

Maren Aasheim

# Motivasjon for livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral

Masteroppgave i Helsevitenskap

Veileder: Ola Bratås

Juni 2019



Maren Aasheim

# Motivasjon for livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral

Masteroppgave i Helsevitenskap  
Veileder: Ola Bratås  
Juni 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Dagens samfunn står overfor et betydelig folkehelseproblem med utvikling av sykdommer som er knyttet til fysisk inaktivitet, usunt kosthold og tobakksbruk. Frisklivssentraler kan være et bidrag til å løse disse utfordringene. En frisklivssentral skal fremme helse og forebygge sykdom, ved å gi tidlig hjelp til å mestre helseutfordringer og endre levevaner.

**Formål:** Formålet med dette forskningsprosjektet er å få en nærmere forståelse av hva som motiverer til livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Målet er å finne ut hva som motiverer til videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept.

**Metode:** Det er benyttet kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming for å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og opplevelser knyttet til hvilken motivasjon de har for videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept. Det ble gjennomført åtte individuelle intervjuer fra tidligere deltakere av frisklivsresept fra to frisklivssentraler i Sør- Norge. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Malteruds systematisk tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode.

**Resultat:** Studiens funn viser at det er flere mulige motivasjonsfaktorer som bidrar til at deltakerne fortsetter med livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept. Etter avsluttet reseptperiode på frisklivssentralen, fikk deltakerne inspirasjon til å bli mer aktive, fant aktiviteter som var av interesse, samt at aktivitetene hadde gitt en opplevelse av glede. En av hovedgrunnene til at motivasjonen for livsstilsendring vedvarte var at deltakerne hadde fått bedre livskvalitet og helse. Sosial støtte og tilhørighet i forbindelse med livsstilsendring er også en viktig forutsetning for den videre motivasjonen.

**Konklusjon:** Funnene i denne studien har bidratt til en ny forståelse og kunnskap av hva som motiverer til videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Det trengs mer forskning på feltet, både kvalitativ og kvantitativ slik at vi kan få en bedre forståelse av hva som faktisk motiverer til livsstilsendring, og om denne livsstilsendringen er vedvarende.

**Nøkkelord:** Frisklivssentral, livsstilsendring, folkehelse, motivasjon, fysisk aktivitet, salutogenese, empowerment



# Abstract

**Background:** Today's society is facing a significant public health problem with the development of diseases that are related to physical inactivity, unhealthy diet and tobacco use. Healthy Lifestyle Centre (Frisklivssentral) can be a contribution to solve these challenges. A Healthy Lifestyle Centre aims to promote health and prevent disease by providing early help to people to manage their health challenges and changing their lifestyle.

**Purpose:** The purpose of this study is to get a closer understanding of what motivates lifestyle change after completing lifestyle prescription at municipal Healthy Lifestyle Centers. The aim is to find out what motivates to further lifestyle changes after participation of a lifestyle prescription.

**Methods:** A qualitative method has been used with a phenomenological approach to develop knowledge about the informants' experiences related to the motivation they have for further lifestyle change after participation of a lifestyle prescription. Interviews were conducted from eight previous participants of lifestyle prescription from two Healthy Lifestyle Centers in Southern Norway. The interviews were analyzed by using Malterud's systematic text condensation, which is inspired by Giorgi's psychological phenomenological analysis method.

**Results:** The findings of the study show that there are several possible motivational factors that contribute the participants to continuing their lifestyle changes after participation in a lifestyle prescription. After participation in a lifestyle prescription at the Healthy Lifestyle Centre, the participants got inspired to become more active, found activities that were of interest, and the activities provided an experience of joy. One of the main reasons why the motivation for lifestyle change persisted, was because the participants had improved their quality of life and health. Social support and belonging in connection with lifestyle change are also an important prerequisite for further motivation.

**Conclusion:** The findings in this study have contributed to a new understanding and knowledge of what motivates to further lifestyle change after participation in a lifestyle prescription at a Healthy Lifestyle Centre. More research is needed in the field, both qualitatively and quantitatively, so we can get a better understanding of what motivates to lifestyle changes, and whether this lifestyle change is persistent.

**Keywords:** Healthy Lifestyle Centre, lifestyle change, public health, motivation, physical activity, salutogenesis, empowerment





# Forord

Etter fem år med utdanning er dagen for innlevering av masteroppgaven endelig kommet. Arbeidet med denne masteroppgaven i helsevitenskap har vært en interessant, langvarig og tidvis krevende prosess. Gjennom arbeidet med masteroppgaven det siste året har jeg tilegnet meg ny kunnskap om endring av levevaner, livsstilssykdommer, fysisk aktivitet og motivasjon. Dette er kunnskap jeg vil ta med meg videre både privat og i jobbsammenheng. Jeg har også fått innsyn i hvordan en forskningsprosess foregår.

Det er mange som har bidratt til at denne oppgaven har vært mulig å gjennomføre, og som jeg ønsker å takke. Først og fremst vil jeg takke min veileder Ola Bratås for mange positive råd, innspill, støtte og konstruktiv veiledning gjennom hele prosessen.

Videre vil jeg takke de to frisklivssentralene som hjalp meg med rekrutteringen av informanter. Dere har vært svært imøtekommende og jeg setter utrolig stor pris på at dere har tatt dere tid til å rekruttere informanter for meg. Ikke minst vil jeg takke alle mine informanter for at dere stilte opp og brukte deres tid til rådighet til dette forskningsprosjektet.

Jeg vil også rette en takk til mine medstudenter, venner og familie for oppmuntrende støtte og innspill underveis.

02. juni 2019

Maren Aasheim



# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	i
Abstract .....	iii
Forord.....	v
<b>1 Innledning</b> .....	1
1.1 Formål og problemstilling .....	3
1.2 Min for forståelse.....	4
<b>2 Teori</b> .....	5
2.1 Helseutfordringer knyttet til livsstil.....	5
2.1.1 Overvekt, fysisk aktivitet og kosthold.....	6
2.1.2 Sosiale helseforskjeller.....	7
2.2 Folkehelsearbeid .....	8
2.3 Helsefremmende arbeid .....	9
2.3.1 Salutogenese.....	10
2.3.2 Empowerment .....	12
2.3.3 Frisklivssentraler som et helsefremmende tilbud.....	12
2.4 Motivasjon.....	14
2.4.1 Selvbestemmelsesteorien .....	15
<b>3 Metode</b> .....	17
3.1 Kvalitativ forskning .....	17
3.2 Det kvalitative forskningsintervju .....	18
3.3 Utvalg og rekruttering .....	19
3.4 Datainnsamling.....	21
3.5 Transkripsjon .....	22
3.6 Analyser.....	23
3.6.1 Systematisk tekstkondensering .....	23
3.7 Validitet og reliabilitet.....	25
3.8 Forskningsetiske overveielser.....	26
<b>4 Resultat</b> .....	29
4.1 Hjelp til å komme i gang .....	30
4.1.1 Inspirasjon .....	30
4.1.2 Tilpasset trening .....	31
4.1.3 Rutine .....	32

