmessig vedtatt og påbudt for kommuner å opprette en frisklivssentral, anbefaler Helsedirektoratet opprettelse i alle kommuner, alternativt gjennom interkommunale samarbeid (IS-1896, 2013).

Lignende tiltak og modeller finnes også i våre nordiske naboland og i England. Vallgårda (2001) sammenligner i sin studie strategiene som benyttes for å forbedre helsetilstanden i England, Danmark, Norge og Sverige. Danmark påpekes å ha et tydelig fokus på at individer bør endre atferd gjennom å lytte til og bli rettledet av helsepersonell (Vallgårda 2001). Sverige vektlegger levekår og omkringliggende faktorer og har mindre oppmerksomhet rettet mot enkeltindivider. I England kombineres disse perspektivene, og det skrives «kontrakt» mellom myndigheter og enkeltindivider. Her vektlegges et tiltak som kalles «Healthy Living Centres» (HLC) som gjennom omtalen kan synes å være noe lignende den norske Frisklivssentralen. Strategiene i Norge har basis i empowerment-prinsippet om at folk vil opptre sunnere og ta flere helsemessige gode valg om de får tildelt mer makt (Vallgårda 2001). Av fellestrekk hevder Vallgårda (2001) videre at de nordiske landene, til forskjell fra England, har en mer positiv holdning ovenfor statens rolle, noe som kan karakteriseres som et mer sosialdemokratisk enn liberalistisk syn. At de nordiske landene bruker begrepet «folkehelse» eller snakker om «folkets helse» i tilknytning til det som på engelsk kalles «Public Health», kan også være av betydning. Det tyder på at det i liten grad skilles mellom staten, samfunnet og folket og retorikken kan derfor ikke sies å være motsetningsfylt.

I de 7 årene frisklivssentralen i Gjøvik har vært i drift, har det vært en jevn økning av henvisninger, til ca.150 per år. Vi vet fortsatt lite om brukerne i etterkant av deltakelse i frisklivssentralen. Opprettholdes de nye levevanene over tid? Gir innsatsen gjennom frisklivssentralen deltakerne bedre levevaner og bedre selvopplevd livskvalitet? Dette er sentrale spørsmål som denne oppgaven har som mål å besvare.

3.0 Vitenskapsteoretisk perspektiv

For å undersøke problemstillingen vil jeg bruke følgende teoretiske rammer. Antonovskys (1996) teori om salutogenese, hva som skaper helse, Bourdieus (1993) klasseteori, og modeller om hva som motiverer mennesker til endring og hvilke faktorer som kan gi en bevegelse i retning av helse og livskvalitet. Jeg velger her «den stadiebaserte endringsmodellen» **(**Prochaska og DiClemente 1984), og «den sosial-økologiske endringsmodellen» (Contento 2007).

Livskvalitetsbegrepet har utviklet seg til å bli et begrep som inneholder ulike dimensjoner av fysisk, sosialt, psykologisk og åndelig velvære.

3.1 Salutogenese.

Antonovskys (1996) teori om salutogenese bygger på perspektivet om helse som ressurs. Antonovsky kritiserte det biomedisinske helsesynet som han mente er basert på en patogen orientering hvor fokus kun er på å behandle sykdom og fjerne risikofaktorer for sykdom. I stedet kan helse og uhelse sees på som ytterpunkter på et kontinuum hvor menneske, gjennom livet, beveger seg fram og tilbake. Antonovsky (1996) introduserte begrepet *salutogenese*, som handler om *det som fremmer helse.* Gjennom begrepet snakkes det om et perspektivskifte hvor vi ikke lengre plasserer mennesker i bås som enten friske eller syke. I stor grad handler det om ikke å ha et ensidig fokus på sykdom, men å fokusere på mestringsressursen hos individet. Stressfaktorer står svært relevant, og dette blir ikke ansett som noe ensidig negativt som må bekjempes. I enkelte tilfeller kan stress betraktes som helsebringende. Salutogenese er en mer helhetlig tankegang om sykdom som ikke søker etter en oppskrift eller trylleformel som skal løse problemet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det sentrale spørsmålet blir hvilke faktorer som kan gi en bevegelse i retning av helse og livskvalitet. Salutogenese blir da et alternativ til det biomedisinske begrepet *patogenese* som handler om *årsaken til sykdom.* Antonovsky pekte på at mennesket har det han betegnet som ”generelle motstandsressurser” (Antonowski 1996). Dette er biologiske, materielle og psykososiale faktorer som kan hjelpe det enkelte individ til å oppleve livet som stabilt og strukturert. Slike faktorer kan være kunnskap, sosial støtte, selvbilde, materiell levestandard osv. Viktigere enn å ha disse ressursene tilgjengelig er, i følge

Antonovsky, evnen til å ta dem i bruk. Denne evnen, eller mer generelt de forutsetninger mennesket har til å håndtere utfordringer og stress, ble av Antonovsky gitt betegnelsen *sence of coherence (SOC)*, forkortet på norsk *opplevelser av sammenheng (*OAS) (Sjøbu 2012).

Den sentrale antakelsen i den salutogene modellen er at en sterk OAS er avgjørende for å kunne håndtere tilværelsens mange stressfaktorer på en god måte. Opplevelsen av sammenheng er kjernen i svaret på det salutogene spørsmålet (Sjøbu 2012). OAS består av gjentatte livserfaringer som hjelper individet til å se livet som forståelig, håndterbart og meningsfullt. Antonovsky argumenterte med at kunnskapen om *sence of coherence* kan være et teoretisk grunnlag for lokalt helsefremmende arbeid som sikter mot å styrke enkeltindivider og gruppers muligheter til å påvirke betingelsene for egen helse (Antonovsky 1996). Mestring i et individuelt perspektiv legger vekt på den enkeltes ressurser, egenskaper og motstandskraft. I et systemperspektiv handler mestring om de ressurser som finnes og skapes i samspillet med omverdenen. Tilhørighet og kompetanse legger grunnlag for individets oppfatning av sitt egenverd og selvbilde, og ved det å kunne fungere aktivt i samfunnslivet. I denne oppgaven brukes Antonovskys teoretiske modell som ramme for å forstå frisklivssentralens mål. Brukernes mål er å oppleve en følelse av sammenheng i sine liv. Økt kunnskap om frisklivssentralens fokusområder, sosial støtte og motiverende samtaler styrker brukernes selvbilde og mestringsevne.

3.2 Klasseteori.

Den norske forebyggingspolitikken er blitt mer og mer individrettet. Oppmerksomhet omkring levekår og helsemessig relevante strukturelle forhold, blir nå gradvis erstattet med økt oppmerksomhet rundt det enkelte individs kropp og livsstil (Askheim 2003). Individet må analyseres i en større sammenheng fordi sosiale forskjeller har så stor påvirkning på helsen. Valg får betydning, makt tilskrives og ansvar pålegges. Målet for brukerne i frisklivssentralen er selv å inneha kompetanse og handlingskraft til å tilføre eget liv bedret livskvalitet. Frihet og valgfrihet er begreper som omtales av Dulsrud & Jacobsen (2009). Brukerne vil med en styrket følelse av sammenheng i sine liv lettere foreta de riktige valgene i forhold til levevanene som påvirker helsen.

Pierre Bourdieu (1993) søkte med sitt kapitalbegrep å formidle hvordan sosiale ulikheter i befolkningen kontinuerlig reproduseres. Han søker å avdekke hvordan strukturer i samfunnet skaper klassedeling og sosiale forskjeller, og beskriver økonomisk kapital som overordnet sosial kapital og kulturell kapital. Han beskriver hvordan kapitalen påvirker livet til de ulike klassene i et samfunn. Ulikheter i mengde av disse kapitalformene resulterer i ulike livsbetingelser. De grupperinger som har mye økonomisk og kulturell kapital, kan opprettholde et forbruk og et borgerlig livsmønster, som igjen sikrer en kontinuerlig tilgang på sosial kapital i form av nettverk som en sosialiserer med og som gir tilbakemeldinger i form av respekt, tillit og anseelse. Bourdieu & Wacquant (1993) hevder med dette at den sosiale kapitalen i stor grad er en medfødt og forutbestemt ressurs, fordi en fødes inn i en samfunnsklasse og et sosial nettverk med en bestemt type økonomisk og kulturell kapital. Bourdieu & Wacquant (1993) definerer sosial kapital som:

> *Summen av aktuelle eller mulige ressurser som et individ eller en gruppe forvalter ut fra det forholdet at individet eller gruppen råder over et varig tilfang av relasjoner, kjennskap og gjensidig annerkjennelse som er mer eller mindre institusjonalisert (Bourdieu og Wacquant 1993 s.50)*

Her er både størrelsen på nettverket og volumet av nettverkets ressurser avgjørende for hvor mye sosial kapital som akkumuleres. Således er også den sosiale kapitalen del av en kontinuerlig prosess som krever at enkeltindividene i nettverket bruker tid, kulturell og økonomiske kapital for å opprettholde sin posisjon i nettverket. På denne måten blir sosial kapital en kapitalform som i all hovedsak tilfaller eliten i samfunnet, noe som igjen muliggjør at de kan omsette sin kapital til makt på ulike arenaer i samfunnet. Putnam (1993) fokuserer på og redegjør for de positive effektene av sosial kapital og hevder at ”sosial kapital gjør mennesker klokere, friskere, tryggere, rikere og bedre i stand til å organisere stabile demokratier” (Putnam 1993). Dette må også kunne overføres til lokalsamfunnsnivå for å se om de sosiale kapitalressursene som ligger i nettverk, sosiale forbindelser og tillit i mellommenneskelige relasjoner kan ha en forbindelse til empirien som fremkommer i frisklivssentralen.

I Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan «Gradientutfordringen» (Whitehead og Dahlgren 1991), blir sosiale ulikheter i helse definert som «systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt». Temaet sosiale

ulikheter i helse har i økende grad blitt satt på den politiske dagsorden, også i Norge. Bakgrunnen er blant annet at selv om levealder og helsestatus har vist en bedring for befolkningen som helhet, har de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet og sykelighet økt (Mackenbach m.fl.2004). I Meld St.nr 34 (2013) skrives det at det er nødvendig å slå fast at biologisk arv ikke forklarer de sosiale helseforskjellene. Arv har betydning for enkeltmenneskers helse, men har liten betydning for de systematiske variasjonene i helse som følger utdanning, yrke og inntekt. Sosiale helseforskjeller skyldes i hovedsak forskjeller i materielle, psykososiale og atferdsrelaterte risikofaktorer. Sosiale helseforskjeller henger nøye sammen med sosiale forskjeller på mange samfunnsområder. Arbeidet for å redusere de sosiale helseforskjellene må derfor følges opp i alle sektorer. Det er behov for systematisk rapportering for å følge utviklingen i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Helsekonsekvens-utredninger og samfunns- og arealplanlegging er viktige virkemidler. Den definisjonen av helsekonsekvensutredning som har oppnådd mest støtte, ble utviklet på et konsensus-seminar i Gøteborg i 1999. Her ble helsekonsekvenser definert som «de overordnede indirekte eller direkte konsekvensene av en politikk, strategi, program eller prosjekt for helsen i en befolkning» (IS-1305 2005). Den sosiale helsemodellen til Whitehead og Dahlgren (1991) viser et lag av helsedeterminanter som kommer i tillegg til de biologiske og genetiske faktorer hvert menneske er født med. Livsstil, samfunnsmessige forhold, arbeidsforhold og kulturelle faktorer bidrar alle til å avgjøre et menneskes helsetilstand. Et vesentlig poeng hos Whitehead og Dahlgren er at helse er en av flere faktorer som bidrar til livskvalitet hos mennesker (IS-1305 2005). Folkehelsemeldingen(2013) sier også at ordningen med partnerskap for folkehelse må styrkes og videreføres (Meld St. 34 2013).

Det er vist at det ikke bare er de ytre faktorene som fører til uhelse, men nettverket og tilhørigheten i det sosiale rommet (Bourdieu 1996) som tydeliggjør ulikhetene, som skaper uhelsen. Folkehelsebarometeret for Gjøvik kommune viser at antall innbyggere som har grunnskole som høyeste utdanning ligger langt over landsgjennomsnittet. Likeså er det flere som er uføretrygdet enn landsgjennomsnittet, men antall arbeidsledige er som landet for øvrig. Kommunen ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder hjerte-kar sykdommer og psykiske lidelser, barn av enslige foreldre, og har lavest mestringsnivå i leseferdighet (SSB 2012). Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er gradvis og kontinuerlig gjennom alle sosiale

lag. Det er i hovedsak ikke slik at det finnes en inntekts- eller utdanningsterskel der helsetilstanden plutselig blir dramatisk forbedret. Dette betyr at sosiale helseforskjeller er en utfordring i alle samfunnslag (St.meld.nr 20 2006).

Den kritikken som har fremkommet mot den positive vinklingen som Putnam (1993) representerer, er at teorien ikke tar høyde for at sosial kapital potensielt har i seg at den er ekskluderende for dem som står utenfor, og tilsvarende fungerer som sosialt kontrollerende for dem som blir definert innenfor. I likhet med flere andre samfunnsvitenskapelige begreper, hersker det heller ikke enighet om innholdet og vinklingen innenfor begrepet sosial kapital. De ulike tilnærmingene vektlegger ulike perspektiver. Sivilsamfunnsperspektivet vektlegger at sosial kapital skapes som resultat av sosialiseringen som foregår i lag og foreninger hvor tillit og gjensidighet vedlikeholdes (Bourdieu &Wacquant 1993, Putnam 1993) og som ”vokser” nedenfra og opp. Siden denne oppgaven har til hensikt og utforske erfaringskunnskapen i frisklivssentralen og hvordan respondentene ser på seg selv, andre og sitt lokale nettverk, er det mest hensiktsmessig å se dette i lys av sivilsamfunnsperspektivet som ser sosial kapital som en atferd på individnivå som kan avspeiles på lokalsamfunnsnivå. Begrepet sosial kapital kan benyttes for å beskrive gjensidigheten og tilliten mellom enkeltmennesker og grupperinger. Begrepet kan også inneholde beskrivelser hvor grupperinger kan skape uro eller konflikter seg i mellom, for eksempel ved å fastholde sine normer og verdier. De ulike perspektivene for å belyse begrepet sosial kapital er tenkt benyttet som en inngang for å undersøke hvordan begrepet kan knyttes til helse. Sammenhengen mellom sosial kapital, sosiale forbindelser og helse er ikke ny innen helseforskningen og kan inndeles i to hovedtilnærminger, «nettverkstilnærmingen» (Putnam 1993) og «inntektsulikhetshypotesen» (Helsedirektoratet 2010 b s.27). Den førstnevnte fokuserer på individnivå og har røtter tilbake til 1970- tallet. Inntektsulikhetshypotesen er tett knyttet til Richard Wilkinson (1992) og har hatt stor betydning for oppsvinget av sosial kapitalbegrepet siden 1990-tallet. Wilkinson (1992) avdekker sammenhenger mellom ulikheter i inntekt og helsetilstand i vesten. Wilkinsons hovedfunn kan sammenfattes med at landene med mest egalitær fordeling av inntekt også er de med en best helsetilstand i befolkningen. Man kan ikke se hverdagen uavhengig av livsbetingelsene. Slik også for brukerne i frisklivssentralen. Det er ikke slik at vi som menneske kan handle fritt. Heller ikke er det slik at vi kan velge rammene, levekårene eller livsbetingelsene våre. De samfunnsskapte betingelsene muliggjør de daglige aktivitetene, samtidig som de også setter grenser (Aamodt 2005). Fattigdom og arbeidsledighet

er nære slektninger. Fattigdom er ofte en konsekvens av arbeidsledighet, som en kan forstå som utstøting/utestenging fra arbeidslivet (Underlid 2006). Det kan handle om «knapphetens tyranni» og ofte også om avhengighet, ydmykelse, maktesløshet, undertrykking og stigmatisering (Stjernø 1985).

I kap.5 analyseres funnene i oppgaven. Analysen viser en endring innen alle fokusområdene, men en meget markant økning i egenopplevd livskvalitet. Dette kan antas å være en effekt av det sosiale nettverket i frisklivssentralen, og opplevelsen av å ha mestret og endret levevanene. Mennesker vurderer og oppfatter seg selv i lys av de tillærte normer og regler som finnes i det samfunnet de lever. Selvforståelsen handler også om en livslang dannelsesprosess i relasjon til dynamiske kulturelle normer. I denne sammenhengen kan begrepet *habitus* benyttes for å beskrive denne dannelsesprosessen som også kan omtales som *den sosiale arven* (Bourdieu 1999). De fleste som henvises til frisklivssentralen er ikke i arbeid. Arbeid har en rekke funksjoner og verdier som er viktige for livskvaliteten (Meld St.34). Å være utenfor det ordinære arbeidslivet innebærer at en mister arenaer for kontakt med andre. Er man utenfor det ordinære arbeidslivet, har man lite av Bourdieus symbolske kapital, som omfatter kulturell kapital, sosial kapital og økonomisk kapital. Selv om deltakelse i frisklivssentralen er et lavterskeltilbud, vet vi fra undersøkelser at det å komme i gang med endring i levevaner for mange er en stor utfordring. Det å styrke sin selvtillit og handlingskraft bidrar til å ta styring i eget liv. Hverdagslivet skapes, det forandres, opprettholdes og fornyes (Bech-Jørgensen 1999). Det er et gjensidig samspill mellom livsbetingelsene, måten vi mennesker mestrer livsbetingelsene på, og hverdagslivet. Slik også for brukerne i frisklivssentralen. Det er ikke slik at vi som mennesker kan handle fritt. Heller ikke er det slik at vi kan velge rammene, levekårene eller livsbetingelsene våre. De samfunnsskapte betingelsene muliggjør de daglige aktivitetene, samtidig som de også setter grenser (Aamodt 2005). Ved at brukerne styrker sin selvbestemmelse og evne til endring, gjør de også noe i forhold til den påviste sammenheng mellom skamgjøring og psykisk uhelse som er kjent for sosialhjelps-mottakere og blant arbeidsledige. Skam og stolthet er relasjonsfølelser og ses som markører for de sosiale båndene (Cooley 1902). Usikre og utrygge sosiale relasjoner kan signalisere skam, mens stolthet signaliserer sikre og trygge relasjoner (Starrin 2009). Skam oppleves ofte ved å være i en underpriviligert posisjon (Underlid 2006). Ved å relatere intervensjonen i frisklivssentralen til oppgavens teorier om mestring, følelse av sammenheng