4.2	Samhold .....	32
4.2.1	Trene sammen .....	33
4.2.2	Treningsglede .....	34
4.2.3	Positive tilbakemeldinger .....	34
4.3	Bedre livskvalitet .....	35
4.3.1	Lettere hverdag .....	36
4.3.2	Bedre helse .....	36
4.3.3	Økt livsglede .....	37
4.4	Tilgang til fysisk aktivitet .....	38
4.4.1	Organisert trening .....	38
4.4.2	Trening i nærområdet .....	39
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>41</b>
5.1	Frisklivsresepten som en motiverende arena .....	41
5.2	Tilgjengelige ressurser .....	43
5.2.1	Tilgang på fysisk aktivitet .....	43
5.2.2	Sosial støtte og tilhørighet .....	44
5.3	Opplevelse av helsegevinst .....	46
5.4	Metodiske betraktninger .....	47
5.4.1	Intern validitet .....	47
5.4.2	Ekstern validitet .....	48
5.4.3	Reliabilitet .....	49
5.4.4	Implikasjoner av funnene .....	50
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>53</b>
	<b>Vedlegg</b> .....	<b>57</b>

# 1 Innledning

Dagens samfunn står overfor et betydelig folkehelseproblem med utvikling av sykdommer som er knyttet til livsstil. Sykdommene som dominerer sykdomsbildet er de ikke- smittsomme sykdommene; hjerte- karsykdommer, diabetes, kreft og kols (Folkehelseinstituttet, 2018). De ikke- smittsomme sykdommene medfører direkte og indirekte velferdstap i form av mange gode leveår med god livskvalitet, tap av mange gode år i arbeidslivet, samt store kostnader til behandling i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2010). En nedgang i de ikke- smittsomme sykdommene vil ikke bare ha en helsemessig effekt, men også hjelpe til med en mer bærekraftig utvikling, samt føre til en økonomisk gevinst for samfunnet (Lindström & Eriksson, 2015).

Ser man på årsakene til de ikke- smittsomme sykdommene, er det flere livsstilsfaktorer som er med på å øke sykdomsrisikoen. Faktorer som matvaner, fysisk aktivitet og tobakksbruk er med på å medvirke. Disse faktorene påvirker også forekomsten av overvekt (Folkehelseinstituttet, 2018). Overvekt og fedme er i betydelig vekst i verden i dag. Fedme er dessuten en av de viktigste helseutfordringene verden står ovenfor (Helsedirektoratet, 2011). Ifølge folkehelse rapporten til Folkehelseinstituttet (2018) har cirka 1 av 5 middelaldrende menn og 1 av 4 middelaldrende kvinner fedme i Norge. Som vi ser er fedme et stort helseproblem i befolkningen. For å redusere disse tallene trengs det en drastisk endring i folks levevaner (Folkehelseinstituttet, 2017). Når det kommer til aktivitetsnivået, er det kun 30 % av den voksne befolkningen i landet som oppfyller anbefalingene om minst 150 minutter fysisk aktivitet per uke (Folkehelseinstituttet, 2018). Regelmessig fysisk aktivitet vil føre til at risikoen for utvikling av hjerte- karsykdommer og diabetes type 2 halveres, samt at det vil holde kroppsvekten nede (Helsedirektoratet, 2011).

Med systematisk folkehelsearbeid kan de ikke- smittsomme sykdommene reduseres betraktelig (Helsedirektoratet, 2010). Målet med folkehelsearbeid er å svekke faktorer som medfører helserisiko, styrke faktorer som bidrar til bedre helse, samt redusere sosiale helseforskjeller i befolkningen. Folkehelsearbeid kan gjennomføres på to forskjellige måter. Enten gjennom helsefremming som innebærer å styrke og forbedre befolkningens helse, eller gjennom sykdomsforebygging som innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre

sykdom eller skade. I denne sammenheng vil det bli fokusert på helsefremming. En viktig del av folkehelsearbeidet er å arbeide med å fremme et sunt kosthold, fysisk aktivitet og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2010). Et folkehelseiltak som arbeider med å fremme et sunnere kosthold og fysisk aktivitet er kommunale frisklivssentraler.

En frisklivssentral er et helsefremmende og forebyggende kommunalt helsetilbud, der målet er å fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å mestre helseutfordringer og endre levevaner. Tilbudet er for de som har økt risiko for, er i ferd med å utvikle, eller de som allerede har utviklet sykdom. Frisklivssentralene skal gi kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykesluttkurs gjennom en frisklivsresept til de som ønsker å endre levevaner, bedre helsen eller lære å leve med ulike helseutfordringer i hverdagen. Målet med en frisklivsresept er at brukeren blir i stand til å fortsette med egen aktivitet og opprettholde endringer etter at frisklivsresepten er avsluttet (Helsedirektoratet, 2016b). Hva er det egentlig som setter deltakerne i stand til å fortsette med endringene etter at frisklivsresepten er avsluttet? Og har deltakerne av en frisklivsresept den motivasjonen som skal til for å fortsette med livsstilsendring på egenhånd?

For å fortsette med trening etter en frisklivsresept fant Båtevik, Tønnesen, Barstad, Bergem og Aarflot (2008) at deltakerne benyttet seg mest av treningsstudio, aktiviteter i regi av lag og foreninger utenom idrettslag og treningstilbud som var organisert av kommunen. Også de som var fysisk aktive i etterkant av frisklivsperioden var aktive sammen med andre. Dette fant også studien til Bratland-Sanda, Lislevatn og Lerdal (2014), der det å være fysisk aktive sammen med andre bidro til økt fysisk aktivitet etter frisklivsperioden. De av deltakerne i studien til Båtevik et al. (2008) som ikke klarte å være regelmessig fysisk aktive etter reseptperioden oppga at en av grunnene var mangel på støtte. I studien til Følling, Solbjør og Helvik (2015) kom det frem at nettopp emosjonell støtte er en viktig faktor for å fortsette med sunne livsstilsendringer.

For å lykkes med atferdsendring har motivasjon, opplevelse av mestring og sosial støtte en stor betydning. Motivasjonen kan påvirkes i en positiv retning dersom deltakerne har en positiv opplevelse knyttet til fysisk aktivitet (Espnes & Smedslund, 2009; Prescott & Børtveit, 2004).

## 1.1 Formål og problemstilling

Formålet med dette forskningsprosjektet er å få en nærmere forståelse av hva som motiverer til livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Målet er å finne ut hva som motiverer til videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept. Kommunale frisklivssentraler er forholdsvis et nytt tilbud og det er foreløpig ikke forsket mye på hva som motiverer til endring av livsstil. Resultatene fra studien vil forhåpentligvis bidra til ny kunnskap og forståelse av hva som motiverer til videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved frisklivssentraler. Denne kunnskapen kan være nyttig for de ansatte ved frisklivssentralene og helsemyndighetene og deres videre arbeid med å utvikle tilbudet til frisklivssentraler i landets kommuner.

### **Problemstilling:**

*«Hva motiverer deltakere ved frisklivssentraler til å fortsette med livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept?»*

For å få svar på problemstillingen er det opprettet noen forskningsspørsmål som kan være med på å belyse problemet jeg ønsker å finne ut av.

### **Forskningsspørsmål:**

- På hvilken måte motiverer frisklivsresepten til livsstilsendring hos deltakerne?
- Hvilke ressurser (indre og ytre) tar deltakerne i bruk for å motivere seg til livsstilsendring?
- Hva er det som setter deltakerne i stand til å fortsette med videre livsstilsendring på egenhånd?

## 1.2 Min forforståelse

Som utdannet sykepleier, har jeg jobbet med ulike mennesker og har opparbeidet meg erfaring og kunnskap overfor de helseutfordringene samfunnet står overfor i dag. Valget falt derfor raskt for en master innenfor helsevitenskap, som har fokus på helsefremmede og helseforebyggende arbeid tilknyttet ulike helseutfordringer som overvekt, inaktivitet, usunt kosthold og ikke-smittsomme sykdommer. Jeg ble introdusert for en frisklivssentral for første gang gjennom en eksamen på denne masterutdanningen. Gjennom arbeidet med oppgaven, fattet det min interesse som igjen ble grunnlaget for denne masteroppgavens tema. I undervisningssammenheng fikk jeg også en kort introduksjon til hva en frisklivssentral innebærer og hvilke tjenester en frisklivssentral kan tilby.

Kunnskapen og oppfatningene jeg har rundt dette temaet, vil bidra til å prege min forforståelse i dette forskningsprosjektet. Denne forforståelsen vil også kunne påvirke hvordan studien har blitt formet. Selv med en forforståelse innenfor livsstilsendring, har jeg forsøkt å forholde meg så objektiv som mulig og ikke gjort noen slutninger underveis i fortolkningen.



## 2 Teori

I dette kapitlet vil studiens teoretiske referanseramme bli presentert. I det første underkapitlet vil det bli beskrevet helseutfordringer knyttet til livsstil for å få en oversikt over hvorfor folkehelsearbeidet er så viktig. Deretter kommer det en beskrivelse av hva folkehelsearbeid er for noe, hvor helsefremmende arbeid og sentrale begreper som salutogenese og empowerment trekkes frem. Til slutt i kapitlet vil teori om motivasjon presenteres.

### 2.1 Helseutfordringer knyttet til livsstil

Helsetilstanden i Norges befolkning betraktes som god. Den forventede levealderen i 2017 var 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn. Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden. Sykdommene som preger sykdomsbildet i Norge i dag er de ikke- smittsomme sykdommene; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og kols. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer har blitt redusert betraktelig de siste årene, likevel er denne sykdommen den vanligste dødsårsaken i Norge. Det forventes at forekomsten av diabetes type- 2 vil øke ytterligere da overvekt, fedme og fysisk inaktivitet er økende blant dagens befolkning. Dersom man ser på årsakene til de ikke- smittsomme sykdommene, er det flere livsstilsfaktorer som er med på å øke sykdomsrisikoen. Faktorer som matvaner, fysisk aktivitet og tobakksbruk er med på å medvirke (Folkehelseinstituttet, 2018). Røyking, usunt kosthold og høyt blodtrykk er dessuten de risikofaktorene som fører til flest dødsfall i Norges befolkning (Knudsen et al., 2017).

De ikke- smittsomme sykdommene medfører direkte og indirekte velferdstap i form av mange gode leveår med god livskvalitet, tap av mange gode år i arbeidslivet, samt store kostnader til behandling i helsevesenet. Disse tapene kan reduseres betraktelig med systematisk folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2010). En nedgang i de ikke – smittsomme sykdommene vil ikke bare ha en helsemessig effekt, men også hjelpe til med en mer bærekraftig utvikling, samt føre til en økonomisk effekt for samfunnet (Lindström & Eriksson, 2015). Sykdommer knyttet til overvekt, usunt kosthold og fysisk inaktivitet anslås å ha en samlet samfunnsomkostning på 1-2 % av bruttonasjonalprodukt. Når det kommer til vektrelaterte

helseproblemer, anslås det at disse står for 2-6 % av de totale helsekostnadene i industrialiserte land (Helsedirektoratet, 2011).

### **2.1.1 Overvekt, fysisk aktivitet og kosthold**

Overvekt og fedme er i stor vekst i verden i dag. Fedme er en av de viktigste helseutfordringene verden står overfor (Helsedirektoratet, 2011). Ifølge World Health Organization (WHO) var det totalt 39 % av verdens befolkning over 18 år som var overvektige og 13 % av den voksne befolkningen som hadde fedme i 2016. Den globale forekomsten av fedme nesten tredoblet seg fra 1975 til 2016 (WHO, 2018). I den norske befolkningen øker også forekomsten av overvekt og fedme. For å omtale vektforhold i befolkningen brukes vanligvis målet kroppsmasseindeks (KMI). En KMI på 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup> beregnes som overvekt, og KMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> betegnes fedme (Folkehelseinstituttet, 2017).

Ifølge folkehelse rapporten til Folkehelseinstituttet (2018) har cirka 1 av 5 middelaldrende menn og 1 av 4 middelaldrende kvinner fedme. Fedme gir over tid økt risiko for utvikling av en rekke sykdommer og redusert helse, som for eksempel diabetes type 2, hjerte- karsykdommer og kreft (Folkehelseinstituttet, 2017). Fedme kan også føre til psykiske lidelser som angst, depresjon og ulike selvtillitsproblemer. Personer med fedme kan mistro i egen situasjon, føle seg hjelpeløse og mislykkede fordi de ikke klarer å gjøre noe med egen situasjon (Espnes & Smedslund, 2009).

Høy KMI er blant de viktigste risikofaktorene for død. Som vi ser er fedme et stort helseproblem i befolkningen. For å redusere disse tallene trengs det en drastisk endring i folks levevaner (Folkehelseinstituttet, 2017). Den store økningen av overvekt og fedme de siste årene kommer av endringer i miljø og levevaner. Vi beveger oss mindre nå enn før og har et stort og fristende mattilbud. Dagens befolkning inntar et for høyt matinntak i forhold til det relative aktivitetsnivået som trengs (Espnes & Smedslund, 2009). Energiinntaket må reduseres samtidig som energiforbruket økes. Man må altså endre matvanene og nivået av fysisk aktivitet og mosjon må økes. Før å få dette til må det utvikles både befolkningsrettet og individrettet tiltak (Folkehelseinstituttet, 2017).

Når det kommer til aktivitetsnivået, er det kun 30 % av den voksne befolkningen i Norge som oppfyller anbefalingene om minst 150 minutter fysisk aktivitet per uke (Folkehelseinstituttet, 2018). Den fysiske formen til befolkningen svekkes ved at arbeidslivet krever mindre fysisk innsats, vi bruker stadig mer tid foran TV- skjermen, bilbruken øker, og hverdagsoppgavene automatiseres. Lavt aktivitetsnivå kan forårsake eller medvirke til mange av de ikke-smittsomme sykdommene som har blitt beskrevet tidligere i kapittelet (Mæland, 2010). Regelmessig fysisk aktivitet vil føre til at risikoen for utvikling av hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2 halveres, samt at det vil holde kroppsvekten nede. Fysisk aktivitet bidrar til et mentalt og kroppslig overskudd, motvirker depresjon og styrker selvbildet (Helsedirektoratet, 2011; Mæland, 2010).

Den norske befolkningen har et variert kosthold, men kostholdet inneholder likevel for mye fete, salte og søte matvarer med lav energikvalitet som kan føre til høyt energiinntak og vektøkning. Kostholdet inneholder for lite fisk, grønnsaker, frukt og fullkorn (Folkehelseinstituttet, 2018). Kostholdet vårt skal gi balansert energiinntak og dekke inntaket av de næringsstoffene som er nødvendige. Kostholdet bør være variert med økt inntak av plantebaserte matvarer som grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk, samt redusert inntak av mettet fett fra fete meieri- og kjøttprodukter, rødt kjøtt, salt, tilsatt sukker og energirike matvarer (Helsedirektoratet, 2011; Mæland, 2010).