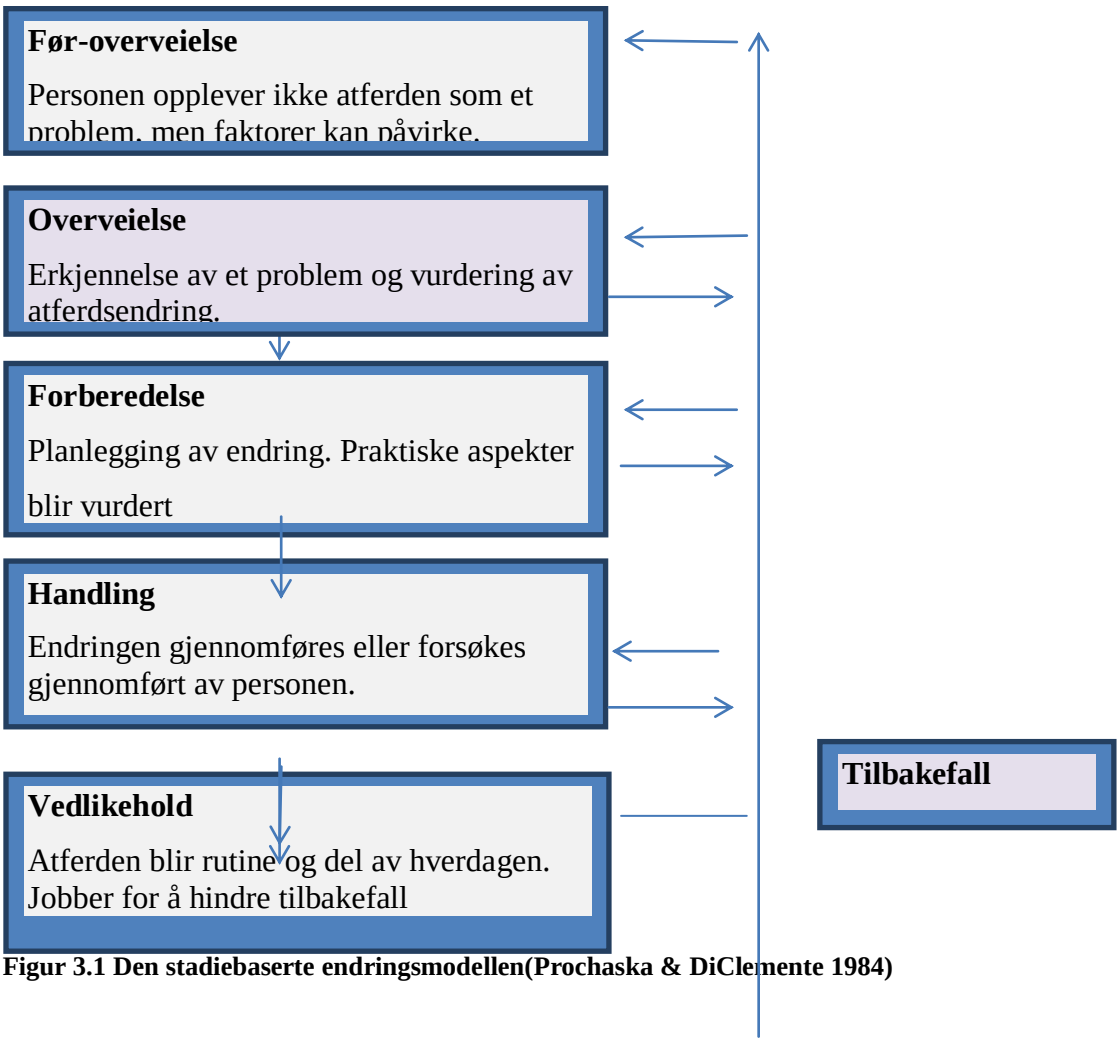
(Antonovsky 1996), det å ta makten tilbake (Bourdieu & Wacquant 1993) og den stadiebaserte endringsmodellen (Prochaska & DiClemente 1984), beveger brukeren seg bort fra skamgjøring og psykisk uhelse mot kontroll og selvbestemmelse og bedret livskvalitet. Per Fugelli (2010 s.172) sier: «Den siste helsefrihet vil vi få ved å flytte lys fra livsstil til levekår, og skam fra mennesket til samfunnet».

3.3 Atferdsendring

I dette kapittelet vil jeg diskutere adferdsendring ut fra Prochaska og DiClementes (1984) stadiebaserte endringsmodell, og Contentos (2007) sosial-økologiske endringsmodell. I tillegg omtaler jeg «motiverende samtale», som brukes fast som et verktøy i frisklivssentralen.

3.3.1 Den stadiebaserte endringsmodellen.

Når det gjelder en varig atferdsendring beskriver den *stadiebaserte endringsmodellen,* utarbeidet av Prochaska & DiClemente (1984), hvordan opprettholdelse av en atferdsendring er en nødvendig faktor å ha fokus på. Modellen er laget på individnivå for å påpeke prosessen en person vil gå gjennom ved et forsøk på endring av en avhengighetssituasjon. Modellen har fem stadier; Før-overveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold. Den åpner for at personer ikke vil ha en lineær prosess, men gå frem og tilbake mellom de ulike stadiene(Mæland, 2005).



Figur 3.1 Den stadiebaserte endringsmodellen(Prochaska & DiClemente 1984)

Modellen til Prochaska & DiClemente (1984) illustrerer ulike kognitive prosesser som er forbundet med en atferdsendring som er selvbestemt (Mæland 2005) Alle stadiene er forutsigbare ved at de finner sted i en viss periode og at de inneholder ulike oppgaver som må fullføres før man beveger seg videre til neste stadium. Hvert stadium fører ikke nødvendigvis til det neste og det er en fare for å stagnere underveis i modellen.

Første fase som går forut for endringsprosessen kalles for *føroverveielsesfasen*, her fokuserer individet på de gode sidene ved sin adferd og har en tendens til å overse de negative (Barth, Børtveit & Prescott 2001). De har ingen intensjoner om å skulle endre atferden, og typisk for personer i denne fasen er at de benekter at de har et problem. De har enda ikke begynt å vurdere en endring og ønsker heller ingen informasjon eller kunnskap om risikoen ved å bedrive en slik adferd. Utsettes man for informasjon blir denne lett ignorert. Likevel finnes det tilnærminger som

gjør det mulig for individet å bevege seg fra denne fasen. Først og fremst handler det om å gi personene det riktige verktøyet til riktig tid (Prochaska & DiClemente 1984), men også symptomer på sykdom som en konsekvens av atferden, eller sykdom i nær omgangskrets kan virke utløsende for å vurdere endring (Mæland, 2005). Fokuset som tidligere har ligget på de negative sidene ved atferden endres, personen fokuserer i større grad på det som skal skje og hvordan situasjonen vil bli etter endringen. Tankene som personen har for fremtiden vil bidra positivt til at endringen skal bli varig. En god forberedelse vil også bety mye for at resultatet av endringen skal være vellykket. Med god forberedelse menes å planlegge å forberede seg på endringen som skal skje. Å henvende seg til personer for råd og forslag til tiltak kan være til nyttig hjelp både når det gjelder planlegging i forkant samt underveis mens endringen foregår (Mæland, 2005). Likevel skal man være klar over at personen kanskje ikke har løst sin ambivalens og at man må fortsette å overbevise seg selv om at endring er nødvendig (Prochaska & DiClemente 1984).

Planlegging og forberedelse er altså en viktig del av endringsprosessen, men det er først når disse planene gjøres om til handling at personen beveger seg videre fremover. Personen er nå over i *handlingsfasen* hvor konkrete og synlige endringer er et faktum. Denne fasen kan oppleves som den mest hektiske og den som krever mest tid og energi av personen. I begynnelsen av denne fasen oppleves optimisme for endring. Det å skulle endre atferden er en lang og krevende prosess, og underveis vil man kunne kjenne et tilbakefall av problematferden. Dette blir derfor den viktigste oppgaven i denne fasen; få kontroll over det som utløser den problematiske atferden, finne erstatninger til dette og finne belønninger for å velge den beste atferden. For å kunne lykkes i denne fasen er arbeidet i de tidligere fasene svært relevant, det er viktig å automatisere den nye atferden slik at dette blir naturlig (Barth, Børtveit & Prescott 2001). En atferdsendring handler i stor grad om varighet, derfor er *vedlikeholdsfasen* også en viktig del. Klarer man i handlingsfasen å automatisere atferden til å være selvfølgelig vil vedlikeholdsfasen oppleves som enklere. For noen vender de gamle fristelsene tilbake (Barth, Børtveit & Prescott 2001), og derfor blir det viktig at man opparbeider seg gode alternativer om problematferden skal finne på å vende tilbake. Prochaska & DiClemente (1984) beskriver et eksempel på dette hvor en person distraherte seg selv for å minske fristelsen for alkohol når dette behovet vendte tilbake, denne personen endte opp med en suksessfull endring. En annen person oppbevarte en flaske med alkohol i

skrivebordsskuffen for å minne seg selv på endringen og for å teste sin viljestyrke. Det tok ikke lang tid før denne personens viljestyrke sprakk. Dette illustrerer viktigheten av å skaffe seg gode og gjennomtenkte alternativer for å takle tilbakefall av problematferden. Til slutt i modellen finner vi *avslutningen* som sies å være det ultimate målet for alle som har gjort en endring. I denne fasen vil ikke lenger den tidligere problematferden utgjøre noen trussel eller utsette personen for fristelser. Sirkelen for endring er sluttet og personen har vunnet sin kamp. Dette stadiet er noe omdiskutert da noen mener at enkelte problemer ikke kan sies å være avsluttet og at man selv etter mange år uten f. eks røyk vil føle en tilbakevende lyst på en sigarett (Prochaska & DiClemente 1984).

Ved endring i helseatferd eller et forsøk på en slik endring, som er gjeldende for respondentene i denne undersøkelsen, vil en kunne si at de som er fornøyde og har klart en livsstilsendring stort sett ligger i *vedlikeholdsfasen*. I denne fasen er atferdsendringen blitt en rutine og handlingene er i større grad blir automatiske og innarbeidet i dagliglivet (Mæland, 2005). Flere av deltakerne vil oppleve at de gjennom den positive endringen ikke lenger tenker over eller føler seg fristet til å utføre den tidligere atferden, og de vil kunne ha sett en gevinst i selve opprettholdelsen. Det er likevel viktig å være klar over at glipper kan forekomme uten av dette eventuelt fører til et tilbakefall. En glipp er, i motsetning til et tilbakefall, noe som gir mindre skader og ikke en opprettelse av den gamle atferden. Mange glipper over en viss tid, vil derimot kunne gi et tilbakefall. Modellen i seg selv vektlegger ikke årsaker for et eventuelt tilbakefall, men viser bare til det faktum at dette er et vanlig utfall og at en da vil oppleve å gå bakover til et tidligere stadium. At teorien ikke går i dybden av hvorfor folk oppnår en varig endring er noe den har fått kritikk for. En vil derfor kunne ha vanskeligheter med å se hvilke faktorer som faktisk er avgjørende for utfallet. Ser en på faglitteraturen i forhold til en varig atferdsendring legges det i denne fasen vekt på at en rekke ulike hendelser og prosesser som kan påvirke. Funnene i kapittel 5 vil fortelle oss hvordan deltakerne selv opplever endring i de ulike atferds-områdene som omfattes i spørreskjemaet.

3.3.2 Den sosial-økologiske modell

Ved en varig atferdsendring i forhold til livsstil, er det nødvendig å se på flere mulige påvirkningsfaktorer på ulike nivåer, både individuelle, sosiale og strukturelle (Contento 2007). Gjennom den sosial-økologiske modellen, vil en se at de individuelle aspekter kun er første ledd i flere nivåer som igjen kan påvirke atferden. Å se på den gjeldende samfunnsoppbyggingen vil være det en kan betegne som en ytre faktor. I tillegg må det ses på hvordan personens sosiale nettverk og miljø er bygget opp (Contento 2007). Å gjøre en livsstilsendring er et komplekst felt hvor fokuset på fysisk aktivitet og kosthold ofte er høyt. Ved enkelte utfordringer og valg vil det ikke være like enkelt å peke på de konkrete faktorene som påvirker mest. Et eksempel på dette kan være når en er i butikken og ser et godt tilbud på et usunt produkt som "smågodt". Er det da individets motivasjon og viljestyrke som avgjør, eller er det samfunnets oppbygging med tilbud og stadig fristelser som påvirker mest? Den sosial-økologiske modellen, fig 3.2, viser hvordan de ulike nivåene interagerer med hverandre og bør bli sett på som en helhet og ikke enkeltvis i blant annet en atferdsendrings-prosess (Contento 2007).

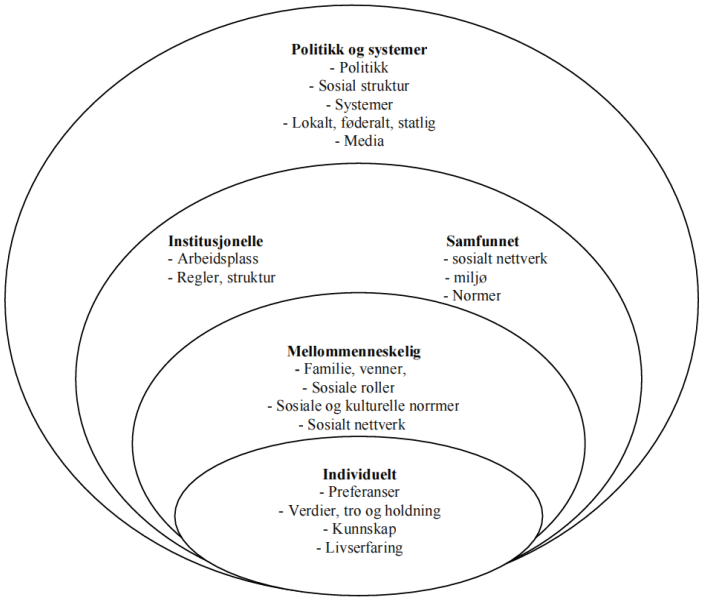


Fig 3.2: Den sosial-økologiske modell (Contento 2007)

Personer som på den andre siden ikke har klart en endring av levevanene vil i følge Prochaka & DiClemente (1984) kunne ha tilbakefall. Et tilbakefall er normalt i en endringsprosess og det er sjeldent personer klarer å ha en lineær linje for atferdsendringen (Barth, Børtveit & Prescott 2001). Ved å benytte tilbudet om motiverende samtale, som er et av verktøyene i endringsprosessen, for bygging av selvtillit og mestring hos brukerne i frisklivssentralen, styrkes deltakernes evne til selv å vende blikket mot *"health in the river of life"* «oppstrømstekning». Dette tankesettet lærer personen å håndtere situasjoner han/hun møter, og å takle periodevise tilbakefall. Motiverende samtale og endringsfokusert rådgivning, ble tidligere mest brukt i arbeid med rusmiddelavhengige. Etter hvert er denne metoden blitt vanlig å bruke i forhold til alle former for rehabiliteringsarbeid, til forebyggende helsearbeid og til korte helsefremmende intervensjoner. Metoden brukes alltid ved oppstartsamtalen, midtsamtalen og sluttsamtalen i en reseptperiode. En motiverende samtale innebærer at fagpersonen bruker forskjellige lytteteknikker, samtaleverktøy og sammensatte strategier for å hjelpe mennesker til å ta stilling til, sette i gang, gjennomføre og vedlikeholde endringer.

Deltakerne i frisklivssentralen er som regel henvist fra fastlegen. En atferdsendring starter da oftest med at personen er motivert for å gjøre en endring, og har tillitt til egen mestring i forhold til å oppnå de ønskede resultatene. Det er ikke nok bare å ville, en må også kunne utføre endringene. Motivasjon er i dag et begrep som er mye brukt og ofte har subjektive meninger innlemmet i definisjonsforståelsen. Det finnes ingen teoretisk forståelse av begrepet som forklarer alle faktorene bak en motivasjonsbasert atferd. Motivasjonen setter i gang, gir retning og kampvilje til å opprettholde atferdsendringen (Barth, Børtveit & Prescott 2001). Mestringsforventning er viktig i en adferdsendringsprosess. Å ha tro på at man skal lykkes er viktig, spesielt når man opplever motgang i prosessen (Bandura 1998). Resultatforventningen påvirker primært i form av beslutning til å handle. Mestringsforventningen påvirker motivasjon til å ta en endelig beslutning, samt faktisk å gjennomføre handlingen (Mæland, 2005). Resultatene erfarer vi gjennom handling, og med flere erfaringer kan man i større grad forutse hva som vil skje dersom vi handler. Har vi på forhånd en forventning til utfallet vil dette også avhenge av vår bedømming av sjansen for å mestre den gitte oppgaven (Bandura 1997). I tillegg til motivasjon og mestring vil det kunne trekkes frem andre individuelle faktorer for en atferdsendring. Disse kan påvirke og styrke motivasjonen til å opprettholde prosessen og utfallet.

Opplevelsen av tilfredshet med endringen og opplevelsen av forpliktelsesgraden er to slike eksempler. En vil ofte oppleve å ha en positiv følelse og en tiltrekning til den atferden en skal endre. Dette gjør at forpliktelsen til beslutningen, og en bevissthet og utforskning av de ambivalente følelsene en atferdsendring kan gi, er en viktig del av prosessen for å oppnå et positivt resultat. Det skal likevel poengteres at graden av forpliktelse kan utvikle seg underveis i prosessen. En lav grad av forpliktelse ved start av endringen kan vokse seg sterkere underveis, likeså kan en sterk forpliktelse bli svakere eller fraværende. En vil også kunne oppleve en høyere grad av forpliktelse til avgjørelsen, og forsøke å gjøre denne varig, dersom andre er engasjert og atferdsendringen i større grad er ”offentlig”. Andre mennesker sine kommentarer kan gi en støtte og hjelp i atferdsendringen og opprettholdelsen. Det er med andre ord flere individuelle faktorer som kan påvirke en atferdsendringsprosess hvor motivasjon, mestring og mestringsopplevelsen er viktige begreper. Likevel vil motivasjonen og individuelle faktorer ikke kun bli påvirket av de indre, men også ytre faktorer (Barth, Børtveit & Prescott 2001).

Ser en på faglitteraturen i forhold til en varig atferdsendring legges det vekt på at en rekke ulike hendelser og prosesser kan påvirke. Negative følelser som stress, angst eller depresjon, og positive følelser knyttet til glede eller følelsen av å skulle feire, samt konflikt med andre personer og sosialt press for å gjenoppta tidligere atferd, er alle faktorer som kan påvirke (Mæland, 2005). I tillegg kan ens egne tanker gjøre det vanskelig å opprettholde atferdsendringen. Minner av positive opplevelser, følelsen av at endringen tar for lang tid, at en opplever tvil rundt egne valg, at en har selvmedlidenhet eller en ønsker å belønne sin egen innsats kan gi tilbakefall. Individuelle aspekter er første ledd i flere nivåer som igjen kan påvirke atferden. Å se på den gjeldende samfunnsoppbyggingen vil være det en kan betegne som en ytre faktor. I tillegg påvirker personens sosiale nettverk og miljø. De individuelle faktorene, som vist i avsnittet over, vil ha betydning, men en må i tillegg se på de sosiale faktorene som omgir menneskene som ønsker å gjøre en endring. Personer som ønsker å endre sin livsstil, må samordne endringene med de menneskene en deler og lever sitt liv med. En må ta hensyn til hverdagens rytmer og rammer, i tillegg til de tradisjoner en identifiserer seg med. En livsstilsendring vil kunne påvirke familien og samboer/ektefelle, og det kan derfor ikke beskrives som et prosjekt en kun gjør for seg selv (Hauge og Mittelmark 2003). Ved å be andre om å ta hensyn til ens egen endring, vil ofte føre til at de andre selv også må gjøre endringer. Hvor lenge andre kan opprettholde endringene vil

variere, og ettersom en stadig vil kunne møte på utfordringer i form av fristelser, sosialt press eller egne gamle vaner, vil det kunne være avgjørende å lære seg teknikker for å håndtere disse situasjonene i en varig endringsprosess.