### **2.1.2 Sosiale helseforskjeller**

Helsetilstanden i den norske befolkningen varierer ut ifra blant annet kjønn, sosial status, utdanning og bosted (Mæland, 2010). Når man sammenlikner sosiale grupper i samfunnet, finner man forskjeller i helse, dette kan ses på som sosiale helseforskjeller. De sosiale helseforskjellene i Norge er store. Desto høyere utdanning og inntekt man har, jo bedre helse har man. De med lengst utdanning og høy inntekt er mer fysisk aktive, har et bedre kosthold, er mindre overvektige og røyker mindre enn de med lav utdanning og inntekt. Hovedsakelig vil alle forhold som påvirker folkehelsen, føre til og opprettholde sosiale helseforskjeller. Faktorer som oppvekst, utdanning, inntekt, arbeid, bolig, levevaner, fysiske og sosiale miljøfaktorer er alle med på å påvirke. For å utjevne de sosiale helseforskjellene, kan helsetjenestene sammen med tilpasset arbeid og opplæring hindre ulikhetene.

Utjevning av de sosiale helseforskjellene vil føre til en bedring av befolkningens folkehelse (Folkehelseinstituttet, 2018).

## **2.2 Folkehelsearbeid**

Helsedirektoratet (2010) bygger definisjonen på folkehelsearbeid etter WHO's Ottawa- charter fra 1986, som definerer folkehelsearbeid som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen» (Helsedirektoratet, 2010, s. 20). Målet med folkehelsearbeid er å svekke faktorer som medfører helserisiko, styrke faktorer som bidrar til bedre helse, samt redusere sosiale helseforskjeller i befolkningen. En viktig del av folkehelsearbeidet er å arbeide med å fremme et sunt kosthold, fysisk aktivitet og god psykisk helse. Folkehelsearbeid kan gjennomføres på to forskjellige måter; enten gjennom helsefremming som innebærer å styrke og forbedre befolkningens helse, eller gjennom sykdomsforebygging som innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre sykdom eller skade. Ved gjennomføringen av folkehelsearbeidet vil helsefremming og sykdomsforebygging utfylle hverandre. De fleste helsefremmede tiltakene vil også ha en sykdomsforebyggende effekt og motsatt, de forebyggende tiltakene vil også fremme helsen (Helsedirektoratet, 2010).

Etter at det ble større fokus rundt folkehelsearbeid, kom det i 2011 en ny folkehelselov. Formålet med folkehelseloven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens trivsel, helse, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge somatisk og psykisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i gang tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Kommunen sitt ansvar er å iverksette tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan blant annet være utfordringer i henhold til fysisk aktivitet, ernæring, og fysiske og sosiale miljøer. De skal også gi råd, informasjon og veiledning om hva innbyggerne kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (Folkehelseloven, 2011).

En annen sentral lov i folkehelsearbeidet er plan- og bygningsloven. Plan- og bygningsloven er kommunens viktigste verktøy for en samlet og helhetlig samfunnsplanlegging. Loven skal blant annet bidra til langsiktighet og forutsigbarhet i folkehelsearbeidet og sikre bredden i folkehelsearbeidet på tvers av samfunnssektorer og balansere ulike behov og interesser (Plan- og bygningsloven, 2008).

### **2.3 Helsefremmende arbeid**

Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i faktorer som kan styrke befolkningens helse. Samfunnsmessige, miljømessige, sosiale, kulturelle eller individuelle faktorer kan være forutsetninger for en god helseutvikling. Ved å styrke befolkningens helse dannes et overskudd som gir muligheter for personlig, økonomisk og sosial utvikling, som igjen gir økt livskvalitet (Mæland, 2010).

Den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid ble holdt i Canada i 1986. Fra denne konferansen ble Ottawa- charteret utformet. I charteret defineres helsefremmende arbeid som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Mæland, 2010, s. 73). En viktig forutsetning for det helsefremmende arbeidet er at folk selv er villige til å gjøre noe. Helsefremmende tiltak har som mål å bedre livskvaliteten, trivsel og muligheten til å mestre utfordringer man står overfor i hverdagen. Disse tiltakene vil føre til større likheter innenfor helse (Espnes & Smedslund, 2009; Mæland, 2010). Ottawa-charteret legger vekt på mennesket som aktivt og deltakende subjekt. Gjennom livet møter vi mennesker på ulike utfordringer og vi skaffer oss ulike erfaringer. Faktorer som påvirker helsen, også kalt helsedeterminanter, omfatter blant annet genetikk, sosioøkonomisk status, familie og kultur. Disse helsedeterminantene vil være avgjørende faktorer for hvordan livet vårt blir til. Når vi støter på helseproblemer i form av for eksempel sykdom har vi ulike forutsetninger for å løse problemet. Målet vil alltid være å sette oss i stand til å leve et aktivt og produktivt liv og skape livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015). I det helsefremmende arbeidet er det avgjørende at det legges til rette for sunne og positive valg som lar seg gjennomføre. Det må fokuseres på det som styrker og fremmer helse, og hva som gir god helse, altså salutogenese. Et annet sentralt prinsipp i det helsefremmende arbeidet er empowerment. Målet med empowerment er at

enkeltindivider og fellesskapet skal bestemme forhold som påvirker helsen (Mæland, 2010; Sletteland & Donovan, 2012).

Å bygge opp en sunn helsepolitikk, skape støttende miljøer og styrke lokalmiljøets muligheter for behandling, utvikle personlige ferdigheter knyttet til å bedre helsen, og tilpasse helsetjenesten ble i Ottawa-charteret lagt frem som helsefremmende tiltak. Disse faktorene ble også sentrale da det nasjonalt skulle legges opp strategier for helsearbeid i etterkant av Ottawa-charteret (Espnes & Smedslund, 2009). I følge Sletteland og Donovan (2012) ble det fastslått i Ottawa-charteret at det helsefremmende arbeidet ikke er helsesektorens oppgave, da helse utvikles utenfor helsetjenesten. Likevel har helsetjenesten en viktig funksjon i det helsefremmende arbeidet fordi helsetjenesten er en viktig kilde til helse for å lindre, behandle og helbrede sykdom. Gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er kommunene pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen. En kommunal helsetjeneste som det derfor vil være aktuelt å se på i denne sammenheng er frisklivssentraler. Frisklivssentraler skal fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å mestre helseutfordringer og endre levevaner (Helsedirektoratet, 2016a).

### **2.3.1 Salutogenese**

Salutogenese betyr helsen opprinnelse og setter søkelys på ressurser for helse og helsefremmende forløp. Det var den medisinske sosiologen Aron Antonovsky som lanserte begrepet salutogenese mot slutten av 1970-tallet. Antonovskys introduksjon av salutogenese ble på mange måter et vendepunkt innenfor helseforskning. Allerede på midten av 90-tallet var det klart at salutogenese ville danne et betydelig teoretisk rammeverk for helsefremmende arbeid. I dag finnes det bevis på at helsefremmende arbeid kan være effektivt hvis det drives på en salutogen måte (Lindström & Eriksson, 2015). Ifølge Antonovsky må vi «se på hva det er som skaper helse, og ikke bare hva som er sykdommens begrensninger og årsaker» (Lindström & Eriksson, 2015, s. 17). Antonovsky mente at når vi ser på helse fra dette perspektivet finner vi andre typer svar og løsninger, i tillegg til at det gir oss muligheten til å identifisere ressurser for helse (Lindström & Eriksson, 2015).