4.0 Metodisk tilnærming og forskningsdesign.

Oppgaven tar utgangspunkt i en kvantitativ tilnærming. Denne metoden er velegnet for å si noe om mengde og utbredelse, noe som er en forutsetning for å kunne undersøke problemstillingen. I problemstillingen ønsket jeg å finne ut hvordan det har gått med deltakernes livsstilsendring i etterkant av deltakelsen i frisklivssentralen. Empirien i undersøkelsen framkommer som metodisk kontrollerte iakttagelser av brukernes virkelighet.

I og med at jeg ønsker å undersøke respondentenes opplevde endring i helseatferd etter deltakelse i frisklivssentralen, benyttet jeg en *retrospektiv tidsdesign* (Jacobsen 2010). En slik design karakteriseres ved at respondentene besvarer spørsmål om hendelser fra fortiden. Respondentene blir spurt, på ett enkelt tidspunkt, og bes om å beskrive tilstanden før og nå. Dette gir forskeren et grunnlag for å kunne se på sammenhengen mellom før-kunnskap og etter-kunnskap, og slik gis en mulighet til å si noe om deltakernes opplevde endring. Den største ulempen med en slik design er at det i mange tilfeller kan være vanskelig å huske tilbake. Ikke alle hendelser gjør like stort inntrykk, og svært mye går raskt i glemmeboken. I tillegg er det fare for at det foregår en *erindringsforskyvning (*Jacobsen 2010*).* Man husker ofte fortiden i et fortegnet lys, mer eller mindre positivt enn slik vi faktisk oppfattet situasjonen på det tidligere tidspunktet. Et annet problem er at mange mennesker har en tendens til å *etter-rasjonalisere* (Jacobsen 2010). Dette betyr at mange ønsker å framstå som mer rasjonelle enn de egentlig er. Innenfor rammene av denne oppgaven regnes allikevel retrospektiv design for å være den metoden som vil gi best innsikt i hvordan det har gått med deltakerne i frisklivssentralen når det gjelder endring i atferd og livskvalitet over tid.

I denne oppgaven har jeg benyttet survey-design, fordi denne metoden er effektiv og systematisk i innsamlingen. Teknikken for innhenting av datamaterialet er et strukturert spørreskjema. Den teoretiske populasjonen i min undersøkelse, er deltakere henvist frisklivssentralen med frisklivsresept i løpet av de siste fire årene (Jacobsen, 2010 [3]). Totalt er denne populasjonen på

[3] En teoretisk populasjon er alle dem vi ønsker å uttale oss om, uten å spesifisere utvalg.

600 personer hjemmehørende i Gjøvik kommune. Spørreskjemaet ble sendt til 100 av disse. En forutsetning for inkludering i utvalget var at deltakerne hadde gjennomført hele reseptperioden på 12 uker. Når jeg begrenser utvalget ut fra nevnte forutsetning, begrenser jeg også gyldighetsområdet for undersøkelsen. Jeg får ikke vite hva som har skjedd med de som avsluttet før reseptperioden var over. Utvalg er tilfeldig og uavhengig av deltakernes kjønn. Fordelene ved å bruke spørreskjema er at alle respondentene får samme spørsmål. Spørsmål og svar påvirkes ikke av intervjuer. Prosjektet er godkjent av NSD (vedlegg 2).

4.1 Metodekritikk

Studien tar utgangspunkt i forskning på en arbeidsplass innen mitt ansvarsområde. Dette kan by på enkelte utfordringer og mulige feilkilder i forhold til hvordan data er hentet inn, de resultater jeg har kommet frem til i analyseprosessen og hvilke tema jeg har valgt å diskutere studiens empiri opp mot. Som forsker har jeg, ved erfaringer gjennom mange år og innen mange ulike deler av helsetjenesten, blitt opptatt av effekten av tiltakene i frisklivssentralen. Det er derfor viktig å foreta en kritisk gjennomgang av de metodene som er anvendt i denne studien. Mine fortolkninger er ikke avhengig av at de er objektivt sanne, men de er sannsynliggjort gjennom det analytiske arbeidet (Kvale og Brinkmann 2009). Jeg har ikke møtt respondentene og kjenner heller ikke navn. Kriteriet for utvelgelsen var at respondentene har fullført en reseptperiode som er 12 uker, med mulighet til forlengelse med 12 nye uker. Hensikten med studien og problemstillingen har vært utgangspunktet for valg av spørreskjema som metode. Valg av litteratur kan også ha påvirket min vinkling av funnene. Troverdigheten i studien er knyttet til innsamling av dataene og analysen. Det har blitt redegjort for min relasjon til respondentene og hvordan utvalget er foretatt for å sikre kvaliteten i studien.

4.2 Spørreskjemaets oppbygning

Spørreskjemaet består av totalt 16 spørsmål. I tillegg er det avsatt et felt 17 «annet», for kommentarer fra respondentene. Troverdigheten har sammenheng med utformingen av spørreskjemaet. Det er oversiktlig og har klare instruksjoner. Språkbruken bør være slik at feiltolkning reduseres. Det er viktig å tilstrebe et enkelt språk og bruke ord og begreper, som

mottaker av skjemaet er fortrolige med. Det må være uttømmende svaralternativer på alle spørsmål. Disse forholdene er forsøkt ivaretatt på beste mulig måte. Den tilnærming som er valgt er relevant for det empiriske materialet vurderingene skal anvendes på. Troverdigheten til studien vurderes gjennom hvor gode data jeg har fått ved de 44 svarene.

For å sikre at det er samsvar mellom de spørsmål jeg stiller og det jeg ønsker å få svar på, må jeg sikre meg at begrepsvaliditeten er god. Er forståelsen av min operasjonalisering av fokusområdene klar for respondentene? Spørreskjemaet i denne undersøkelsen er delt inn i flere variabler om de ulike fokusområdene. Innenfor kvantitative metoder er begrepsvaliditet kriteriet på gode måleresultater. Dårlig troverdighet svekker begrepsvaliditeten. Begrepsvaliditet innebærer at vi drøfter om det teoretiske begrepet vi tar sikte på å måle, faktisk blir målt gjennom operasjonalisering av det aktuelle begrepet eller fenomenet (Ringdal 2013). Det er lagt vekt på at spørreskjemaet skal fremstå strukturert og selvforklarende. Når det gjelder rekkefølgen på svaralternativene sto valget mellom å variere eller å være konsekvent med hensyn til hvordan disse presenteres. Valget falt på å være konsekvent i forhold til spørsmålenes innhold, fordi det letter arbeidet med å svare, samt å unngå feil. Spørreskjemaet inneholder tre prinsipielt forskjellige former for svaralternativer. Kategoriske, rangordnete og metriske (Jacobsen 2010). Tre kategoriske spørsmål, syv rangordnete- og 6 metriske spørsmål (vedlegg 1). Datamaterialet som er samlet inn er bearbeidet ved hjelp av dataprogrammet QuestBack. Designet i undersøkelsen er et surveydesign og svarprosent er 44 %. Ved hjelp av deskriptiv statistikk kan det komme fram vesentlige kjennetegn ved datamaterialet, og man kan få oversikt over fenomenet (Ringdal 2013). Gjennom metodetilnærming og analyseprosessen vurderes den interne validiteten i denne studien til å være god.

4.3 Frafall og representativitet

Når jeg i mitt arbeid har benyttet en kvantitativ tilnærming, har jeg kategorisert og strukturert før jeg samlet inn informasjonen. Forutsetningen for en kvantitativ tilnærming er å ha klare spørsmål, og på forhånd definere hvilke svar som er relevante. Tilnærmingen legger sterke føringer på hvilken informasjon den som svarer skal gi fra seg. Her definerer jeg på forhånd, ut fra teoretiske antakelser, hva det er relevant å søke informasjon om, og hvor det er mest relevant å lete etter

denne informasjonen. Datamaterialet er basert på innkomne svar på spørreskjemaet.100 utsendte skjemaer og 44 innkomne svar. Dette utgjør en svarprosent på 44. Troverdigheten til studien vurderes gjennom måten dataene har blitt behandlet på gjennom analyseprosessen. Arbeidet oppleves som nøye og systematisk. Gjennomføringen i arbeidet er beskrevet og konkretisert i oppgaven. Validiteten knyttes til tolkningen av dataene, og ikke minst gyldigheten av disse tolkningene. Resultatene som har kommet fram i studien har overføringsverdi selv om svarprosenten er noe lav. Spørsmålet som dukker opp når man snakker om overførbarhet er hvem dette er relevant for. Empirien fra denne studien bidrar til at andre kan få en bedre innsikt. I denne oppgaven kan overførbarheten relateres til andre frisklivssentraler, da organiseringen av slike sentraler er underlagt en anbefaling gitt ut av helsedirektoratet (IS-1896 2013). Det at ikke alle respondentene har svart på undersøkelsen kan både være grunnet i at de ikke er interessert, eller at de har vært utilgjengelige. Kanskje adressen de var registrert med i frisklivssentralen ikke er gjeldende i dag. Det kan være mange forklaringer på hvorfor noen velger å delta i en undersøkelse og andre ikke. Hvilken forklaring som er mest riktig får vi ikke vite, men undersøkelsen er allikevel et godt nok grunnlag for generaliserbare konklusjoner. Vi må være åpne for muligheten for overrapportering og muligens også underrapportering på flere av spørsmålene, i og med at materialet som undersøkes er basert på spørreundersøkelse.

Man vil uansett valg av metode få en viss frafallsprosent. Hvorvidt man velger den ene eller den andre utvalgsmåten er en vurdering man må gjøre fra undersøkelse til undersøkelse. Jeg valgte i min undersøkelse å hente et representativt utvalg som jeg sendte spørreskjemaet til. Datamaterialet er basert på en retrospektiv undersøkelse med utgangspunkt i noen uavhengige variabler (kjønn, alder), i tillegg til avhengige variabler som er knyttet til daglige levevaner og opplevd livskvalitet. Målefeil i de uavhengige variablene er uproblematisk så lenge de er usystematiske. Er de systematiske, kan dette bli bekymringsfullt fordi det kan føre til at man trekker feilslåtte konklusjoner. Faren for over- og underrapportering kan være større når spørsmål dreier seg om handlinger det er knyttet sterke normer eller lovmessige forhold til. Systematisk frafall kan ikke vurderes i denne undersøkelsen da utsending av spørreskjemaet foregikk anonymt med hensyn til alder og kjønn. De avhengige variablene utgjør spørsmålene om levevaner. I tråd med forskningsspørsmålene ble spørsmålene ordnet i tre hovedtemaer som skulle fange de tre fokusområdene vi ønsket kunnskap om. I tillegg spørres det etter om deltakerne benyttet seg at

tilbud om motiverende samtaler og om de opplevde tilbudet som et sosialt nettverk. I forbindelse med forskningsspørsmål 1 ble spørsmålene inndelt i fire kategorien som hen speiler på fokusområdene fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og sosialt nettverk. I forskningsspørsmål 2, ønsker jeg å få kunnskap om den egenopplevde livskvaliteten, før intervensjonen og i dag.

5.0 Presentasjon og drøfting av datamaterialet

Jeg vil i dette kapittelet se på hvordan funnene i undersøkelsen bidrar til å gi svar på om deltakerne har klart å oppnå varig endring i helseatferd. Kapittelet følger spørreskjemaets oppbygging (vedlegg 1). Alle spørsmål tar hensyn til kjønn og alder.

I underkapitlene som følger presenterer jeg datamaterialet, og drøfter deres betydning for problemstillingen oppgaven tar for seg. Forholdet mellom avhengige og uavhengige variabler, og hvordan disse er blitt operasjonalisert, diskuteres gjennomgående.

5.1 Kjønn og alder

Av de 43 svarene er 27,9 % menn og 72,1 % kvinner. Fordeling av kvinner og menn samsvarer med det fysioterapeutene opplyser om kjønnsfordelingen generelt blant deltakerne i frisklivssentralen.

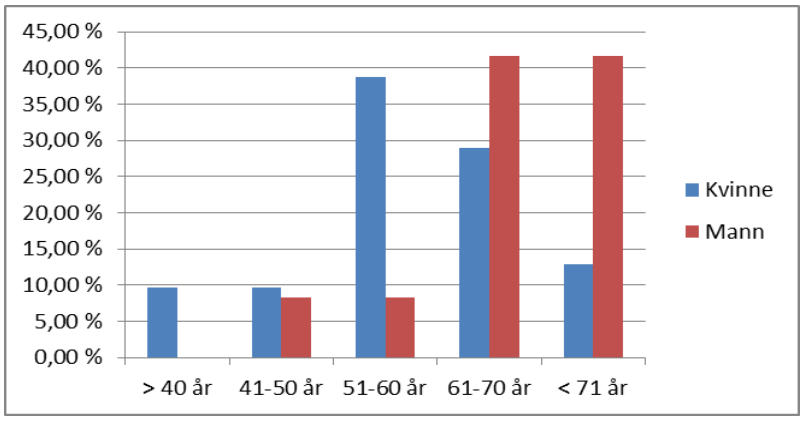


Fig 5.1 Kjønn og alder

De fleste deltakerne er over 51 år. Kvinnene dekker alle aldersintervallene, med flest mellom 51 og 70 år. Blant kvinnene var 19,4 % under 50 år. Kun 12,9 % var over 70 år. Mennene fordeles med totalt 83,4 % over 60 år. 16,6 % var mellom 40 og 60 år, mens ingen av mennene var under 40 år. Vi ser en ulik aldersfordeling mellom menn og kvinner. Årsaken til det har vi ingen kunnskap om, men det kan reflekteres over om dette har sammenheng med om menn og kvinner forlater arbeidslivet på ulike alderstrinn, med overgang til sykmelding eller ulike trygdeytelser.

5.2 Benyttelse av frisklivssentralens ulike tilbud

Det foreligger etter hvert en solid forsknings- og kunnskapsbase som kan bidra i kampen mot bekjempelsen av livsstilsykdommene, og intervensjonsstudier som har resultert i redusert risiko er gjennomført. Resultatene peker i større og større grad mot at både kosthold og fysisk aktivitet er bestemmende og viktige faktorer når det kommer til forebyggelse og kontroll av de kroniske, ikke-smittsomme sykdommene. Det kreves innsats for å møte utfordringene både globalt, regionalt og nasjonalt, og det finnes muligheter i ulike tiltak. WHO (2013) påpeker viktigheten av styrket samhandling og inngåelse av partnerskap i dette arbeidet. Videre anbefales både regulatoriske, lovgivende og økonomiske virkemidler, samt strengere mekanismer rundt ansvarlighet. For å møte denne utfordringen defineres «Frisklivssentralen» av Helsedirektoratet som «et kommunalt kompetansesenter for veiledning, og oppfølging primært innenfor helseatferds-områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk» (IS-1896, 2011 s.6). Hovedaktivitetene som respondentene ble bedt om å evaluere omfatter disse fokusområdene. I tillegg ga vi respondentene avkryssingsmulighet for «sosialt nettverk» og «motiverende samtale, som anses som sentrale aspekter av atferdsendring og empowerment. Respondentene kunne krysse av for flere verdier.

Tabell 5.1 viser en oversikt over tilbudene ved frisklivssentralen i Gjøvik, og hvilke av disse deltakerne har benyttet seg av.

Tabell 5.1 Kjønn: Benyttet tilbud (n 44)	Kvinne	Mann	Total
Motiverende samtaler	22.6 %	41.7 %	27.3 %
Fysisk aktivitet	93.5 %	91.7 %	90.9 %
Kostholdsveiledning	45.2 %	25 %	38.6 %
Røyk-/snus-avvenning	3.2 %	0 %	2.3 %
sosialt nettverk	19.4 %	16.7 %	18.2 %
Total	31	12	44

Vi ser at 41,7 % av mennene har benyttet «motiverende samtale» mens 22,6 % av kvinnene har benyttet dette tilbudet. Går vi ned til tilbudet «kostholdsveiledning», er tallene nesten identiske men motsatt i forhold til kjønn. 45,2 % av kvinnene og 25 % av mennene har benyttet kostholdsveiledning.. Når det gjelder tilbudet «fysisk aktivitet» er det godt over 91 % som har benyttet dette, både blant kvinner og menn. Spørsmålet om «sosiale nettverk» ble besvart av 19,4 % av kvinnene og 16,7 % av mennene. «Røyk-/snus- avvenning» ble kun benyttet av 3,2 % av kvinnene og ingen av mennene. Dette samsvarer med svarene vi ser i fig 5.6 og tabell 5.7 om «ikke mottatt råd» og «ikke røyker».

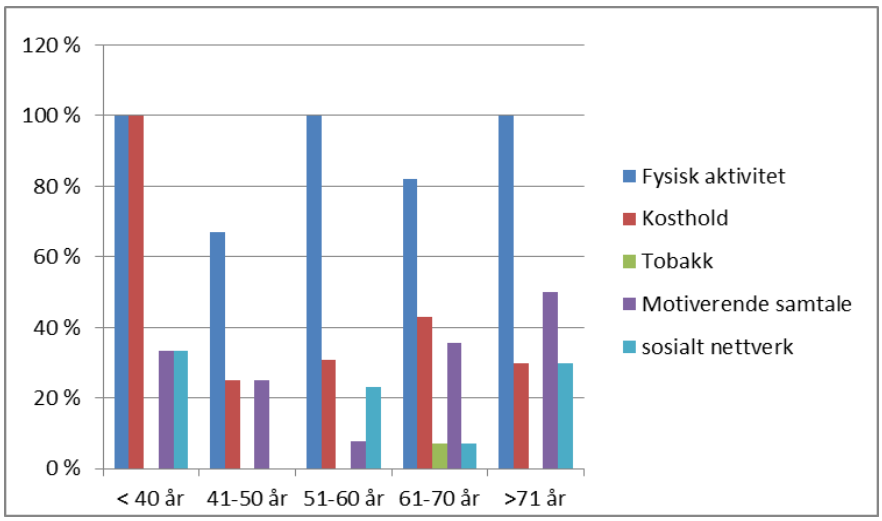


Fig 5.2: Alder: Benyttelse av tilbud

Når vi ser på figur 5.2 «Benyttelse av tilbud fordelt på brukernes alder» ser vi at de aller fleste deltakerne benytter tilbud om fysisk aktivitet. Dette gjelder for alle aldersgruppene. Kostholdsveiledning har appellert til alle under 40 år, men kun mellom 25 % og 42,9 % av deltakerne i de resterende aldersgruppene har benyttet seg av kostholdsveiledning. Det er positivt at de yngste deltakerne, i sin helhet, ser viktigheten av å lære om riktig kosthold. Samfunnet har de siste årene hatt et stort fokus på usunt kosthold og hvorfor kostholdet bør endres, både for barn, unge og voksne. Dette er et av fokusområdene både i frisklivssentralen og i mediedekningen, og kan forklare aldersfordelingen når det gjelder benyttelsen av dette tilbudet. Kvinnene i frisklivssentralen har benyttet seg av kostholdsveiledning i langt større grad enn mennene. Dette kan skyldes at menn ikke i så stor grad som kvinner har fokus på kostholdet i hverdagen, og spiser det som blir servert. Menn har ikke så sterkt fokus på ernæring. Bourdieus (2000) tilnærming til kjønn gjennom habitusbegrepet innebærer at mannlighet kan få ulike uttrykk i de ulike klassene, noe som innebærer at de rådende maskulinitets-normene i middelklassen ikke nødvendigvis vil være et ideal for arbeiderklassen. Jeg tenker at det å ikke bry seg om kostholdsråd ikke nødvendigvis er forbeholdt arbeiderklassens menn. Perspektivet til Bourdieu innebærer at menn og kvinner som vokser opp i familier hvor det er fokus på å spise sunt og mosjonere, har større muligheter til å oppnå god helse, enn de som ikke har disse erfaringene i oppveksten. Med andre ord sier det oss noe om at menn (og kvinner) som ikke har fått gode kostholdsvaner inn med ”morsmelka”, vil stå overfor større utfordringer når det gjelder å endre slike spisevaner.