Innenfor salutogenese utarbeidet Antonovsky nøkkelbegrepet opplevelse av sammenheng (OAS). Antonovsky forstår det slik at med mening er man tilbøyelig til å skape strukturer og lete etter ressurser som vil bidra til mestring. Antonovskys utarbeidet et spørreskjema om tilnærming til livet for å måle opplevelsen av sammenheng. OAS er et spørreskjema med 29 punkter som måler tre dimensjoner ved helse: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Alle tre dimensjonene er forbundet med hverandre. OAS- skalaen ble sett på som et endimensjonalt verktøy for å måle helse. Personer med en sterk OAS er i stand til å velge mellom forskjellige strategier for å løse ulike problemer eller håndtere hendelser i livet (Lindström & Eriksson, 2015).

Et annet nøkkelbegrep som trekkes frem i den salutogenesiske teorien er generelle motstandsressurser. Generelle motstandsressurser er forutsetninger for utvikling og opplevelse av sammenheng (Lindström & Eriksson, 2015). Innenfor teoriene om salutogenese beskrives de ulike individuelle og kollektive generelle motstandsressursene. Disse motstandsressursene kan bidra til å fremme effektiv mestring i krevende livssituasjoner. Eksempler på motstandsressurser er god sosial støtte, tilhørighet, kunnskap og intelligens. Disse komponentene kan bidra til økt grad av mestring og tiltrer som viktig i utfordrende livssituasjoner. Desto høyere grad av motstandsressurser en person opplever å ha, vil også bedre opplevelse av sammenheng og personen vil oppleve høyere grad av helse (Langeland, 2009; Lindström & Eriksson, 2015).

Hvis en person har en salutogen tilnærming ved at han eller hun utvikler en sterk OAS, kan det påvirke håndteringen blant folk som lider av, eller er i fare for å utvikle ikke- smittsomme sykdommer. Personer som utvikler en sterk OAS vil velge positive levevaner, som for eksempel mer fysisk aktivitet, sunnere matvaner og lavere inntak av tobakk og alkohol. De vil også få helsemessige resultater i form av et lengre liv, høyere stresstoleranse, bedre mestring av akutt og kronisk sykdom. Personene får også bedre livskvalitet, bedre opplevelse av helse og bedre psykisk helse (Lindström & Eriksson, 2015).

### **2.3.2 Empowerment**

Empowerment er et sentralt begrep innenfor det helsefremmende arbeid. Som begrep er empowerment vanskelig å oversette til norsk. Begreper som brukermedvirkning, myndiggjøring eller det å ha handlingsrom i eget liv er oversettelser som blir brukt. Likevel blir det vanskelig å oversette begrepet da oversettelsene reduserer innholdet og ikke bidrar til å synliggjøre hva begrepet inneholder (Tveiten, 2017). I Ottawa- charteret ble empowerment omtalt som en prosess der mennesker selv settes i stand til å ivareta egen helse (Sletteland & Donovan, 2012).

Askheim (2007) beskriver empowerment som å styrke grupper og enkeltindivider slik at de kan få kraft til å endre betingelsene som gjør at de kan være i en avmaktsituasjon. I praksis handler det om å få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke personens selvkontroll, få bedre selvbilde, økt selvtilit, økte kunnskaper og ferdigheter. Empowerment kan ses på en prosess som inneholder styrke, kraft og makt (Askheim, 2007).

Mennesker og fellesskapet må få større påvirkning og kontroll over forhold som påvirker helsen i den helsefremmende ideologien. Med dette menes at mennesker må få bedre kunnskap om hva som påvirker helsen, kunne ha en innvirkning på beslutninger som har konsekvenser for helsen, og aktivt delta i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt. Det helsefremmende arbeidet må kunne justeres og tilpasses de lokale forholdene. I det helsefremmende arbeidet skal ikke tiltakene som gjennomføres bare baseres på hva fagpersonell mener er best, men involvere de aktuelle gruppene i alle fasene av arbeidet. Ved å gjøre dette skapes ofte selvforsterkende sosiale prosesser som igjen fører til økt selvforståelse, tilhørighet og identitet (Mæland, 2010).

### **2.3.3 Frisklivssentraler som et helsefremmende tilbud**

Allerede i 1996 ble den første frisklivssentralen etablert i Modum kommune (Helsedirektoratet, 2016b). Siden 2004 har fem av landets fylkeskommuner utviklet frisklivstilbud for oppfølging av fysisk aktivitet, kosthold og røyking med støtte fra Helsedirektoratet. Frisklivstilbud er individ- og grupperettede tiltak for å sikre sosiale fellesskap og fremme god helse. Tilbudene er for de som trenger motivasjonshjelp til å endre helseatferd og er tilpasset de som ikke er aktive i andre nåværende frisklivstilbud i regi av frivillige eller private aktører. Tilbudene



gjelder for høyrisikogrupper. Dette innebærer personer med diabetes, hjerte- kar sykdommer, overvekt, smerteproblematikk, personer som er i ferd med å falle utenfor arbeidslivet og sykmeldte. Innenfor helsetjenesten er det utarbeidet ulike organiserte tilbud, som skal forebygge sykdom og fremme helse gjennom en positiv endring av helseatferd. Det er derfor opprettet frisklivssentraler i flere av landets kommuner (Helsedirektoratet, 2010). I 2016 var det hele 264 kommuner og bydeler som hadde opprettet en frisklivssentral og det blir stadig etablert flere (Helsedirektoratet, 2016b).

En frisklivssentral er et helsefremmende og forebyggende kommunalt helsetilbud, der målet er å fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å mestre helseutfordringer og endre levevaner. Tilbudet er for de som har økt risiko for, er i ferd med å utvikle, eller de som allerede har utviklet sykdom. Frisklivssentralene skal gi kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykesluttkurs gjennom et oppfølgingstilbud til de som ønsker å endre levevaner, bedre helsen eller lære å leve med ulike helseutfordringer i hverdagen. I tillegg har flere av frisklivssentralene temabaserte samlinger om motivasjon, endring, levevaner og mestring av helseutfordringer. Tilnærmingen til frisklivssentralene tar utgangspunkt i kunnskap om hva som fremmer helse (Helsedirektoratet, 2016a).

Deltakerne kan henvises til frisklivssentralen gjennom en såkalt frisklivsresept via fastlegen, NAV, bedriftshelsetjenesten, andre helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten eller ved at enkeltpersoner tar direkte kontakt med frisklivssentralen. En frisklivsresept er et tilpasset, strukturert og tidsavgrenset individ- og grupperett tilbud. Resepten har en varighet på 12- uker i hver omgang, som innebærer i all hovedsak fysisk aktivitet, kosthold og tobakksslutt (Helsedirektoratet, 2016a).

Kartlegging av den enkeltes situasjon er avgjørende når man skal endre levevaner. Frisklivsresepten starter og avsluttes med en helsesamtale. Dette er en individuell samtale om helse og levevaner og foregår mellom bruker og veileder, ofte en fysioterapeut. Videre utarbeides det en plan for oppfølging som tar utgangspunkt i brukerens mål og funksjonsnivå. Gjennom samtalen får brukeren mulighet til å beskrive sine tanker rundt det å endre atferd. Samtidig vil brukeren reflektere over sin egen erfaring og situasjon underveis i endringsprosessen. Målet med en frisklivsresept er at brukeren blir i stand til å fortsette med

egen aktivitet og opprettholde endringer etter at frisklivsresepten er avsluttet. De får derfor informasjon om aktuelle lokale tilbud, og mulighet til å prøve ut disse underveis i reseptperioden (Helsedirektoratet, 2016a).

## 2.4 Motivasjon

Motivasjon forteller noe om en tilstand eller disposisjon hos mennesket i forhold til en aktivitet eller atferd. Motivasjon er de kreftene som frembringer aktivitet hos en person eller en gruppe, og hva som holder aktiviteten ved like. Vi sier at vi er motiverte for det som gis oss mening, det vi er opptatt av og det vi ønsker å involvere oss i. Det vi danner en sterk motivasjon for og bevisst velger, har innvirkning på hvordan vi utvikler oss som mennesker. Motivasjon har betydning for alle sidene ved mennesket; det vi tenker, føler, anerkjenner, vurderer, positive ting vi ser på, det vi får tillit til og det vi utvikler forventninger til (Lillemyr, 2007). Innenfor begrepet motivasjon er det vanlig å skille mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon betegnes som den interessen individet har for aktiviteten i seg selv. Det er ingen ytre belønning, men en indre tilfredsstillelse. Aktiviteten, arbeidsprosessen eller læringen holdes ved like fordi det oppleves som meningsfylt, det gir et sterkt engasjement og det gir i seg selv en tilfredsstillelse (Imsen, 2014; Lillemyr, 2007). Ytre motivasjon karakteriseres ved at aktiviteten holdes ved like fordi individet ser muligheter til å oppnå en belønning eller et mål utenfor selve aktiviteten. Den ytre motivasjonen har sjelden en langvarig effekt (Imsen, 2014; Sletteland & Donovan, 2012).

Sletteland og Donovan (2012) beskriver at motivasjon er en viktig faktor for å lykkes med livsstilsendring. Dersom motivasjonen er til stede, har man den styrken som skal til for å få til en endring. Hvis motivasjonen derimot ikke er til stede, vil sannsynligheten for å oppnå en endring være minimal. Motivasjonen vår vil påvirkes av om vi setter oss mål, og det vil ha stor betydning om vi klarer å gjennomføre målene. Det å sette seg mål har en positiv effekt på den enkeltes motivasjon og øker ferdighetene og prestasjonene. Hver gang vi lykkes med målene kommer belønningen som opprettholder motivasjonen. Det er lettere å nå spesifikke delmål, enn langsiktige generelle mål (Wormnes & Manger, 2005). Delmål kan igjen bygges på nye delmål, hvor man jobber mot permanente endringer som etter hvert blir regelmessig (Helsedirektoratet, 2011).

Dersom man opplever at fysiske plager reduseres vil helsegevinsten og bedre helse komme i løpet av kort tid. På en annen side kan helsegevinsten ligge langt frem i tid og vil ikke oppleves realistisk dersom plagene blir vedvarende. Helsegevinsten vil dermed ikke være en motiverende kraft. For at denne motiverende kraften skal holde seg ved like, er det viktig at deltagerne ved frisklivssentralen finner aktiviteter som de ønsker å holde på med lenge og som gir glede. Hvis man har en positiv opplevelse av å gjennomføre aktiviteten, vil det være større sjanse for at man fortsetter (Helsedirektoratet, 2011).

#### **2.4.1 Selvbestemmelsesteorien**

Selvbestemmelsesteorien (SDT) er en tilnærming til menneskelig motivasjon. Teorien legger vekt på betydningen av menneskers indre ressurser for menneskelig atferd og personlighetsutvikling. Hensikten til selvbestemmelsesteorien er å begrunne hva som skal til for at mennesket skal ta egne indre motiverte valg. Det essensielle i selvbestemmelsesteorien er at mennesket er aktivt av natur og at atferden styres, utvikles og justeres av indre prosesser (Deci & Ryan, 1985). Deci og Ryan (2000) beskriver tre underliggende behov som må oppfylles for at et individ skal utvikle seg, oppnå personlig integritet og psykisk velvære. Disse behovene er; kompetanse, tilhørighet og autonomi. Alle disse behovene må være oppfylt for å skape indre motivasjon. Dersom et av disse behovene ikke blir oppfylt, vil den indre motivasjonen bli brutt ned (Deci & Ryan, 2000).

Behovet for kompetanse handler om menneskers ønske om å være kompetente til å mestre utfordringer man står overfor. Det dreier seg også om hvordan mennesket oppfatter egen kompetanse i møte med ulike krav fra omgivelsene (Deci & Ryan, 1985). Behovet for tilhørighet dreier seg om tilhørighet til en gruppe, opplevelse av respekt, anerkjennelse og kjærlighet fra andre mennesker (Deci & Ryan, 2000). Ifølge Deci og Ryan (2000) er behovet for autonomi menneskets behov for å oppleve eierskap over egen atferd og følelse av frihet. Autonomi handler om i hvilken grad mennesket har valgfrihet og kontroll over det de gjør.



## 3 Metode

I dette kapittelet vil det bli redegjort for hvilken metodisk tilnærming som ble benyttet for dette forskningsprosjektet. Først vil jeg begrunne mitt valg av forskningstilnærming og forklare hva kvalitativ forskning er. Deretter kommer en beskrivelse av det kvalitative forskningsintervju. Senere i kapittelet vil jeg presentere den praktiske gjennomføringen av anskaffelse av data. Dette består av utvalg og rekruttering, hvordan jeg samlet inn data, transkripsjon og analyse. Helt til slutt vil forskningsetiske problemstillinger beskrives, samt validitet og reliabilitet.

### 3.1 Kvalitativ forskning

I følge Malterud (2017) er det hva som belyser problemstillingen som er avgjørende for valg av forskningsmetode. I dette forskningsprosjektet er det ønskelig å få en nærmere forståelse av hva som motiverer til livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. På bakgrunn av dette var det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming, der formålet er å forstå, ikke forklare.

Kvalitative forskningsmetoder består av grundig innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale fra observasjon, skriftlig kildemateriale eller samtale. Med kvalitative forskningsmetoder kan man utvikle vitenskapelig kunnskap som er preget av mangfold og nyanser, samt få vite mer om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, forventninger, tanker, motiver og holdninger. Ved å utvikle en slik tilnærming kan jeg styrke min forståelse av hvorfor informantene gjør som de gjør (Malterud, 2017).

Kvalitative forskningsmetoder bygger på vitenskapelige teorier om fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2011). Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster (Grimen, 2004). Hermeneutisk fortolkning innebærer å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr. I tolkning av tekst i hermeneutikken gjelder en kontinuerlig frem- og tilbakeprosess mellom deler og helhet, *den hermeneutiske sirkel*. Forståelse av teksten som helhet er ofte uklar.