Flere av respondentene beskriver i spørreskjemaets kommentarfelt betydningen av å inkluderes i et sosialt nettverk i Frisklivssentralen. Sosialt nettverk oppgis som betydningsfullt både av de yngste og de eldste deltakerne. Tallene viser jevn fordeling mellom kvinner og menn. En av deltakerne forklarer: «Treningen har betydd mye for balansen. Kunne mye kosthold fra før, men sosialt har frisklivssentralen betydd mye». Dette kan tolks som at deltakeren har hatt stor glede av både den fysiske treningen og det sosiale nettverket som ble etablert i frisklivssentralen.

Tilbudet om tobakk-avvenning er kun oppgitt av noen få i aldersgruppen mellom 61 og 70 år. Av respondentene var det meget få som oppga å røyke. Dette var en overraskelse for meg. Min forforståelse om hvor utbredt røyking er i befolkningen generelt, og da spesielt i denne gruppen

av befolkningen som er henvist til frisklivssentralen for å motiveres for en livsstilsendring, ble klart vist å være feil. I sammenheng med Nasjonal strategi for arbeidet mottobakkskader (2013-2016), har helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet laget en nasjonal plan for tobakkavvenning i helsetjenesten. Målet med planen er å gjøre det tobakksforebyggende arbeidet til en integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Staten har i mange år hatt fokus på røyk-avvenning. Statistikk viser en reduksjon i tobakksbruk på landsbasis, men en økning i forbruk av snus, spesielt blant yngre. I 1973/1974 røkte i alt 52 % av mennene daglig og 32 % av kinnene. I 2012 røykte 16 % av den voksne befolkningen daglig (Meld St. 34 2013). Resultatet i denne undersøkelsen kan tyde på at kampanjene har hatt effekt.

Den neste tabellen er en samlet oversikt over de tre hovedfokusområdene som er fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og tobakk-avvenning, og om deltakerne opplevde å få konkrete råd om temaene.

Tabell 5.2: Opplevelse av konkrete råd om	Ja	Nei	N
Fysisk aktivitet	95.2 % n40	4.8 % n2	n42
Kostholdsveiledning	85.7 % n24	14.3 % n4	n28
Røyk-/ snusvaner	38.5 % n5	61.5 % n8	n13

Frisklivssentralen skal fungere som en lærings- og mestringsarena for personer som har behov for endring innen fokusområdene. Lærings- og mestringstilbud kan være både primærforebyggende og sekundærforebyggende. Lavterskeltilbud om røykeslutt, kostveiledning og fysisk aktivitet til risikogrupper kan karakteriseres som primærforebygging. Oppgaver som i større grad er innrettet mot grupper i faresonen der siktemålet er å hindre videreutvikling eller tilbakefall til vanskelige livssituasjoner eller sykdom, kan karakteriseres som sekundærforebygging. I løpet av en periode med frisklivsresept holdes det kurs om ulike aktuelle temaer. Deltakerne inviteres til å delta på disse, og kursene er, som Frisklivssentralens tilbud ellers, gratis med unntak av en deltakeravgift til Bra Mat-kursene, for innkjøp av råvarer.

Opplevelsen av å ha fått konkrete råd om både fysisk aktivitet og kosthold er meget framtredende blant respondentene. Kun 38,5 % av respondentene oppgir å ha fått råd om røyk eller snus. Frisklivssentralen tilbyr røykesluttkurs, men som det er nevnt i avsnittet over, og som vil komme fram i analysene i kap.5, er det kun et fåtall av respondentene som oppgir å røyke før deltakelse i frisklivssentralen. De fleste forbinder helsefremmende aktiviteter med fysisk aktivitet. Motivasjonen for «å gjøre noe med helsa» forbindes ofte med «nå må jeg begynne å trene» og «jeg må vite mer om helsefarer». Opplevelsen av å ha fått konkrete råd om fysisk aktivitet oppgis i totalt 92,9 % av svarene. Blant kvinnene svarte 96,6 % at de opplevde å få konkete råd om temaet, blant mennene oppga 91,7 % det samme. Samlet for kvinner og menn svarte 4,8 % at de ikke hadde fått konkrete råd. 42 av mulige 44 respondenter svarte på dette spørsmålet.

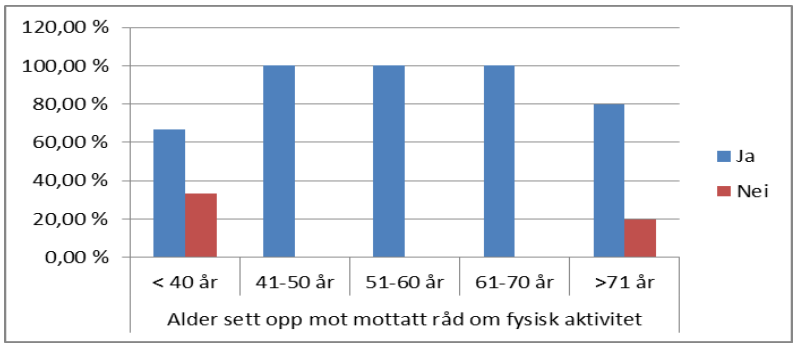
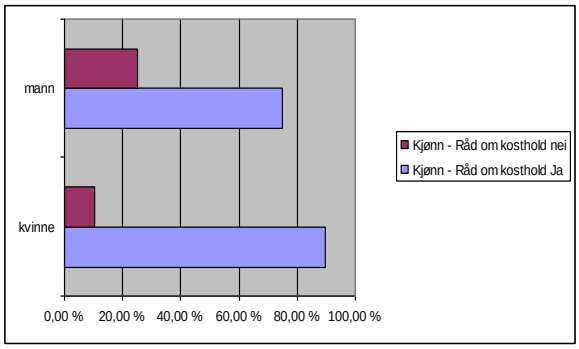


Fig 5.3 Alder: mottatt råd om fysisk aktivitet

Alle, både kvinner og menn, i aldersgruppen 41 til 70 år har svart at de har fått konkrete råd om fysisk aktivitet, og 90 % av deltakerne over 71 år har svart det samme. 10 % av respondentene mener de ikke har fått råd. Av deltakerne under 40 år mener 66,7 % at de har fått råd om fysisk aktivitet mens 33,3 % mener de ikke har fått konkrete råd. Man kan undre seg over at forholdsvis mange av deltakerne opplevde ikke å ha fått råd om fysisk aktivitet, når vi i fig 5.2 ser at 93 % av deltakerne, samlet, har benyttet tilbudet om fysisk aktivitet. Kan det ha årsak i begrepsbruk i kommunikasjonen mellom deltakerne og rådgiverne, eller uklare spørsmål i spørreskjemaet?



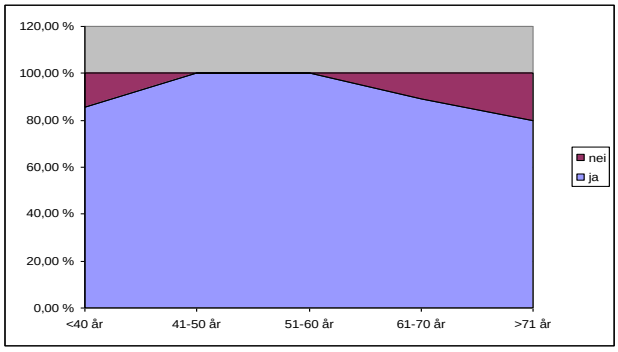
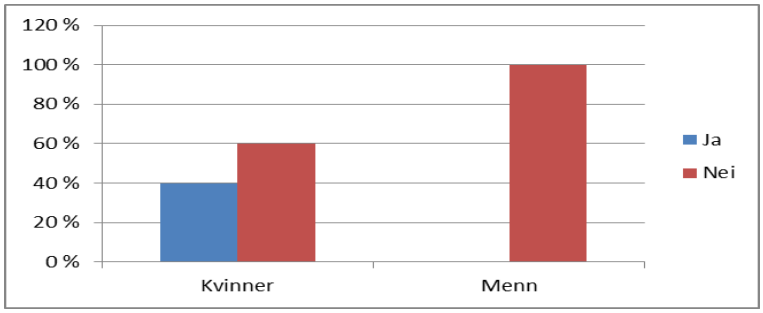


Fig 5.4: Kjønn: Mottatt råd kosthold

Fig 5.5 Alder: Mottatt råd om kosthold

I fig 5.4 viser svarene fra respondentene på spørsmålet om opplevd å få råd i forhold til kosthold fordelt på kjønn. Kjønnsfordelingen i svarene viser at 89,5 % av kvinnene opplevde å ha fått konkrete råd, mens kun 75 % av mennene opplevde dette. Ser vi på svarene i forhold til respondentenes alder i tabell 5.5, oppgir alle mellom 41 – 60 år å ha fått konkrete råd om kosthold. Noen av de yngste og noen av de eldste oppgir å ikke ha fått råd om kosthold.



Figur 5.6 Kjønn: Mottatt råd om tobakk

Kun 13 respondenter har svart på dette spørsmålet. 40 % av kvinnene svarer at de har fått konkrete råd om røyk og snus, mens 100 % av mennene har svart at de **ikke** har fått råd om røyk eller snus. Dette blir diskutert senere i oppgaven når jeg omtaler hvor mye deltakerne røyker.

Tabell 5.3: kjønn – Motiverende samtale og Kjønn – sosialt nettverk			
		Kvinne	Mann
	Motiverende samtaler	22.6 %	41.7 %
	sosialt nettverk	19.4 %	16.7 %

Ved å øke handlingskompetansen hos den enkelte ved bruk av motiverende samtale, forventes det at dette vil medføre bestemte valg, i denne sammenhengen ansvarlige valg, som videre innebærer sunne valg (Elvbakken & Stenvoll 2008). Prosentvis dobbelt så mange menn som kvinner oppgir å ha benyttet seg av tilbudet om motiverende samtale. Motiverende samtaler er et verktøy som brukes fast i samtaler med fysioterapeuten ved oppstart av reseptperioden, midt i reseptperioden og ved avslutning. Alle har derfor blitt møtt med denne metodikken i samtalene, men alle var kanskje ikke klar over hva metoden het. Bevissthet om samtalene vises i uttalelsen fra en av deltakerne: «Kanskje oppfølgingssamtaler over lengre tid hadde vært mer utslagsgivende. Tre måneder er for kort periode til å endre et helt livs feil vaner». Når det gjelder tilbudet om motiverende samtale appellerer dette mer til menn enn til kvinner. Kvinner har tradisjoner i forhold til egne sosiale nettverk, som venneklubber og kafebesøk, i sin hverdag. Kvinner er også mer vante til å samtale om egne problemer med venner, enn det menn er. Menn har oftest brukt arbeidskollegaer som sitt nettverk. Når de ikke lenger er i arbeid mangler den sosiale kontakten, og de har større behov for, og benytter seg av, samtalene med rådgiver i frisklivssentralen. Motiverende samtale, også kalt Motiverende intervju (MI) eller endringsfokusert rådgivning, er en samtalemetode som har god effekt i arbeidet med å endre av levevaner, og som har vist seg å være mer effektiv enn tradisjonell rådgivning. MI er en målrettet, empatisk og personsentrert metode. Rådgiver styrer samtalen ved å stille spørsmål som utforsker og styrker personens ønske om endring. Empati og respekt for deltakerens selvbestemmelse og egne valg er sentrale verdier. Endring skal skje på deltakerens premisser (IS-1896).

Som vi ser i tabell 5.1 «kjønn og benyttelse av tilbud» opplyser 19,4 % av kvinnene og 16,7 % av mennene at tilbudet ved Frisklivssentralen fungerer som et sosialt nettverk for dem. Det å komme i gang med trening kan gi en følelse av å ta tak i eget liv, mestre egen trening og knytte sosiale nettverk. Trening signaliserer både ovenfor en selv og andre at en ikke har gitt opp eller resignert.

Det sosiale rommet er utgangspunkt for Bourdieus (1996) klasseteori. Ved å komme i gang med trening posisjonerer deltakerne seg i det sosiale feltet som skapes i frisklivssentralens sosiale rom. Sosialt nettverk kan betraktes som strukturen i en gruppe, og blir et produkt av relasjoner og samhandling mellom disse menneskene. Sosiale støttesystemer blir innholdet eller funksjonen i nettverket. Gjennom dette begrepet forstår man det slik at personene i et nettverk utveksler og tilbyr hjelp og støtte til hverandre (Fyrand, 2005). Når det gjelder det sosiale nettverket som man møter i en frisklivssentral, opplevdes dette å være av betydning. Man skal allikevel være klar over at variasjonen i gruppen kan være stor, og ikke alle deltakerne i denne undersøkelsen opplevde gruppetilhørighet. God og nøye refleksjon omkring organisering av gruppene er derfor viktig, slik at man kan gi alle et godt tilbud. Sosiale nettverk er verdifulle for å oppnå mål både av personlig og samfunnsmessig karakter. Putnam (1993) er opptatt av goder av sistnevnte type. Han fokuserer på hvordan nettverk genererer andre typer sosial kapital, som tillit og sivilt engasjement, gjennom direkte samhandling mellom individer. Nettverk formidler også tillit, da tillitsverdigheten til andre mennesker blir spredd gjennom deltakerne i nettverket.

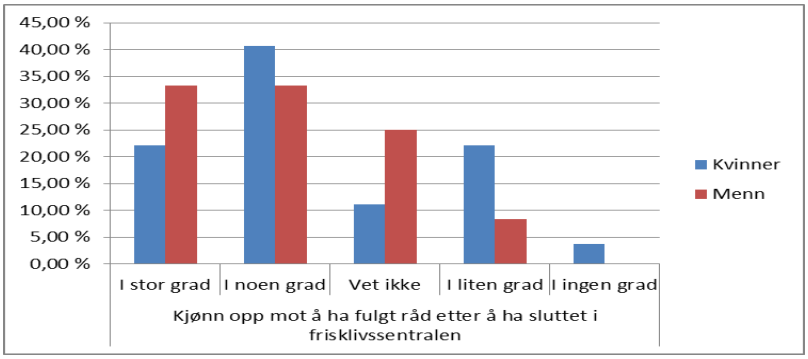


Fig 5.7 Kjønn: fulgte råd etter å ha sluttet i frisklivssentralen

Undersøkelsen viser i fig 5.7 en klar overvekt av svar som sier at de har fulgt rådene de fikk, etter at de har sluttet i frisklivssentralen. 22,2 % av kvinnene og 33,3 % av mennene sier at de i stor grad har fulgt rådene. 40,7 % av kvinnene og 33,3 % av mennene sier de i noen grad har fulgt rådene

5.3 Endring i levevaner

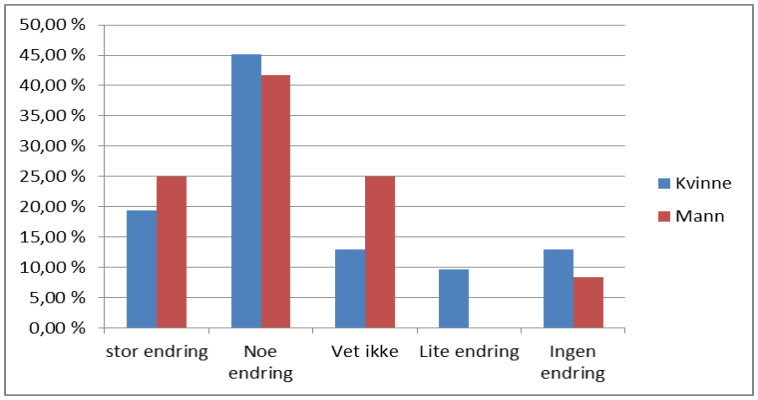


Fig 5.8 Kjønn: endring i levevaner

Oppgavens problemstilling etterspør funn om endringer i levevaner. Henvisning med frisklivsresept har som hovedmål for brukerne å endre levevaner som skaper uhelse, til levevaner som skaper helse. Fig 5.8 viser at til sammen 66,7 % av mennene oppgir å ha «stor endring» og «noe endring» i levevaner. Av kvinnene oppgir til sammen 64,6 % «stor endring» og «noe endring» i levevaner. Funnene for den avhengige variabelen sett opp mot alder på respondentene, vises det at blant aldersgruppene over 50 år oppgir over opp til 50 % å ha å ha endret sine vaner «i stor grad « og «i noen grad». Av respondentene under 40 år oppgir 66,7 % at de **ikke** har endret vaner. Ser vi resultatene i forhold til de to endringsmodellene som er beskrevet i kapittel 3, gjenspeiles begge modellene i resultatene. Deltakerne som oppgir stor endring og noe endring har beveget seg mellom de ulike stadiene i den stadiebaserte endringsmodellen (Prochaska & DiClemente 1984), og de kanskje har vært igjennom handlingsfasen og har etablert seg i vedlikeholdsfasen. De deltakerne som oppgir ikke å ha endret vaner kan antas ikke å ha beveget seg ut av føroverveielses-fasen. Var motivasjonen for endring for disse deltakerne ikke sterk nok? Deltakerne har kanskje enda ikke selv begynt å vurdere en endring, og ønsker kanskje heller ingen informasjon eller kunnskap om risikoen ved sin helseatferd. Kanskje de møtte i frisklivssentralen fordi legen sa det var viktig. Det er viktig å gi personene rett verktøyet til rett tid. Motivasjonen kommer fra et ønske om endring. For deltakerne som har oppgitt en varig endring i de aktuelle fire årene har også omgivelsene vært støttende og delaktige, som en forsterker for varig endring. Her ser vi da at den sosial-økologiske modellen til Contento (2007)

er viktig. Det må ses på mestring og mestrings-forventningen i forhold til endring. Disse vil interagere med hverandre som en del av prosessen, og kan ikke bli sett på separat. Personen behersker og mestrer situasjonen til tross for at den er ukjent og usikker. Mestringsprosessen innebærer en opparbeidelse av ulike fremgangsmåter og tanker for hvordan en situasjon kan takles. Dersom man har mestret situasjonen tidligere og med andre ord har en positiv mestringsfølelse, vil dette kunne styrke utfallet. En som har stor tro på at hun/han vil lykkes med en endring, vil også være mer motivert enn en som har mindre tro på egen mestringsevne. Dalen (2010) finner i sin masteroppgave at motstand mot endring minker ved økt affektiv forpliktelse og økt sosial støtte. Hun finner ingen signifikant sammenheng mellom motstand mot endring, sosial støtte, forpliktelse og kriterievariabelen stress i utvalget som hun benyttet i sin undersøkelse (Dalen 2010). Et menneske som ser verden som forståelig ser også fremtiden som mer forutsigbar, og bærer med seg en vedvarende følelse av tillit og kontroll i livet. For Antonovsky (1996) er en slik utviklet begripelighet en innstilling til verden og en evne hos personen til å ordne og strukturere virkeligheten, slik at det som skjer blir forståelig, lettere å akseptere, og mulig å forholde seg til og forsone seg med.

Lærings- og mestringstilbud i kommunen er trukket frem i St. meld nr. 47 (2009 s.84) for å ”sikre en tidligere intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikre at brukerne over tid og gjennom tettere oppfølging i nærmiljøet får mulighet til å tilegne seg verktøy for å håndtere hverdagen på en bedre måte”. Grenseflaten mellom frisklivssentraler og kommunale lærings- og mestringstilbud er overlappende. Frisklivssentraler har kompetanse og tilbud knyttet til endring av levevaner. Lærings- og mestringstilbud fokuserer på det å leve med varige helseforandringer. Frisklivssentralen kan tilby spesifikke lærings- og mestringstilbud for personer med vanlige kroniske sykdommer eller lidelser med stor utbredelse i befolkningen. Når en har fått en langvarig endring i sin livssituasjon som følge av sykdom eller skade vil det som regel ta tid å finne ut av hvordan en på best mulig måte kan innrette livet sitt i forhold til dette.

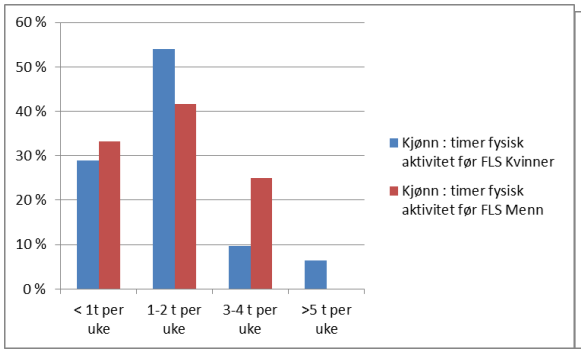
5.4 Fysisk aktivitet

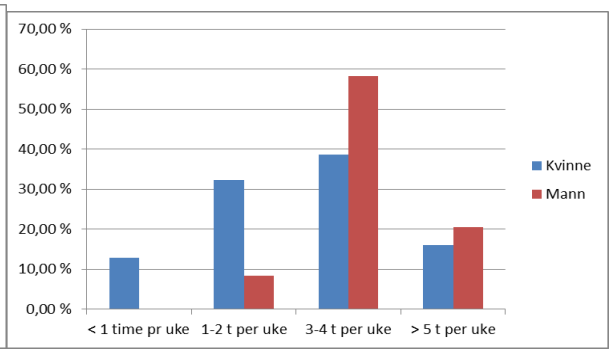
Fysisk aktivitet og stillesitting har fram til nå blitt sett som to ytterpunkter av samme atferd. Det er godt kjent at fysisk aktivitet har en gunstig påvirkning på helsen og kan bidra til å forbedre livskvaliteten. Stillesitting kan imidlertid være en selvstendig risikofaktor. Det ser ut til å være en trend med økt trening og mosjon på fritid i deler av befolkningen. Treningen kompenserer imidlertid ikke for en tendens til økt stillesitting på skole, jobb, transport, foran TV, PC og mobil, resten av uken. Det totale aktivitetsnivået i befolkningen har sunket over tid og viser negativ utvikling (Meld St.34 2013). Det foreligger et omfattende materiale som sterkt tyder på at det fysiske aktivitetsnivået i våre foreldres og besteforeldres dager var høyere enn i dag. Arbeidsdagen var lang, den del av befolkningen som var engasjert i stillesittende yrker var mindre, kommunikasjonene dårlige, og mekanisert hjelp tilgjengelig i langt lavere grad enn i dag. Oppfatningen av at vårt fysiske aktivitetsnivå gradvis har blitt lavere, støttes av det faktum at vi benytter bilen i stadig større grad, også på korte turer. Antallet personbiler i Norge er fordoblet i perioden 1970 – 1993. Godt over 60 % av reisene på opptil 2 km foretas med bil. I følge en rapport fra Transportøkonomisk institutt er andelen som forflytter seg til fots og med sykkel blitt redusert fra 1980-tallet og fram til 1999, og andelen som bruker bil har økt (IS-1011 2000). En indikator for redusert aktivitetsnivå er den vektøkningen som har skjedd de siste tiårene. Blant voksne har vekten økt med 5-6 kg siden 1985. Andelen voksne med fedme er i gjennomsnitt 8 %, og økningen i forekomst av fedme ser ut til å være størst blant unge voksne. Helsedirektoratet (2010) har utarbeidet anbefalinger for fysisk aktivitet. Anbefalingene er at alle mennesker bør være fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag. Intensiteten bør være middels, som for eksempel en rask spasertur. Fysisk aktivitet reduserer risiko for å få høyt blodtrykk, aldersdiabetes og tykktarmskreft. Livskvaliteten blir bedre av fysisk aktivitet på grunn av økt psykisk velvære og bedre fysisk helse (Bahr et. al 2008).

Etablering av frisklivssentraler kom tidligere i de andre skandinaviske landene og i Storbritannia, enn her hjemme. Det finnes derfor en del forskning gjort på området som omhandler trening på resept. På oppdrag fra ”Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet” har Kallings (2010) skrevet rapporten *”Fysisk aktivitet på recept i Norden- erfarenheter och rekommendationer”*. Bakgrunnen for denne rapporten er en bekymring for det fysiske aktivitetsnivået blant befolkningen

i de nordiske landene. Tanken er at ved å utveksle erfaringer og samarbeide vil man kunne øke kunnskapen og utviklingen av konseptet ”livsstil på resept”. Gjennom å utveksle erfaringer og analysere de ulike modellene kan man komme med anbefalinger for det videre arbeidet, og kanskje komme frem til en nordisk ”best practice”. En viktig studie fra Norge, som er relevant å betrakte er *”Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune”* skrevet av Helgerud & Eithun (2009). Disse to fylkene har i mange år drevet ordningen ”trening på resept” og kan på mange måter betraktes som foregangsfylker på området. I kommunene Modum, Øvre-Eiker, Vefsen og Alstahaug har man henvist deltakere til Frisklivssentralen hvor de her får et strukturert oppfølgingsprogram. Evalueringen ble gjort mellom mars 2008 og mai 2009, hvor 90 deltakere deltok (Helgerud & Eithun, 2009). Resultatene fra denne rapporten viser at deltakerne fikk bedre fysisk kapasitet gjennom å trene styrke og utholdenhet. Dette er også opprettholdt ett år etter. Samtidig viser den at nesten halvparten av deltakerne ikke klarer å følge opp sine nye treningsvaner i etterkant av resepten. De viser også til potensialet for å effektivisere den fysiske treningen ved mer intensitet på utholdenhets- og styrke-øvelser ga dobbelt så stor effekt (Helgerud & Eithun, 2009).

Det er mange måter å måle grad av fysisk aktivitet. Denne undersøkelsen baseres på spørreskjema hvor respondenten oppgir antall timer per uke vedkommende var fysisk aktiv før deltakelsen i Frisklivssentralen, etterfulgt av et spørsmål om antall timer fysisk aktivitet i dag.





Figur 5.9 Kjønn: timer fysisk aktivitet før FLS **Fig 5.10 Kjønn : timer fysisk aktivitet i dag**

Når vi i fig 5.9 ser på kjønn opp mot « timer med fysisk aktivitet før deltakelse i Frisklivssentralen» melder 29 % av kvinnene at de er fysisk aktive mindre enn 1 time per uke, og 54,8 % av kvinnene

melder fysisk aktivitet 1 – 2 timer pr uke. Kun 6,5 % er aktive 5 timer eller mer. Blant mennene melder 33,3 % av mennene at de var fysisk aktive mindre enn 1 time pr uke, og 41,7 % meldte 1-2 timer pr uke. 25 % meldte 3 – 4 timer pr uke mens ingen var aktive 5 timer eller mer.

I tabell 5.10 ser vi oppgitt antall timer fysisk aktivitet i dag (ved utfylling av spørreskjemaet), fordelt på kjønn. Her ser vi at 16,1 % av kvinnene og 33,3 % av mennene opplyser at de nå er fysisk aktive 5 timer eller mer pr uke. Hele 38,7 % av kvinnene og 58,3 % av mennene er nå fysisk aktive 3 - 4 timer pr uke. Dette er en markant økning fra de oppgitte tallene for «før oppstart i frisklivssentralen» i tabell 5.9.

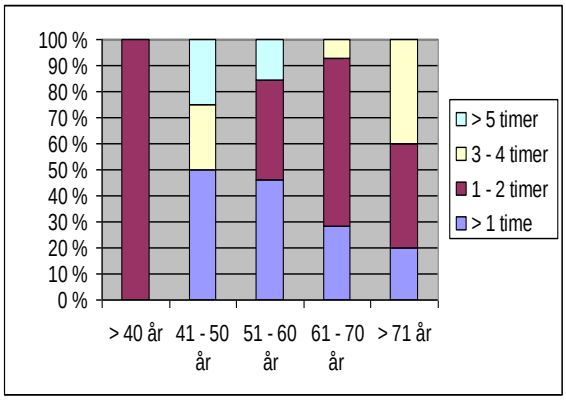


Fig. 5.11 Alder: Fysisk aktivitet før FLS

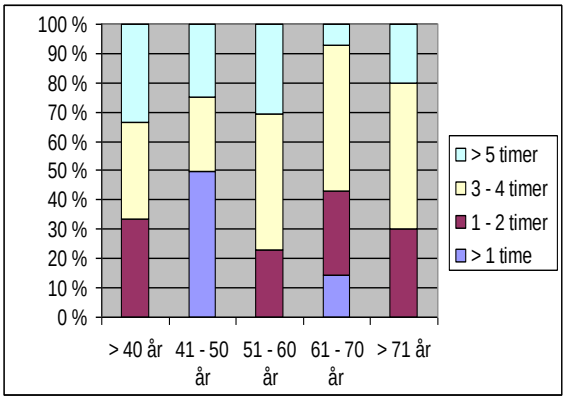


Fig. 5.12 Alder : Fysisk aktivitet etter FLS

I fig 5.11 fordeles svarene om fysisk aktivitet før oppstart i FLS, på respondentenes alder. Av deltakerne under 40 år melder alle at de var i fysisk aktivitet 1 – 2 timer pr uke. I aldersgruppen 41 – 50 år var 25 % aktive mindre enn 1 time pr uke, likeså 25 % aktive 1–2 timer pr uke og 50 % 3 – 4 timer pr uke. Ingen meldte 5 timer eller mer. I tabell 5.12 ser vi på hvordan den økte aktiviteten fordeler seg på aldersgrupper i dag. Aldersgruppen under 40 år fordeler seg likt på variablene 1 – 2 timer, 3 – 4 timer og 5 timer eller mer. Sammenligner vi med status før deltakelse i frisklivssentralen, i fig 5.11, ser vi en økning på 33,3 % i verdiene «3 – 4 t pr uke» og 33,3 % til verdien «5 timer eller mer». I aldersgruppen 41 – 50 år oppga, i tabell 5.11 melder 25 % «mindre enn1 time» og 25 % «1 – 2 timer». I tabell 5.12 ser vi at disse, til sammen 50 %, alle nå oppgir verdien «under 1 time pr uke». Altså ned nedgang i fysisk aktivitet. De resterende 50 % oppga verdien «3 – 4 timer», og 25 % melder å ha forflyttet seg til verdi «5 timer eller mer». En signifikant økning i fysisk aktivitet. Deltakerne har blitt motivert til endring, og en av deltakerne

uttaler: «Flinke og motiverende fysioterapeuter. Bra med et lavterskel- tilbud for oss». En annen sier «Mer bevisst signalene fra kroppen» Økt fysisk aktivitet gir bevissthet og mestringsfølelse hos deltakerne.

Vi ser på det første forsknings-spørsmålet: «Hvordan uttaler respondentene endring i helse-adferd i fokusområdene «Fysisk aktivitet, kosthold, røyk/snus og sosialt nettverk»? Første fokusområde som oppsummeres er fysisk aktivitet. Vi sammenligner figurene 5.11 og 5.12 som viser hvordan respondentene uttaler egen endring i fysisk aktivitet før og etter intervensjonen. Verdiene er «mer enn 5 timer pr uke», «3 – 4 timer pr uke», «1 – 2 timer pr uke» og «mindre enn 1 time pr uke». Økning i antall timer fysisk aktivitet pr uke fra før oppstart i Frisklivssentralen til respondentene svarte på spørreundersøkelsen er markant. Dette resultatet påvirker deltakernes selvtillit, mestringsfølelse, og ved det deres livskvalitet. De har klart å gjøre en endring i levevaner, som består inntil 4 år etter intervensjonen.

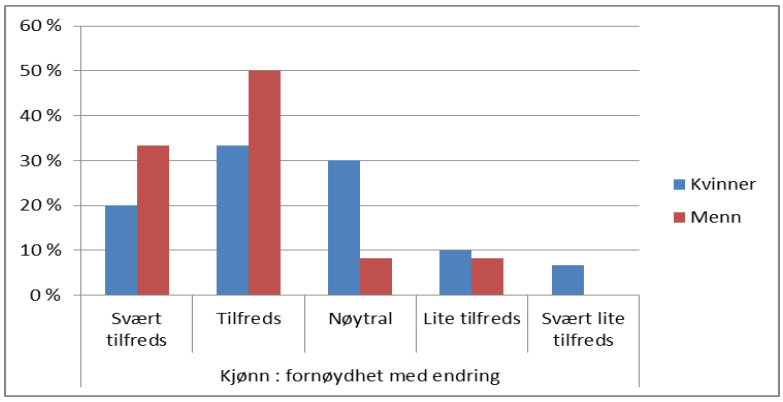


Fig 5.13 Kjønn: Fornøyd med endring i fysisk aktivitet

I fig 5.13 ses svarfordelingen på spørsmålet om hvor fornøyde respondentene er med endringen i fysisk aktivitet. 5,7 % av kvinnene oppgir å være svært lite fornøyd. Ingen av mennene oppga dette. 33,3 % av kvinnene og 50 % av mennene oppgir å være tilfreds med endringen i fysisk aktivitet, og 20 % av kvinnene og 33,3 % av mennene oppgir å være svært tilfreds. Selv om deltakerne oppgir en markant økning i antall timer fysisk aktivitet per uke, er allikevel 5,7 % av kvinnene svært lite fornøyd med egen endring. Samtidig oppgis det en markant økning i egenopplevd livskvalitet (fig 5.14). Det kan synes som om kvinnene setter så store krav til egen innsats i reseptperioden at de har vansker med å verdsette sin egen innsats.

5.5 Kosthold

På 1990-tallet skjedde det betydelige endringer i kosthold og livsstil over hele verden, med en trend mot uhensiktsmessige kostholds-valg og redusert fysisk aktivitet. Dette som et resultat av blant annet industrialisering, urbanisering, økonomisk utvikling og globalisering. Kostholds- og livsstilsendringene har hatt betydelige konsekvenser for helse- og ernæringstilstanden i verdens befolkning, og knyttes i større og større grad til den stadig økende forekomsten av kroniske, ikke-smittsomme sykdommer, som nå fremstår som en global utfordring. I 2020 antas det at denne formen for sykdom står for 57 % av den globale sykdomsbyrden, samt tre-fjerdedeler av verdens dødsfall (NCD 2013). Helsedirektoratets strategi, Noncommunicabel Chronic diseases, (NCD 2013), bekrefter at forbruket av grønnsaker og frukt i befolkningen har økt, men fortsatt er det slik at bare rundt 20 % av den voksne befolkningen spiser anbefalt mengde. Forbruket av sukker har gått ned, men er likevel fortsatt høyt i noen grupper, og spesielt blant barn og unge. Selv om brusforbruket er redusert, er det fortsatt på over 60 liter sukkerholdig brus per innbygger i året (NCD 2013). Forbruket av godteri har økt betydelig de siste 30 årene og var i gjennomsnitt 14 kilo per innbygger i 2011(NCD 2013). Forsknings- og kunnskapsbasen som foreligger kan bidra i kampen mot bekjempelsen av livsstilssykdommer, og intervensjonsstudier som har resultert i redusert risiko er gjennomført. Resultatene peker i større og større grad mot at både kosthold og fysisk aktivitet er bestemmende og viktige faktorer når det kommer til forebyggelse og kontroll av de kroniske, ikke-smittsomme sykdommene. Det kreves innsats for å møte utfordringene både globalt, regionalt og nasjonalt, og det finnes muligheter i ulike tiltak. Det anbefales både regulatoriske, lovgivende og økonomiske virkemidler, samt strengere mekanismer rundt ansvarlighet. Ved dagens kostvaner er konsekvensene store både for enkeltindividet, ved utvikling av sykdom, og for samfunnet, ved store økonomiske konsekvenser.

En studie fra Sverige viser at oppfølging av fysisk aktivitet og kosthold over tre år ga flere kvalitetsjusterte leveår og færre besøk hos fastlegen. Tilbudet ga en netto innsparing på 47 dollar per deltaker i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, som kun fikk skriftlig og muntlig rådgivning (53). Intervensjonsstudier fra Kina, Finland og USA(70,71,72) har alle vist at oppfølging av kosthold og fysisk aktivitet kan forebygge utvikling av type 2-diabetes hos risikoindivider (73). Kost- og mosjonsendringer kan være like effektiv behandling som insulin hos type 2-diabetikere (74), og det er vist at livsstils-intervensjon kan være billigere enn

medikamentell behandling (75). Medikamenter mot hjerte- og karsykdom utgjør den største gruppen av legemidler på blå resept. Den medikamentelle behandlingen er estimert til å koste dobbelt så mye som kostholdsrådgivning gitt av klinisk ernæringsfysiolog det første året og ni ganger så mye de påfølgende årene hvis man skal oppnå den samme reduksjonen i kolestrolnivå (ref 53, 70, 71, 72, 73, 74, 75 I: IS-1896 2013).

Innen kostholds-feltet rådes frisklivssentraler å tilknytte seg klinisk ernæringsfysiolog eller ernæringsfysiolog. En opptelling helsedirektoratet foretok høsten 2011 viste at bare rundt åtte av da 135 eksisterende sentraler hadde fulgt dette rådet om tilknytning av personer med betydelig ernæringskompetanse. Frisklivssentralen i Gjøvik har tilknyttet seg denne ernærings-kompetansen.