Den fortolkes derfor i forskjellige deler og ut ifra fortolkningene settes de forskjellige delene på nytt i tilknytning til helheten (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Fenomenologi er læren om det som viser seg, altså det som er synlig (Thornquist, 2018). Fenomenologi innebærer en forståelse av menneskers subjektive bevissthet og erfaringer. Man setter tidligere kunnskap til side og retter deretter oppmerksomhet mot den aktuelle subjektive erfaring på bakgrunn av menneskets livsverden (Malterud, 2017). På bakgrunn av dette har jeg i denne studien valgt en fenomenologisk tilnærming.

### **3.2 Det kvalitative forskningsintervju**

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 42) er formålet med kvalitative forskningsintervju «å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv». Målet med kvalitative forskningsintervju er å fremme betydningen av folks erfaringer og opplevelser. Slike intervju bygger på dagligdagse samtaler som er profesjonelle og som danner kunnskap i samspill mellom intervjuer og den intervjuede gjennom en samtale om et tema som interesserer dem begge (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det finnes flere ulike former for intervjuing. I dette forskningsprosjektet er det valgt semistrukturerte intervjuer. Et slikt intervju blir brukt når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonenes egne perspektiver. Den ønsker å få tak i beskrivelser av intervjupersonenes livsverden og forklaringer av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Intervjuet er semistrukturert, noe som betyr at det ikke er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men en samtale mellom forsker og respondent der forskeren styrer. Intervjuet utføres i samsvar med en intervjuguide der forskeren har forberedt et bestemt tema og spørsmål som skal belyses av deltageren. Intervjuet utføres i samsvar med en intervjuguide som er begrenset av bestemte temaer. Det kvalitative forskningsintervjuet bør inneholde både fakta spørsmål og meningsspørsmål. Intervjueren oppfordrer intervjupersonene til å beskrive så nøyaktig som mulig det de opplever og føler, samt hvordan de handler. Forskerens oppgave er å spørre hvorfor deltagerne opplever og handler som de gjør (Kvale & Brinkmann, 2015).

Gjennom intervjuet ønsket jeg at mine intervjupersoner delte sine erfaringer og opplevelser om hvilken motivasjon de hadde for videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept. Valg av

denne datainnsamlingsmetoden er gjort for å få frem deltakernes opplevelser, erfaringer, handlinger og følelser, slik at jeg som forsker skal kunne se dette fra deres side, samt gjøre en fortolkning av det som blir sagt.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

For å kunne svare på forskningsprosjektets problemstilling og forskningsspørsmål ble det rekruttert deltakere fra to frisklivssentraler som hadde erfart og opplevd en frisklivsresept. Utvalget var derfor strategisk i den hensikt å få belyst problemstillingen best mulig (Malterud, 2017). På bakgrunn av forskningsprosjektets omfang og begrensning ble det satt noen inklusjonskriterier. Alle som hadde deltatt på en frisklivsresept, enten det var fysisk aktivitetskurs, kostholdsveilederkurs, røykesluttkurs og endring- og mestringskurs kunne bli forespurt om å delta i studien. Det ble ikke satt en nedre og øvre aldersgrense for å delta i studien, annet enn at deltakerne måtte være over 18 år. Grunnen til at det ble satt så få inklusjonskriterier, var at det kunne bli vanskelig å rekruttere deltakere til prosjektet.

Det var ønskelig med et utvalg på åtte til ti personer. For å komme i kontakt med deltakerne, tok jeg direkte kontakt med en kommunal frisklivssentral i Sør- Norge via e-post med informasjon om forskningsprosjektet (vedlegg 1). Frisklivssentralen var positive og sa seg villig til å samarbeide. De ansatte tok kontakt med aktuelle deltakere og spurte om de ønsket å delta i studien. Seks informanter takket ja til å være med i prosjektet og til å stille til intervju. Jeg tok deretter kontakt med informantene per telefon for å forklare hva det innebar å være med i studien, og avtalte nærmere tidspunkt og møtested for intervjuene.

Utvalget bestod av deltakere med ulik grad av livssituasjon, ulike helseutfordringer og ulik arbeidssituasjon. Ingen av informantene var i full jobb. Fire var enten pensjonister eller uføretrygdet, mens to av deltakerne jobbet i redusert stilling. Gjennomsnittsalderen var 66 år. På bakgrunn av dette vurderte jeg utvalget som mindre representativt for deltakere på en frisklivssentral. I tillegg ble det oppnådd tidlig metning ved at det ikke kom noe ny informasjon etter hvert som de seks intervjuene skred frem. Jeg ønsket derfor et mer representativt utvalg, og med deltakere som kunne ha andre erfaringer og opplevelser å fortelle om når det gjaldt livsstilsendring. Jeg bestemte meg derfor for å kontakte en annen frisklivssentral i en annen

kommune med de samme inklusjonskriteriene, men med en yngre aldergruppe fra 30 til 50 år. Den aktuelle frisklivssentralen stilte seg noe kritisk til å rekruttere yngre informanter da de var i en vanskelig og sårbar situasjon. Likevel ble det til slutt rekruttert to informanter i 50-årene, der den ene var i full jobb og den andre var uføretrygdet.

Den nye gjennomsnittsalderen var nå cirka 64 år. Tre menn og fem kvinner deltok i studien. Noen av informantene hadde nettopp blitt ferdig med reseptperioden og noen hadde avsluttet for flere måneder siden. Det var ulik grad av deltakelse på kursene frisklivssentralen arrangerte. Alle informantene hadde deltatt på fysisk aktivitetskurs minst en gang. Noen hadde også deltatt på bra matkurs, røykesluttkurs, søvnkurs og ulike mestringskurs. Informantene hadde også kontaktet frisklivssentralen forskjellig i forhold til om de hadde tatt kontakt med frisklivssentralen på eget initiativ eller fått en frisklivsresept fra fastlege. Tabell 1 viser en samlet oversikt over utvalget.

Tabell 1: Oversikt over utvalg

<b>Kjønn</b>	<b>Alder</b>	<b>Hvordan resept</b>
Mann	62	Fysisk aktivitet
Kvinne	66	Fysisk aktivitet Bra mat kurs
Kvinne	72	Fysisk aktivitet Mestringskurs
Kvinne	65	Fysisk aktivitet Mestringskurs
Mann	69	Fysisk aktivitet Bra mat kurs
Kvinne	63	Fysisk aktivitet Bra mat kurs Røykesluttkurs
Kvinne	54	Fysisk aktivitet
Mann	59	Fysisk aktivitet Bra mat kurs



### 3.4 Datainnsamling

Gjennomføringen av intervjuene i denne studien ble gjennomført i januar og februar 2019. Ved to anledninger ble det gjennomført to intervjuer per dag, ellers var det kun et intervju per dag. I følge Tjora (2017) er det tjent med å gjennomføre intervju der deltakeren kan føle seg trygg. Det kan være første gangen deltakeren er med på et slikt prosjekt så det vil bli viktig og ikke «skremme bort» deltakeren. Deltakeren skal føle at dette er et uformelt møte der de kan snakke fritt og føle seg avslappet. Det var ønskelig å gjennomføre intervjuene i frisklivssentralen sine lokaler. Dessverre var dette ikke mulig, og intervjuene ble derfor gjennomført etter deltakerens ønske, enten hjemme hos deltakeren eller på en stille kafé der man kunne sitte alene.