Tabell 5.4: mengde – frukt/sukker/porsjoner	Mer/flere	Mindre/færre	N
Frukt og grønt	92.9 %	7.1 %	28
Sukker(rent sukker, sjokolade, annet godteri)	3.6 %	96.4 %	28
Mindre porsjoner fordelt over flere små måltider	56 %	44 %	25

Når vi i tabell 5.4 ser på hvilke endringer respondentene opplyser å ha gjort, ser vi at 92,7 % spiser mer frukt og grønt, 96,4 % opplyser å spise mindre sukker. Den tredje variabelen i dette spørsmålet, «mindre porsjoner over flere måltider» er ikke presist formulert, og kan forvirre respondentene i forhold til svar. Her har 56 % svart «mindre porsjoner», mens 44 % har svart flere små måltider. Anbefalingen om mindre porsjoner i spørsmålet over, er en motvekt til utviklingen vi ser i varehandelen og i reklame. Økte porsjonspakninger og økte porsjoner vises i to sammendragsartikler at får voksne mennesker til både å spise mer og servere større porsjoner (Ello-Martin et. al 2005). Personer som ble tilbudt større porsjoner enn de vanligvis ville inntatt, rapporterte verken høyere grad av metthet eller sult. I tillegg så en at personene fikk i seg et høyere inntak av kalorier som en følge av porsjonsstørrelsen. Selv om personene spiste mer mat til et måltid, ble ikke dette kompensert ved å spise mindre til neste måltid (Ello-Martin et al, 2005). Økte porsjonsstørrelser vil en kunne tenke seg er typisk for den amerikanske

matvareindustrien, men også i Europa ser en de samme tendensene både i forhold til økonomiske tilbud og porsjonsstørrelser. Å kjøpe eller spise større porsjoner blir promotert som økonomisk lønnsomt gjennom eksempelvis tilbud på restauranter eller buffeer hvor en kan spise så mye en vil for en relativt rimelig kostnad (Matthiessen et. al 2002). En dansk studie viser at flere sukkerrike produkter som sjokolade, iskrem og sukkertøyposer har økt 20-100 prosent siden 1960, med en ekstra vekst de siste tiår. Et eksempel er Coca-Cola som i 1960 solgte 3,5 dl flasker som det største volum på markedet i Danmark. I 2000 hadde volumet på de største flaskene økt til 15 dl (Matthiessen, et al.2002). Forekomsten av overvekt har økt raskt i de fleste aldersgrupper og overvekt forekommer hyppigere blant grupper med lav enn høy sosial status. I perioden 1993 til 2000 økte andelen overvektige blant 13-åringer fra 8,4 til 12,6 % blant jentene og fra 8,5 til 14 % blant guttene ifølge landsdekkende kostholdsundersøkelser. Måling av vekt og høyde blant tredjeklassinger (8-9-åringer) viste at andelen med overvekt eller fedme økte fra 16 % i 2008 til 19 prosent i 2010. Andelen med fedme var den samme, 4 prosent, begge årene. Ifølge målinger av høyde og vekt har andelen med fedme økt fra under 10 til 20 prosent blant voksne i 40-45-årsalderen i norske fylker de siste 25 årene. Tall for voksne, basert på selvrapportert høyde og vekt i Levekårsundersøkelsene fra SSB, viser at andelen med fedme økte fra 4 til 6 prosent i perioden 1973 til 1998, og til 10 prosent fra 1998 til 2008. Andelen med overvekt eller fedme er betydelig lavere i dette tallmaterialet enn det er i undersøkelser basert på måling av høyde og vekt (Helsedirektoratet 2013).

Tabell 5.5: kjønn- fornøyd med endring i kosthold			
	Kvinne	Mann	Total
Svært lite tilfreds	4% (n1)	0%	2.6% (n4)
Lite tilfreds	12% (n3)	8.3% (n1)	10.5% (n4)
Nøytral	36% (n9)	16.7% (n2)	28.9% (n11)
Tilfreds	28% (n7)	50% (n6)	34.2% (n13)
Svært tilfreds	20% (n5)	25% (n3)	21.1% (n8)

Kosthold er det andre fokusområdet i Frisklivssentralen, og del av det første forsknings-spørsmålet i oppgaven. «*Hvordan uttaler deltakerne sin endring i kosthold*». For området kosthold uttaler over 90 % av respondentene at de har endret sine kostholdsvaner. Henholdsvis 92,7 % at de spiser mer frukt og grønt enn tidligere, og 96,4 % opplyser at de spiser mindre sukker. Ser vi på tabell 5.5, som viser hvor fornøyd respondentene er med egen endring, svarer i alt 55,3 % at de er tilfreds eller svært tilfreds med egen endring. 28,9 % uttaler seg nøytralt, mens 13,1 % uttaler at de er lite tilfreds eller svært lite tilfreds. Kostholdet inneholder fortsatt for mye mettet fett, sukker og salt, og for lite grove kornprodukter, frukt, grønnsaker og fisk. Det anbefalte saltinntaket er omtrent dobbelt så høyt som anbefalt. Over tre fjerdedeler av saltet kommer fra industri-bearbeidede matvarer og mat på serveringssteder (Meld St.34 2013). Over 55,3 % av deltakerne i frisklivssentralen oppgir å være tilfreds og svært tilfreds med endringen i sine kostvaner og de oppgir varig endring. Det ble ikke spurt om hva endringen i kosthold innebar i forhold til mengde endring av frukt /grønt og sukker. 4 % av kvinnene oppgir å være svært lite tilfreds med sin endring i kostvaner. Funnene er relativt like resultatene for fornøydhet med endring i fysisk aktivitet.

5.6 Tobakk

Norge er siden 2005 part i Tobakkskonvensjonen, den første konvensjonen fremforhandlet av Verdens helseorganisasjon. I mars 2013 hadde konvensjonen 176 parter. Tobakkskonvensjonen er en kunnskapsbasert folkerettslig avtale som har som formål å redusere tobakksrelatert sykelighet og dødelighet, og konvensjonen er på flere områder styrende for den norske tobakkspolitikken (Meld St.34 2013). Reduksjon av tobakksforbruk er et av flere mål som vi ser kommer i konflikt med store internasjonale næringsinteresser. Tobakksindustrien har stor makt, og det kan nok sies at de motarbeider mer enn bidrar til oppfylle Verdens helseorganisasjons mål på dette området.

I løpet av de siste tiårene har det vært en markert nedgang i røyking i Norge. Andelen dagligrøykere er mer enn halvert siden midten av 1970-tallet, fra 40 % i 1976 til 16 % i 2012 (NCD 2013). En rekke folkehelsebaserte initiativ, som innstramming i tobakksskadeloven, avgiftsøkninger og omfattende informasjonskampanjer, har bidratt til å forsterke en kulturell dreining mot røykfrihet som ideal. I «*En framtid uten tobakk, nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader» (2013 -2016),* er sentrale mål å unngå at unge begynner å snuse og røyke, motivere og tilby hjelp til snus- og røykeslutt, samt beskytte befolkning og samfunnet mot tobakkskader (NCD 2013). I Sverige er kostnaden per vunnet leveår for rådgivning til den som slutter å røyke, beregnet til mellom 3000 og 10000 svenske kroner (58, IS-1896 2013).

Målet for politikken i perioden 1970 og til i dag, har vært å redusere alle former for tobakksbruk, og røyking er i dag langt på vei en stigmatisert sosial praksis (Ritchie m.fl., 2010). Samtidig har den sosiale ulikheten mellom røykere og ikke-røykere blitt mer framtredende, etter som flere høyt utdannede enn lavt utdannede har sluttet å røyke (Lund m.fl., 2005). Likevel er den gjenværende gruppen av røykere preget av en viss sosio-demografisk heterogenitet, og tobakksbruk kjennetegnes av verdimessig ambivalens, særlig blant unge. Det er store sosiale forskjeller i røyking. Andelen dagligrøykere i gruppen med grunnskoleutdanning er mer enn tre ganger så høy som andelen i gruppen med universitets- og høgskoleutdanning. Forskjellen har økt de siste årene ettersom nedgangen i røyking er sterkest i gruppen med høyest utdanning (Meld St. 34 2013). Ettersom tobakksbruk er knyttet til opplevelse av individuell autonomi, kan en streng tobakkskontroll også gi næring til politisk og kulturell motstand. Funnene fra dette spørsmålet er

sammenfallende med utviklingen av aktive røykere på landsbasis, som tidligere forskning viser (NCD 2013). Få av deltakerne oppga å røyke ved oppstart i frisklivssentralen.

Tabell 5.6 Kjønn: røyk/snus før deltakelse i frisklivssentralen	Kvinne	Mann
0 per dag	80.8% (n21)	91.7% (n11)
1 – 5 per dag	0%	0%
6 - 10 pr dag	0%	0%
11-15 pr dag	11.5%(n3)	0%
16-20 pr dag	7.7% (n2)	8.3% (n1)
21 eller mer	0%	0%

Tabell 5.7: Kjønn- røyk/snus i dag		Kvinne	Mann
	0	84.6% (n22)	91.7% (n11)
	1 - 5	0%	0%
	6-10 pr dag	7.7% (n2)	0%
	11-15 pr dag	7.7% (n2)	0%
	16-20 pr dag	0%	8.3% (n1)
	21 eller mer	0%	0%

Ser vi på tallene for «i dag», er det ingen endring blant mennene, mens andelen ikke-røykende kvinner har økt til 84,6 %. Ingen av kvinnene røyker nå mer enn 15 sigaretter per dag Selv om andelen ikke - røkere før deltakelsen i Frisklivssentralen var veldig høy ser vi at flere som da røkte har sluttet eller røyker mindre etter deltakelsen. En av deltakerne skrev i kommentarfeltet på spørreskjemaet: «Uten kurs har jeg holdt opp å røyke for fire måneder siden». Det kan tolkes til at vedkommende fortsatt røykte ved avslutning i frisklivssentralen, men har klart å slutte på egen hånd, i etterkant. Det viser handlingskraft og selvtillit hos den tidligere deltakeren.

Som tidligere nevnt hadde jeg en forforståelse om hvor utbredt røyking er i befolkningen generelt, og da spesielt i denne gruppen som er henvist til frisklivssentralen for å påbegynne en

livsstilsendring. Denne forforståelsen ble klart bevist å være gal. Myndighetenes røykeslutt-kampanjer og innføring av «røykeloven» virker å være vellykkede tiltak for å arbeide mot reduksjon av tobakksbruk. Samtidig som røykingen går ned i befolkningen, øker snusbruken. Helsevirkningene av snusbruk er mindre enn av røyking på kort sikt, men det er relativt lite kunnskap om langtidsvirkningene. Snusbruken øker sterkest blant unge. En undersøkelse fra Universitetet i Bergen viser at det skjedde en kraftig økning i snusbruken både blant jenter og gutter mellom 2005 og 2009 (Meld St.34 2013).

5.7 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet rommer det meste. Når jeg ønsker å forstå betydningen av et godt liv er det nødvendig å ha bred tilnærming i forståelsen av helse, og å forstå det sosiale miljøet og dets betydning for deltakelse i et bredt spekter av ulike aktiviteter. Kulturelle aktiviteter har stor egenverdi, ved å gi opplevelser, følelsesmessige engasjement, innsikt og verdier. Kulturelle uttrykk spenner over hele registeret av menneskelig opplevelser og utfoldelse. Både den som utøver og den som mottar kulturelle uttrykk blir stimulert i både kropp og sinn, intellekt og følelser. En nærliggende tanke er derfor at kultur virker salutogent, og at kulturelle aktiviteter er helsefremmende Noen forskningsresultater kan faktisk tyde på at det å gå regelmessig på konserter, utstillinger og lignende, har en selvstendig positiv påvirkning på leveutsiktene. En mer umiddelbar observasjon er at kulturelle aktiviteter bidrar til å øke livskvaliteten, ikke minst hos dem som har fått et helseproblem. Kunst og kulturopplevelser kan stimulere det friske og dermed bidra til en gjenvinning av funksjonsevne og helse (Mæhland 2005). Å utvide definisjonen av kulturbegrepet til også å inkluderer fysisk aktivitet, har ført til at en måler helse på flere måter, og at en fokuserer mer på subjektiv opplevelse av helse. Et treårig samarbeidsprosjekt i regi av Sosial og helsedepartementet og Norsk kulturråd i perioden 1996 – 1999 ga nyttige erfaringer i hvordan helsetjenesten og kulturlivet kan finne fram til nye kulturtilbud til kronisk syke og funksjonshemmede. En erfaring var at sammenhengen mellom kultur og helse ofte går gjennom sosial deltakelse, ved at kulturtilbudene blir en sosial møteplass som reduserer isolasjon og ensomhet. Kulturopplevelsen i seg selv oppleves somdirekte helsebringende av brukerne(Mæhland 2005). Ytterligere globale livskvalitetsmål har fokusert på generell fornøydhet (life satisfaction) og lykkefølelse (Rejeski og Mihalko 2001). De tradisjonelle medisinske tilnærmingene i forbindelse med fysisk aktivitet har vært ulike indikatorer i fysisk, mental og sosial helse. En har også målt effekt av fysisk aktivitet som helserelatert livskvalitet (White et. al 2009). En forskningstradisjon ser på livskvalitet som psykisk velvære, og at livskvalitet handler om at en er tilfreds på områder i livet som er viktige (Næss 2001).

Antonovsky (1996) pekte på at mennesket har det han betegnet som ”Generelle motstandsressurser” (Antonowski 1996). Dette er biologiske, materielle og psykososiale faktorer som kan hjelpe det enkelte menneske til å oppleve livet som stabilt og strukturert. Slike faktorer

kan være kunnskap, sosial støtte, selvbilde, materiell levestandard osv. Denne evnen, eller mer generelt de forutsetninger mennesket har til å håndtere utfordringer og stress, er de faktorene Antonovsky (1996) kaller følelse av sammenheng, mestring og bemyndigelse. Opplevelsen av sammenheng (OAS), er kjernen i svaret på det salutogene spørsmålet (Sjøbu 2012). OAS består av gjentatte livserfaringer som hjelper mennesket til å se livet som forståelig, håndterbart og meningsfullt. Mestring i et individuelt perspektiv legger vekt på den enkeltes ressurser, egenskaper og motstandskraft. I et systemperspektiv handler mestring om de ressurser som finnes og skapes i samspillet med omverdenen. Tilhørighet og kompetanse legger grunnlag for individets oppfatning av sitt egenverd og selvbilde, og ved det kunne fungere aktivt i samfunnslivet. Deltakelse i Frisklivssentralen har som mål å styrke nettopp dette. Målet for livskvalitet må være et liv som er forståelig, håndterbart og meningsfullt for den enkelte. En beskrivelse av mennesket også som åndsvesen, innebærer at mennesket har meningssøkende og meningsskapende evner (Frankl 1966). Mennesket trenger å utfordres og har evner til personlig initiativ. Dette er i overensstemmelse med Antonovskys (1996) teori om dannelse av OAS. For å oppnå god håndterbarhet og innsikt i muligheter og ressurser hos seg selv, har deltakelsen i frisklivssentralen gitt brukerne kunnskap om egne mestringsstrategier. Utvidet kunnskap om riktige levevaner gjør intervensjonen meningsfull, og forståelsen av hvordan brukeren selv kan gjøre noe med egen livssituasjon gir brukeren makten over eget liv tilbake. For å oppnå en samlet god OAS, er brukeren avhengig av gode støttespillere. En trenger langvarig støtte, som innebærer kontinuitet og trygghet, både fra andre deltakere i frisklivs-sentralen, instruktørene og ikke minst egen familie eller annet nettverk.

Det andre forskningsspørsmålet i undersøkelsens problemstilling sier «Hva uttaler respondentene om sin opplevde livskvalitet før og etter deltakelsen i Frisklivssentralen». I undersøkelsen bes respondentene å beskrive sin livskvalitet før deltakelse i Frisklivssentralen og i dag. Spørsmålet ble utformet som rangordnet, med svaralternativer «svært lite tilfreds», «lite tilfreds», «nøytral», «tilfreds» og «svært tilfreds».

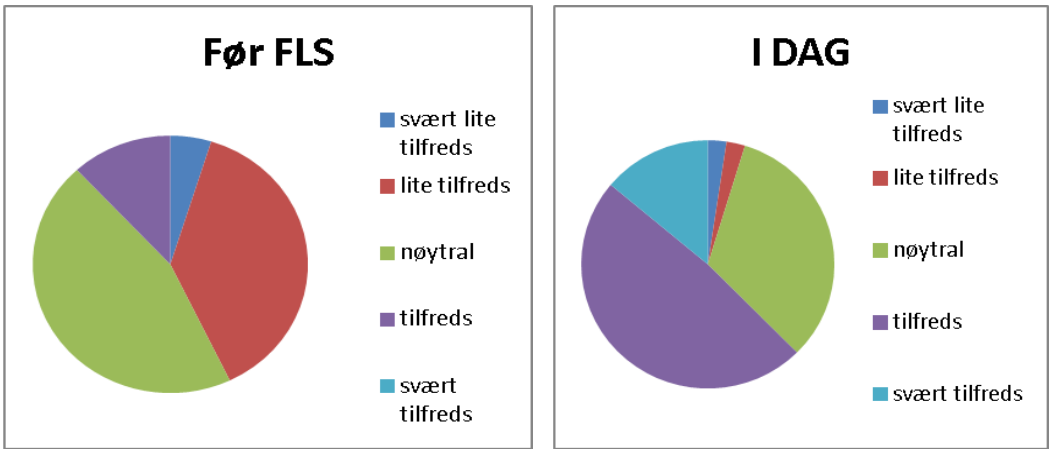


Fig 5.14 Beskrevet livskvalitet for kvinner og menn samlet, «før deltakelsen i FLS» og «i dag»

I fig 5.14 ser vi i diagrammet «Før FLS» et stort felt for « lite tilfreds» og et lite felt for «svært lite tilfreds». Det store grønne feltet er «nøytral», det lilla feltet er «tilfreds». Ingen beskrev sin livskvalitet før FLS som «svært tilfreds». I diagrammet «i dag» ser vi beskrivelse for livskvalitet i dag. Beskrivelsen for «svært lite tilfreds» og «lite tilfreds» er veldig små, mens de tre feltene for «nøytral», «tilfreds» og «svært tilfreds» dekker nesten hele sirkelen. Dette viser en signifikant forbedring i opplevd livskvalitet hos respondentene.

Deltakerne oppgir, samlet for begge kjønn, en endring i egenopplevd livskvalitet for verdiene «tilfreds» og «svært tilfreds» fra 11,6 % før deltakelse i frisklivssentralen til 61,3 % i dag. 63,7 % av deltakerne oppgir «stor endring» og «noe endring» i levevaner etter deltakelsen i frisklivssentralen. To kommentarer fra deltakerne sier «Flott opplegg og oppfølging» og «Føler med 20 år yngre» Den reelle endringen i levevaner hos respondentene, i forhold til fokusområdene, viser positive resultater. Både i forhold til økt innsats i forhold til fysisk aktivitet, bedre kosthold og færre sigaretter per dag. Det oppgis også fornøydhet med endringene. Det spørsmålet som allikevel fikk størst positiv endring hos deltakerne er egenopplevd livskvalitet.

6.0 Oppsummering

Alle respondentene i denne studien har gjennomgått en atferdsendring i et forsøk på varig endring. I kap 3.5 «Atferdsendring», ble den stadiebaserte atferdsendringsmodellen (Prochaska & DiClemente 1984) lagt frem som en modell som også tar for seg tiden etter den konkrete endringen. Modellen er hyppig brukt av fagpersonell og er en god modell som viser til stadiene en person går gjennom i en atferdsendring (Prescott & Børtveit, 2005). Modellen viser at tilbakefall kan forekomme, noe som også blir poengtert er et vanlig utfall ved første forsøk på endring For personer som har hatt en vellykket livsstilsendring vil disse ende opp i vedlikeholdsfasen hvor rutiner er en stor del av prosessen (Barth, Børtveit & Prescott 2001). En må derfor være bevisst på at det også i vedlikeholdsfasen finnes grader og variasjoner. Det er vanskelig, gjennom modellen, å peke på det konkrete stadiet personene som får et tilbakefall er i. Prochaska & DiClemente (1984) uttrykker at personer som får et tilbakefall sjeldent går tilbake til det første stadiet, men ender et sted midt i modellen. I tillegg vil personer lære av sine tidligere erfaringer slik at de kan endre taktikk i kampen mot en varig atferdsendring. Når vi ser på tabellen for «fornøydhet ved endring i kostholdsvaner» beskriver totalt 84,2 % av respondentene at de er enten nøytral, tilfreds eller svært tilfreds med endringen. Flest 34,2 % svarte «tilfreds». For endring i «fysisk aktivitet» svarer 83,8 % av respondentene at de er «nøytral», «tilfreds» eller «svært tilfreds» med endringen, med flest svar på «tilfreds». For spørsmålet om tobakk svarte hele 67,7 % at de er svært tilfreds med endringen. Sett ut fra at 82,1 % opplyste at de ikke røkte før deltakelsen, og 84,6 % ikke røyker i dag, kan det antas at svaret også omfatter de som ikke røkte tidligere. Tallene for fornøydhet samsvarer med hva respondentene svarte på spørsmålet om «I hvilken grad anser du selv å ha fulgt rådene du fikk siden du sluttet i Frisklivssentralen»? Hovedfunnene fra det empiriske materialet, i form av 44 svarskjemaer, gir mulighet for innsikt i endrede levevanene hos tidligere deltakere i Frisklivssentralen. Hovedfunnene er forsøkt inndelt etter fokustemaene. Ser en tilbake på den sosial-økologiske modellen for endring (Contento 2007) i fig 3.2, viser denne tydelig hvordan de ulike lagene interagerer med hverandre i forhold til individuelle, sosiale og strukturelle faktorer, noe som også blir gjeldende her. Respondentene har alle erfaringer og opplevelser rundt fokusområdene. Svarene i felt 17 «Annet» i spørreskjemaet gir oss innsyn i mange positive tilbakemeldinger fra reseptperioden, som kan ha

hatt betydning en varig livsstilsendring, mens noen beskriver seg som lite fornøyd selv om de også beskriver noe endring.

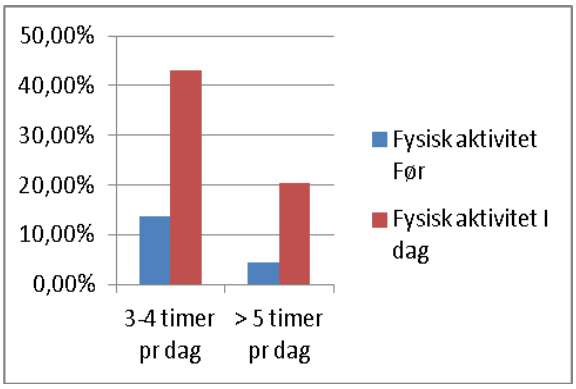
Vi går tilbake til oppgavens problemstilling:

Hvordan har det gått med endring i helse-adferd?

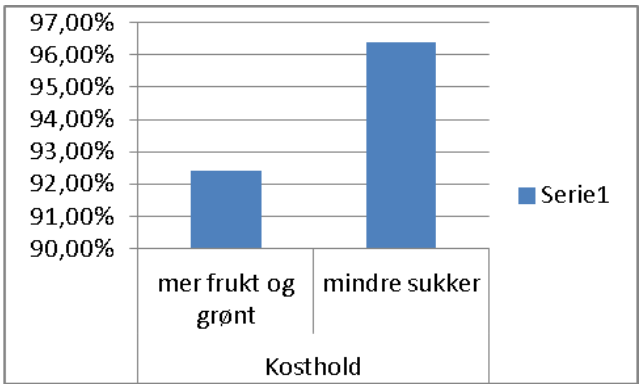
Erfaringer fra tidligere deltakere i Frisklivssentralen».

Med forskningsspørsmålene

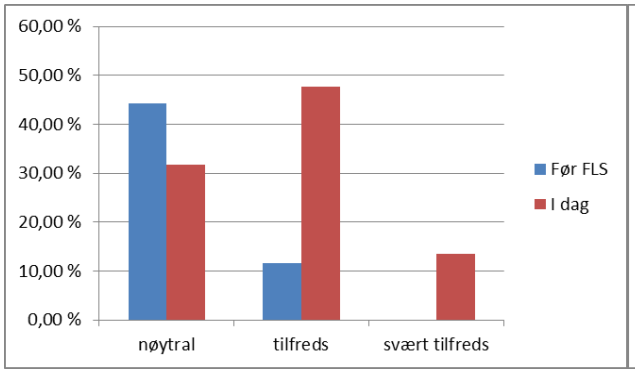
- *Hvordan uttaler respondentene endring i helse-adferd i fokusområdene «Fysisk aktivitet, kosthold, røyk/snus og sosialt nettverk»?*
- *Hvordan uttaler respondentene sin opplevde livskvalitet før og etter deltakelsen i Frisklivssentralen?*



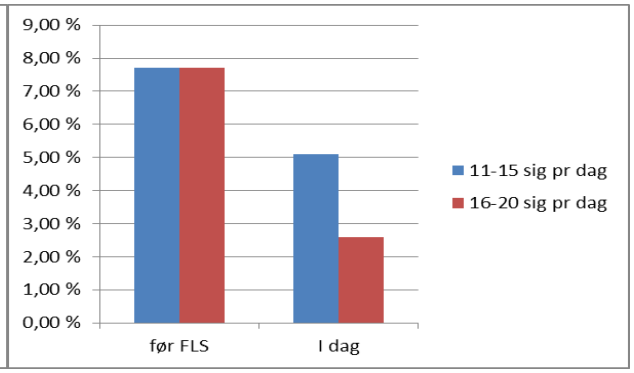
Fysisk aktivitet



Kosthold



Livskvalitet



Tobakk

Fig 6.1: Framstilling av samlet resultat for forskningsspørsmålene i problemstillingen.

Fig 6.1 framstiller resultatene oppgitt av respondentene i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene. Respondentene beskriver en signifikant økning i antall timer fysisk aktivitet per uke. Likeså framstilles signifikant endring i kosthold, med økt inntak av frukt og grønt, og mindre sukker. Selv med så få oppgitte røykere før deltakelse i frisklivssentralen, beskrives redusert bruk av tobakk i dag. Det siste diagrammet viser signifikant forbedring i egenopplevd livskvalitet.

Jeg hadde et ønske om å undersøke hvordan det har gått med deltakerne i etterkant av gjennomført løp med frisklivsresept. Har deltakerne nådd målet om varig endring i helse-adferd? Resultatene i denne undersøkelsen viser at respondentene i stor grad beskriver å ha fulgt rådene som ble gitt i reseptperioden, og er mer fysisk aktive, de røyker mindre og de spiser sunnere (fig 6.1). Mange er fornøy og svært fornøyd med det å ha mestret endring i levevanene, men de viktigste spørsmålene var kanskje spørsmålene om livskvalitet før og i dag. Resultatene viser at respondentene beskriver veldig klare positive endringer i egenopplevd livskvalitet. En definisjon av livskvalitet er psykisk velvære, og det å være tilfreds på områder i livet som er viktige. Disse beskrives som aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde (mestring) og en grunnstemning av glede (Næss 2001, Hjort 1994). Varig mestring av endrede levevaner tar lang tid, ofte ett år eller mer. Reseptordningen skal være en bro mellom behandlende og helsefremmende bruk av virkemiddelene fysisk aktivitet og læring og mestring om temaer som helse, kosthold og røykeslutt (Bahr et. al 2008). Respondentene i denne undersøkelsen har deltatt i frisklivssentralen, i løpet av de siste fire årene. Det ble beskrevet noen dårlige opplevelser, men beskrivelsene av økt antall timer fysisk aktivitet, endring av kosthold, færre røkte sigaretter og kanskje det viktigste – betydelig positiv endring i egenopplevd livskvalitet i dag, bekrefter tidligere forskning som viser at denne type intervensjon forbedrer personers helse og livskvalitet (Bahr et. al 2008).

Årsaksfaktorene til ikke-smittsomme livsstilssykdommer presenteres som komplekse og omfattende, noe som utfordrer arbeidet på feltet. Helseutfordringene preges videre av sosial skjevfordeling I tillegg trekkes de økonomiske konsekvensene dette har for samfunnet frem, og prioritering av forebyggende og helsefremmende arbeid, samt tverrfaglig og tverrsektoriell

innsats fremmes som en sentral måte å møte utfordringene på (Lawrence 2007). Det er behov for et bredt folkehelsearbeid på tvers av ulike sektorer for å møte disse utfordringene.

Befolkningsintervensjoner er et nytt felt og det er et krevende arbeidsområde, fordi slike studier kan ha store dimensjoner. Både helsefremmede arbeid og befolkningsintervensjoner har i tillegg visjoner på et sosialt, kulturelt og politisk nivå, og det medfører at intervensjonen blir sammensatt. Studiene involverer befolkningen som helhet, og samtidig sies det at helsefremmende tiltak skal gjøre den enkelte i stand til å ta vare på egen helse (WHO 1986). Dette kan være tiltak i vid forstand, som omfatter aktiviteter og strukturer som influerer på helsen, og det skaper en spennende diskusjon om vesentlige dilemmaer i forhold til prioriteringer og dimensjonering av tilbud, og infrastruktur knyttet til helse og fysisk aktivitet (Bukholm 2010). Etter hvert som synet på helse og folkehelsearbeid har utviklet seg, har en generell styrking av lokalsamfunnet blitt et viktig tema innenfor helsefremmende teori. I forbindelse med dette er det tverrsektorielle samarbeidet blitt mer fremtredende, og dette har blitt en stor utfordring ved alle typer befolkningsintervensjoner (Wagemakers et.al 2010). Det har samtidig vært gjort lite forskning for å synliggjøre hva tverrsektorielt samarbeid handler om (Daugbjerg et.al 2009). Noen studier går bredt ut og involverer flere 100 000 innbyggere, og andre studier er konstruert i mindre format. Mosjon på Romsås omfattet cirka 6000 innbyggere i to bydeler i Oslo (MoRo 2005). Det kan være vanskelig å vurdere eksakt hvor mange som blir berørt av tiltakene intervensjonen har fokusert på, og dette skaper noen vesentlige dilemmaer når man skal evaluere.

Fokus på miljøfaktorer fremmer en generelt økt tilgjengelighet, og implisitt kan man fremme positiv helse-adferd uten at en legger vekt på helsefremmende informasjonsarbeid eller måtte framtre formanende. Dette innebærer en forståelse av at systemer har potensial til å skape ulik helse-adferd, og at denne innsikten er viktig for å forklare sosial ulikhet i helse. Fokus på miljøfaktorer betraktes som samfunnets investeringer i helse (WHO 1986). Fokus på miljøfaktorer innenfor den sosial-økologisk modellen (fig 3.2), kan derfor handle om både kjente og ukjente faktorer. Set trengs mer implementeringsforskning for å omsette kunnskap om fysisk aktivitet til å fremme aktivitet for hele befolkningen. Videre, når en snakker om folkehelse og fysisk aktivitet, innebærer det et mangfold av arenaer og aktiviteter som man i dag ikke har oversikt over. Når fysisk aktivitet defineres som en kulturaktivitet, vil innhold, oppfatninger og historie være avgjørende for hvordan folk tenker og handler (Gjernes 2004). MoRo

undersøkelsen hadde som hovedmål å fremme lystbetont fysisk aktivitet. Designet var en kombinasjon av befolkningsintervensjon og intervensjon med tanke på risikofaktorer for sykdom og risikogrupper. Befolkningsintervensjoner kritiseres for svake evalueringsmetoder, og når det gjelder fysisk aktivitet så er det et kjent metodeproblem i å måle reelt. Randomiserte kontrollerte studier ansees som gullstandarden, men det er en debatt om dette er like relevant i forhold til helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid (Green & Tones 2010). Aktivitetsnivå er ikke det eneste men det er et vesentlig effektmål. Det vanligste har vært er å registrere deltakelse på en spesifikk arena en kort tid og mens intervensjon foregår. I et folkehelseperspektiv er en imidlertid mer opptatt av totalt aktivitetsnivå eller total hverdagsaktivitet over lang tid. En har mulighet til å fremme kunnskap om positiv helseatferd uten å måtte fremtre formanende. Dette innebærer en forståelse av at systemer har potensial til å skape ulik helseatferd, og at denne innsikten er viktig for å forklare sosial ulikhet i helse. Fokus på miljøfaktorer betraktes som samfunnets investeringer i helse. Det mest åpenbare med tanke på fysisk aktivitet er tilrettelegging av gang- og sykkelstier, men ”infrastruktur” for å øke aktivitetsnivået handler om mer enn dette (Green og Tones 2010, WHO 1986 og 1981).

Et bærekraftig folkehelsearbeid må bygge på et vitenskapelig fundament. Regjeringen har som mål å gjøre folkehelsearbeidet mer kunnskapsbasert. En sterkere faglig forankring av folkehelsearbeidet skal bidra til bedre resultater og mer effektiv ressursbruk (Meld St.34 2013). Trening på resept har vært i bruk de siste ti årene og er i dag et av tilbudene ved de fleste frisklivssentraler. Tilbudene i frisklivssentralene er etter hvert blitt utvidet utover fysisk aktivitet, og omfatter alle fokusområdene i denne undersøkelsen. I tillegg er forbruk av alkohol et nytt tema som nå skal inkluderes i frisklivssentralene. Dette har ikke vært tema i denne undersøkelsen. Hva kan så denne undersøkelsen bidra med innen det helsefremmende forskningsfeltet? Problemstillingen spør om hvordan det har gått med endring i levevanene til personer som har deltatt med frisklivsresept, i løpet av de siste fire årene. Funnene i undersøkelsen viser varige positive, endringer gjennom de fire årene, innen fokusområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. I tillegg oppgir deltakerne den høyeste varige positive endring i egenopplevd livskvalitet. Et menneskes livskvalitet er mer enn summen av de positive resultatene for fokusområdene. Deltakelsen i frisklivssentralen gir bedre fysisk-, psykisk- og sosial helse.

7.0 Konklusjon

I mai 2012 vedtok Verdens Helseforsamling (WHA) målet om å redusere for tidlig død av hjerte-kar-sykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft (NCD-sykdommene) med 25 % innen 2025 (NCD 2013). På verdensbasis er disse sykdommene årsak til to tredeler av alle dødsfall, og til hvert fjerde dødsfall blant dem under 60 år. Verdens helseorganisasjon (WHO) har identifisert 4 overordnede indikatorer og mål for å lykkes med dette. Forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 prosent, tobakksforbruket skal reduseres med 30 prosent. Saltinntaket skal reduseres med 30 prosent og andelen som er fysisk inaktive skal reduseres med 10 prosent (WHO 2012). Norge er en betydelig pådriver i dette arbeidet, og stiller seg bak den globale målsettingen (NCD 2013). Det knytter seg store samfunnsmessige utgifter til livsstilrelaterte sykdommer. Kostnadene omfatter blant annet direkte utgifter i helsetjenesten, men også kostnader i forbindelse med sykefravær, trygdeutgifter og velferdstap. For alkohol kommer i tillegg utgifter knyttet til ytterligere velferdstap, ulykker og kriminalitet. Forebygging av uheldige levevaner vil ikke bare gi gevinst i form av flere leveår, men desto viktigere å gi bedre helse de årene vi lever. Ut fra danske beregninger vil en 25 år gammel storrøyker tape mer enn ti gode leveår (tap av forventet levetid uten langvarig belastende sykdom), sammenlignet med en som aldri har røyket. Fysisk inaktive taper åtte til ti gode leveår i forhold til fysisk aktive (Meld St. 34 2013). Det er derfor både sterke samfunnsøkonomiske grunner, og sterke individrelaterte grunner for å bidra til å bekjempe livsstilssykdommene. Bedre helse og livskvalitet hos enkeltindivider og reduserte utgifter til behandling viser nødvendigheten av å ha sterkt fokus på dette arbeidet. Frisklivssentralen er en god bidragsyter med rådgivere som er høgskoleutdannet og innehar kompetanse innen alle helseatferds-områdene. Samarbeid med andre kommunale tjenester som blant andre NAV er viktig i dette arbeidet.

Erfaring har vist at det er en stor utfordring å integrere helsefremmende arbeid i lokale autoritetsstrukturer, og i norsk sammenheng da først og fremst kommunene (Fosse 1999). Samtidig er det en sentral påstand innen helsefremmende arbeid, at lokalsamfunnet er den ideelle arena for helsefremmende handling. Den viktigste grunnen til dette, er at det lokale sosiale og fysiske miljøet er det som har størst innvirkning på livskvaliteten til hver enkelt.

Helsefremmende arbeid har hele befolkningen som målgruppe. I velferdsstatlig sammenheng er derfor målgruppen både brukere av tjenester som produseres, og ansatte i velferdsstatens organisasjoner (Hauge og Mittelmark 2006). St. meld nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, peker på at helsetjenesten gjør for liten innsats for å forebygge sykdom og igangsette tidlig intervensjon. Helsesektoren har en unik mulighet til å identifisere og følge opp risikoindivider og – grupper. I Norge, i dag, er 4 av 5 voksne mennesker ikke tilstrekkelig fysisk aktive til å oppnå vesentlige helseeffekter. De fleste spiser for lite frukt og grønnsaker og for mye sukker og mettet fett. 16 % av den voksne befolkningen røyker daglig. Etablerte tilbud benyttes i stor grad av personer med høyere utdanning og inntekt. For eksempel benyttes tilbud for fysisk aktivitet i hovedsak av personer som allerede er fysisk aktive. Det er behov for kunnskapsbaserte tiltak rettet mot personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre sin helse-adferd (Helsedirektoratet 2013).

Helsefremmende arbeid må starte med å lytte og lære gjennom kontakt med befolkningen/ brukerne. Evne til kommunikasjon, samarbeid og forhandling blir viktig i dette arbeidet. Innen den helsefremmende ideologien er det å arbeide for en helsefremmende politikk vektlagt som kanskje den viktigste strategien. Det at skillet mellom fag og politikk delvis viskes ut, reiser spørsmål om legitimitet og samfunnsroller. Selv om det er de politiske vedtakene som gjerne får størst oppmerksomhet, er gjennomføringen av politiske beslutninger viktigst for resultatet av politikken (Mæland, 2005). Fugelli & Ingstad (2009 s.60) reflekterer rundt dimensjonen «helse som objektivt målbart fenomen» vs. «helse som subjektiv opplevelse», gjennom å nevne at teoretikere på den ene siden sitter og utformer såkalte universelle helsedefinisjoner, og at det er av betydning å undersøke om også folkets meninger og forestillinger om helse blir tatt høyde for i denne prosessen. Fugelli hevder videre at «medisinen bekjenner seg til et glansbilde av helse som krever fravær av sykdom og risiko, nærvær av funksjon og velvære» (Fugelli, 2010 s.171) og at menneskene er gjort til tilskuere i den norske folkehelsetradisjonen fordi helsen deres er «objektivert av de medisinske ekspertsystemene». Han mener at helseidealet på bakgrunn av dette blir uoppnåelig for folk flest, og at det eksisterer et behov for å flytte helsen tilbake til folket gjennom en realitetsorientering av helsebegrepet. Dette påpeker han bør innebære en erkjennelse av at helse også rommer feil, sykdom og fare.

Frisklivssentralen har som mål å bidra til å styrke personers mestring av egen helse. Sentralen skal være et kontaktpunkt og en ressurs innen endring av helseatferd. Denne oppgaven har sett på i hvilken grad frisklivssentralen lykkes med dette. Med fokus på hva som skaper helse, ser vi at de tidligere deltakerne i frisklivssentralen oppgir at de nå har endret sine levevaner i forhold til fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk. De oppgir også å ha en markant bedre egenopplevd livskvalitet. De har klart å gjennomføre en endringsprosess, og har beholdt endringen over tid. Deltakerne har klart å ta tak i egne liv. De er blitt bemyndiget og mestrer sine liv. Dette er viktige faktorer når det kommer til forebyggelse og kontroll av de kroniske, ikke-smittsomme, sykdommene. Resultatene viser at deltakerne har en positiv endring i sine levevaner i forhold til alle fokusområdene undersøkelsen omfattet. Funnene i oppgaven viser at frisklivssentralen kan fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. Veilederen for kommunale frisklivssentraler viser til flere forskningsarbeid og undersøkelser med fokus på fysisk aktivitet, kostholdsendring og røykeslutt som er sammenfallende med resultatene i denne undersøkelsen (IS-1896 2011). Gjennomføring av intervensjon med frisklivsresept gir bedret fysisk form, redusert vekt og økt selvopplevd helse. Det kan også ses sammenheng mellom forbedring i helseatferd i forhold til fokusområdene, og de beskrivelsene respondentene gir i sine kommentarer til undersøkelsen. Flere av deltakerne har skrevet: «Føler meg 20 år yngre etter frisklivssentralen», « Mer bevisst signalene fra kroppen» og «Kunne mye kosthold fra før men sosialt har det betydd mye».

Allikevel er det store variasjoner innad i befolkningen. Forskning med utspring fra ulike fagdisipliner som samfunnsøkonomi, sosiologi og epidemiologi er tydelige på at det eksisterer tydelige og veldokumenterte sosiale helseforskjeller – både i Norge og i andre land. Det er beviselig en sammenheng mellom personers sosioøkonomiske status, enten man måler etter inntekt, utdanning eller yrke, og deres helse. Denne sammenhengen er ikke lik over alt, og heller ikke over tid. Til tross for at sosial ulikhet i helse er godt dokumentert, er det behov for ny og bedre kunnskap (Folkehelseinstituttet 2007). Det ville være verdifullt å gå grundigere inn i flere variabler enn de jeg har inkludert i denne undersøkelsen. Viktige områder som påvirker folks helse og livskvalitet, og derfor vil være interessant å inkludere i en undersøkelse, omfatter sosioøkonomiske forhold og utdanning. Fokusområdene som WHO beskriver i sitt arbeid for å bekjempe den globale utfordringen, er helt sammenfallende med fokusområdene og tiltakene i

frisklivssentralen. Lærings- og mestringsperspektivet i alle tiltakene i frisklivssentralen er nødvendige, og det er stort potensial for å videreutvikle og styrke befolkningens egenmestring for å møte framtidas utfordringer. Helsedirektoratet (IS-1896 2011) påpeker at det er stort behov for dokumentasjon av langtidseffekter av tiltak for endring av helseatferd. Det oppfordres derfor til å utføre forskningsbaserte evalueringer som kan vurdere effekter av frisklivstilbud over lengre tid. Effektresultat kan sammenstilles med oversikter over omfang og kostnader av frisklivstilbudene, og dermed bidra til analyser av kostnad og nytte (IS-1896 2011).

Frisklivssentralene er forankret i kommunehelsetjenesten, og har tett samarbeid med andre aktører i kommunen, frivillige organisasjoner, private aktører samt tjenester i andre sektorer og andre nivåer. Frisklivssentralen kan fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. Med Folkehelseloven og Samhandlingsreformen (St. meld 47 2008-2009) har kommunene fått et mer helhetlig ansvar for helse som gir mulighet og ansvar til å se helse i sammenheng med kommunens brede sett av virkemidler. Folkehelseloven ble innrettet slik at den støtter opp under de kommunalpolitiske prinsipper. Den gir kommunen både stort ansvar og stort handlingsrom til å se folkehelsearbeidet i sammenheng med kommunenes lokale utviklingsarbeid og innovasjon, basert på de ulike kommunenes behov og forutsetninger(Meld St. 34 2013).

8.0 Litteraturliste

Aamodt, Laila Granli (2005) *Familien mellom mange hjelpere* Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS,

Antonovsky, A., & A. Sjøbu (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Antonovsky, A (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International,* 11(1) s.11-18 Oxford University Press 1996.

Askheim O.P (2003) *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Bahr, R., Larsen, B.-I., Karlsson, J., & Henriksson, J. (2008). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet* Helsedirektoratet

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Barth,T, T. Børtveit & P. Prescott (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bech-Jørgensen (1999) I: Aamodt, Laila Granli (2005) *Familien mellom mange hjelpere* Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Bourdieu (1996b) I: Aakvaag, Gunnar C (2008) *Moderne sosiologisk teori.* Abstrakt forlag

Bourdieu & Wacquant (1993) I: Aamodt (2005) *Familien mellom mange hjelpere* Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Bourdieu (1999) I: Aamodt, L (2005 s.10) *Familien mellom mange hjelpere* Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Bourdieu, P.(2000): *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Brandstad, A (2003) *Fra monolog til dialog* I: Hauge, Hans A og Maurice Mittelmark, *Helsefremmende arbeid i en brytningstid* Fagbokforlaget 2006.

Bringedal, B. & O. G. Aasland, (2006). Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 126, 1036-1038.*

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

Kvale og Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal Norsk Forlag

Bukholm, Geir (2010). *Helse i utvikling*. www.kunnskapssenteret.no

Contento, I. R. (2007). *Nutrition Education, linking research ,theory and practice*. Undbury: John and Bartlett Publishers.

Cooley (1902) I: Underlid, Kjell (2006) *fattigdommens psykologi* s.67 og 173, Det norske samlaget.

Dalen, B (2010) *Sosial støtte i Endringsprosesser* Psykologisk institutt, Masteroppgave Universitetet i Oslo

Daugbjerg Signe B., Kahlmeier Sonja, Racioppi Francesca, Martin-Diener Eva, Martin Brian, Oja Pekka and Bull Fiona (2009). Promotion of Physical Activity in the European Region:Content Analysis of 27 National Policy Documents. *Journal of PhysicalActivity and Health, 2009, 6, 805 – 817*

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (St.meld. nr. 20, 2006-2007).

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen - rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009).

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Meld.St. 16 (2011 – 2015).

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet *Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader*(2013-2017)

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement) *Folkehelsemeldingen* (Meld St.34 (2012 - 2013)

Departementene (2007*) Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) Oppskrift for et sunnere kosthold. Oslo:* Departementene

Dulsrud, A. & Jacobsen, E. (2009). *Valgarkitekturens politiske økonomi: om «choice editing» og den frie viljen. I: Asdal K & E. Jacobsen (Red.), Forbrukerens ansvar (s. 277-297)* Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Ello-Martin, J. A., Ledikwe, J. H., & Rolls, B. J. (2005). The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *The American Journal of Clinical Nutrition, 82* (2005 s.236-241)

Elvbakken, K. T og Dag Stenvoll (2008). *Reisen til Helseland, propaganda i folkehelsens tjeneste* Fagbokforlaget Bergen

Frankl, V (1966) *Kjempende livstro* Gyldendals fakkel-bøker

Freire, P (1999) *De undertryktes pedagogikk* Gyldendahl Norsk Forlag

Fosse, E (1999) I: Hauge, Hans A og Maurice Mittelmark, *Helsefremmende arbeid i en brytningstid* Fagbokforlaget 2006

Fugelli, Per (2010) *Nokpunktet – essays om helse og livskvalitet* Oslo: Universitetsforlaget

Fugelli, P. & B. Ingstad (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fyrand, L (2005). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gjernes, Trude (2004). *Helsemodeller og forebyggende helsearbeid*. Sosiologisk tidsskrift 2004 nr. 2 s 143 – 165

«*Gradientutfordringen*» IS 1229, 2005 I: Sosial- og helsedirektoratet IS-1305

Green J. & K. Tones (2010) *Health Promotion* SAGE Publications Ltd, London

Helgerud, J & G Eithun (2009). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune Hokksund rehabiliteringssenter*, NTNU.

Helsedirektoratet IS-1896 *(2013) Veileder for kommunale frisklivssentraler Etablering og organisering.*

Helsedirektoratet IS-1011 (2000) *Fysisk aktivitet og Helse*

Helsedirektoratet (2005-2009) *Handlingsplan for fysisk aktivitet*

Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle.*

Helsedirektoratet. (2010a). *Anbefalinger for fysisk aktivitet*.

Helsedirektoratet (2010b*). Sosial kapital – teorier og perspektiver Oslo*

Helsedepartementet (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld. nr. 16 2002-2003).

Hjort, Peter (1994). *Helse for alle. Foredrag og artikler 1974-93*

Utredningsrapport nr U 1 – 1994 *"The new public health" Sykdom, helse og forebyggende arbeid.* Avdeling for samfunnsmedisin. Seksjon for helsetjenesteforskning.

Jacobsen, Dag Ingvar (2010), *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene.* Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Jenum AK. og KI. Birkeland (2003). 'Mosjon på Romsås' (MoRo) – et helsefremmende intervensjonsprosjekt for å fremme fysisk aktivitet i et multi-etnisk lokalsamfunn i Oslo øst. *Norsk Epidemiologi 2003; 13 (1): s.55-63*

Kallings, L.V., M. Leijon (2010). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på resept* (FaR). Stockholm: Statens folkhalsoinstitut; 2003. Rapport 2005;53 *Fysisk aktivitet på recept iNorden - erfarenheter och rekommendationer*. Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet I: Aktivitetshåndboken, Helsedirektoratet (2008).

Lawrence (2007) I: Mæland, John Gunnar (2005) *Forebyggende helsearbeid* Universitetsforlaget

Mackenbach m.fl. (2004) I: Sosial- og Helsedirektoratet IS-1305 *sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger* s.14

Mathisen, Tomas (1992) *Det uferdige* Pax forlag

Matthiessen, J., Fagt, S., Biltoft-Jensen, A., Beckand, A. M., & Ovesen, L. (2002). Size Makes a Difference. *Public Health Nutrition, 6*(1), 65-72

Mæland, John Gunnar (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* Universitetsforlaget

Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader (2013 -2016) *En framtid uten tobakk.* Helsedirektoratet

NCD-strategi (2013 – 2017) *For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommen, diabetes, kols og kreft*. Helse- og Omsorgsdepartementet

Norges offentlige utredninger (NOU) 1998:18 *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet Statens trykning Oslo 1998.

Nyeng, Frode (2012) *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori* Fagbokforlaget.

Næss Siri (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 16, 2001; 121: 1940 – 4*

Odelstings proposisjon nr. 73 (Ot.prp 2008-2009). *Om lov om fylkeskommuners oppgaver i*

Folkehelsearbeidet

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

Prescott, P., & Børtveit, T. (2005). *Sundhed og ændring af adfærd*. Danmark: Dansk Psykologisk forlag.

Prochaska, J.O & CC DiClemente (1984). I: John Gunnar Mæland *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* 2. utgave Universitetsforlaget 2005

Putnam, R (1993) I: Hauge og Mittelmark (1996) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid* Fagbokforlaget 2006

Rapport 2007:1 *Sosial ulikhet i helse, En faktarapport* Redaktører: Øyvind Næss, Marit Rognerud, Bjørn Heine Strand, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Rejeski W. Jack and Mihalko Shannon L. (2001). Physical Activity and Quality of Life in *Older Adults. Journal of Gerontology 2001. Vol. 56A (suppl 2)s. 23-35.*

Ritchie m.fl., 2010; Lund, 2008; Pedersen, 2008; Stuber m.fl., 2008) I: Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader (2013 -2016) *En framtid uten tobakk.* Helsedirektoratet

Ringdal, Kirsten *«Enhet og Mangfold»* 3. utgave Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2013

Starring 2009 I: Rønning Rolf og Bengt Starrin (2009) *Sosial kapital i et velferdsperspektiv,* Gyldendal Norsk Forlag AS

Stang (2002) ”Bemyndigelse” I: Hauge, Hans A og Maurice Mittelmark, *Helsefremmende arbeid i en brytningstid* Fagbokforlaget 2006 s. 143 og 148

Statistisk sentralbyrå SSB (2012) *Kommunebarometeret*

Stjernø (1985) I: Underlid, Kjell (2006) *fattigdommens psykologi* s.229, Det norske samlaget

Thornquist Eline (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* Fagbokforlaget

Tones (1992), I: Hauge og Mittelmark (2006*) Helsefremmende arbeid i en brytningstid* s.174

Underlid, Kjell (2006) *fattigdommens psykologi* s.67 og 173, Det norske samlaget

Vallgårda (2001) I:Elvbakken og Stenvoll 2008) *Reisen til Helseland, propaganda i folkehelsens tjeneste* Fagbokforlaget Bergen

Vallgårda, & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* København: Munksgaard Danmark

Wagemakers Annemarie, Vaandragera, Lenneke, Koelen Maria A., Saan Hans and Leeuwis Cees. (2010). Community health promotion: A framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and Program PlanningVolume 33, Issue 4, November 2010, Pages 428-435.*

White Siobhan M, Wójcicki Thomas R and McAuley Edward (2009). *Physical activity and quality of life in community dwelling older adults.* Health and Quality of Life, Outcomes *2009, 7:10*

WHO (1986) I:Mittelmatk og Hauge *Helsefremmende arbeid i en brytningstid (*2003 s.41).

Whitehead og Dahlgren (1991) I: Sosial- og Helsedirektoratet IS-1305 *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger* s. 14.

Wilkinson R (1992) I: Rønning B & B. Starrin (2009) *Sosial kapital i et velferdsperspektiv* Gyldendal Norsk Forlag AS

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for health promotion: an International *Conference on Health promotion, the move toward a new public health. 17 – 21*November, World Health Organization, Ottawa, Geneva, Canada

World Health Organization (2013-2020) *Global Action Plan for the prevention and Control of Noncommunicable chronic deseases (NCD)*

World Health Organization Europe 2012 – 2016 *Action Plan for implementation of the European strategi for the prevention and control of Noncommunicable diseases*

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1. Spørreskjema

Undersøkelse om erfaringer med Frisklivssentralen.

Vi vil gjerne vite hvilke erfaringer du har hatt i møte med Frisklivssentralen (tidl. Fysioteket), og hvordan dette har påvirket din hverdag i etterkant av deltakelsen. Målet med denne undersøkelsen er å få kunnskap som kan bidra til å forbedre tilbudet. Undersøkelsen er anonym.

Vennligst snu arket for å besvare spørsmål på begge sider.

---

1) Kjønn:

○ Kvinne ○ Mann

2) Alder:

○ Under 40 år ○ 41 - 50 ○ 51 - 60 ○ 61 - 70 ○ 71 år eller eldre

---

3) Hvilke tilbud benyttet du deg av gjennom Frisklivssentralen?

☐ Motiverende samtaler

☐ Fysisk aktivitet

☐ Kostholdsveiledning

☐ Røyk-/snus-avvenning

☐ sosialt nettverk

4) Opplevde du å få konkrete råd om:

	Ja	Nei
Fysisk aktivitet	○	○
Kostholdsveiledning	○	○
Røyk-/ snusvaner	○	○

5) I hvilken grad anser du selv å ha fulgt rådene du fikk siden du sluttet i Frisklivssentralen

○ I stor grad ○ I noen grad ○ Vet ikke ○ I liten grad ○ I ingen grad

6) Hvordan vil du vurdere din endring i disse vanene siden du startet i Frisklivssentralen?

Stor endring Noe endring Vet ikke Lite endring Ingen endring

---

7) Hvor mange timer brukte du på fysisk aktivitet pr uke før Frisklivssentralen?

Mindre enn 1time 1 - 2 timer 3 - 4 timer 5 timer eller mer

8) Hvor mange timer bruker du på fysisk aktivitet pr uke i dag?

Mindre enn 1 time 1 - 2 timer 3 - 4 timer 5 timer eller mer

9) Hvor fornøyd er du med denne endringen?

---

10) Spiser du nå- sammenlignet med før Frisklivssentralen- mer/flere eller mindre/færre av:

	Mer/flere	Mindre/færre
Frukt og grønt		
Sukker(rent sukker, sjokolade, annet godteri)		
Mindre porsjoner fordelt over flere små måltider		

11) Hvor fornøyd er du med denne endringen?

12) Hvor mye røkte-/snuste du pr dag før Frisklivssentralen?

0 1 - 5 6 - 10 pr dag 11-15 pr dag 16-20 pr dag 21 eller mer

13) Hvor mye røyker du/snuser du i dag?

0 1 - 5 6-10 pr dag 11-15 pr dag 16-20 pr dag 21 eller mer

14) Hvor fornøyd er du med denne endringen?

15) Hvordan vil du beskrive din livskvalitet før deltakelsen i Frisklivssentralen?

16) Hvordan vil du beskrive din livskvalitet i dag?

17) Annet:

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Cathinka Lerstad
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Høgskolen i Gjøvik
Postboks 191
2802 GJØVIK

Vår dato: 22.03.2013 Vår ref:33781 / 3 / LT Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.03.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33781	*Hvordan gikk det med endring i helseadferd - erfatinger fra tidligere deltakere i Frisklivssentralen*
Behandlingsansvarlig	*Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig	*Cathinka Lerstad*
Student	*Aud Inger Ystgaard*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

for Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Aud Inger Ystgaard, Sagastien 28, 2817 GJØVIK

Avdelingskontorer / *District Offices:*
OSLO: NSD. Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD. SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no