Intervjuene var som tidligere beskrevet semistrukturert. Jeg benyttet meg av en intervjuguide (vedlegg 2) som baserte seg på teori om helsefremming. Den inneholdt en oversikt over emner som dekte problemstillingen og forskningsspørsmålene. Intervjuguiden ble ikke fulgt helt slavisk, men spørsmålene i guiden hang sammen og fulgte en naturlig rekkefølge slik som en vanlig samtale. Intervjuspørsmålene var korte og åpne, og ble formulert på dagligspråk slik at det ble lett for informantene å forstå hva det ble spurt om, samt at de kunne fortelle mest mulig. Under noen av spørsmålene hadde jeg satt opp noen undertemaer for å klargjøre hvilke temaer jeg ville komme innpå dersom deltakeren ikke skjønte spørsmålet eller kom med korte svar. Nederst i intervjuguiden hadde jeg skrevet opp noen oppfølgingsspørsmål. Disse spørsmålene ble stilt hyppig for å få en bedre flyt i samtalen og for å unngå misforståelser. Dette gjorde også at jeg fikk svar på noen av spørsmålene i intervjuguiden uten å måtte stille dem.

Intervjuspørsmålene var inndelt i tre faser; innledning, hovedspørsmål og avrundingsspørsmål. De innledende spørsmålene var enkle, konkrete spørsmål som fremstod som uformelle og ufarlige. Det var spørsmål knyttet til alder, hvilken del av frisklivsresepten deltakeren hadde vært med på, om de hadde deltatt på frisklivsresepten flere ganger, og hvorfor de valgte å delta på et frisklivskurs i regi av kommunen. Disse spørsmålene ble stilt for å få litt bakgrunnsinformasjon om deltakeren. Hovedspørsmålene gikk mer i dybden i de ulike delene av forskningstemaet. Spørsmålene handlet blant annet om hvordan frisklivsresepten motiverte deltakerne til livsstilsendring, hvilke ressurser deltakerne tok i bruk for å motivere seg til livsstilsendring og hva som satt deltakerne i stand til å fortsette med videre livsstilsendring på

egenhånd. For å runde av intervjuene ble det spurt om deltakeren hadde noe å tilføye eller om noe var uklart.

Under intervjuene ble det benyttet en lydopptaker. Ved å benytte en lydopptaker kunne jeg konsentrere meg fullt om intervjuet og gå tilbake og lytte på det som ble sagt senere. Etter at lydopptakeren ble skrudd av, takket jeg informanten for deltakelsen, forklarte hva som ville skje med dataene fra intervjuet og det videre arbeidet med forskningsprosjektet. Lengden på intervjuene varierte stort, alt fra 21 til 45 minutter.

### **3.5 Transkripsjon**

For å gjøre datamaterialet klart for analyse transkriberte jeg alle intervjuene. Transkripsjonen skal ivareta det opprinnelige materialet slik deltakeren formidlet sine erfaringer og meninger under datainnsamlingen (Malterud, 2017). Når muntlig tale fra en lydopptaker skal gjøres om til skriftlig tekst, kan ordrett beskrivelse av muntlig tale gi et annet bilde av samtalen enn det som opprinnelig ble sagt. Det vil derfor være naturlig å redigere teksten noe underveis i transkripsjonen slik at man får riktig fremstilling av det som ble sagt under intervjuene (Malterud, 2017). Under transkripsjonen valgte jeg likevel å transkribere intervjuene så ordrett som mulig. Jeg hadde lite erfaring med transkripsjon fra tidligere, og ønsket derfor ikke å miste materiale som kunne være betydningsfull for analysen.

For å transkribere intervjuene overførte jeg alle lydopptakene til en passordbeskyttet datamaskin. Deretter åpnet jeg dokumentet i et avspillingsprogram og redigerte lydopptakene i en saktere avspillingshastighet for at det skulle bli lettere å skrive ned det som ble sagt på tastaturet. Jeg hørte på korte intervaller av gangen og skrev ned ordrett det som ble sagt. For å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt som ble sagt, hørte jeg på lydopptakene gjentatte ganger. Jeg fokuserte på å skrive ned alle pauser, gjentakelser og latter for å gi en så korrekt gjengivelse som mulig. Alle de transkriberte intervjuene ble transkribert av meg selv samme dag eller dagen etter at intervjuene hadde blitt utført.

Det var lettere for meg å huske hva deltakerne hadde sagt når jeg hadde intervjuene friskt i minne, og jeg kunne utfylle momenter som var uklare dersom lydopptakeren ikke hadde fått med seg alt som ble sagt.

## **3.6 Analyser**

I følge Malterud (2017) bruker man i kvalitativ analyse fortolkninger til å utvikle blant annet nye beskrivelser og begreper. Analyse av kvalitative data foregår hele tiden, helt frem til forskningsprosjektet er avsluttet. Analyse innebærer en form for teksttolkning der man stiller spørsmål til dataene som er samlet inn, samt leser og organiserer det empiriske materialet systematisk. For å analysere dataene i dette forskningsprosjektet har jeg valgt å ta utgangspunkt i systematisk tekstkondensering av Malterud. Det er en tverrgående analyse, der forskjeller, likhetstrekk, erfaringer, følelser eller holdninger fra deltakere skal forklares og oppsummeres (Malterud, 2017).

### **3.6.1 Systematisk tekstkondensering**

Systematisk tekstkondensering av Malterud er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Den har som formål å utvikle kunnskap om informantens livsverden innenfor et bestemt område. Man søker etter essenser eller viktige kjennetegn ved de fenomenene man studerer. I møte med data forsøker man å sette til side sin egen forforståelse (Malterud, 2017). I systematisk tekstkondensering beskriver Malterud (2017) likevel at det ikke er ønskelig eller mulig å opprettholde en slik avstand til dataene gjennom prosjektet. Analysen skal imidlertid beskrive de mest aktuelle sidene av det fenomenet man undersøker så presist og grundig som mulig.

Malterud (2017) beskriver fire trinn i analyseprosessen:

#### **1. Få et helhetsinntrykk**

Første trinn av analysen består av å bli kjent med materialet. I denne delen av analysen er det viktig å sette vår egen forforståelse og teoretiske bakgrunn til side (Malterud, 2017). Jeg leste igjennom alle de 73 transkriberte sidene for å få en oversikt over materialet. Jeg så etter

foreløpige temaer som kunne si noe om motivasjon for videre livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral og skrev ned disse. Under dette stadiet fant jeg flere temaer som hang sammen. Jeg fant også temaer som ikke hadde sammenheng med problemstillingen. Jeg skrev likevel ned disse da jeg kanskje ville få bruk for de ved et senere stadiet av analysen. Jeg kom frem til åtte foreløpige temaer som jeg mente var sentrale for problemstillingen; enkel trening, trene sammen, lettere hverdag, oppnå målsettinger, rutine på treningen, motivasjon fra familie og venner, benytte tilgjengelige ressurser og råd og veiledning. Det er et godt tegn på kreativitet at de foreløpige temaene i analysen ikke samsvarer med hovedtemaene fra intervjuguiden. De ulike temaene kan tyde på at jeg har satt min egen forforståelse til side og sett nye mønstre i materialet (Malterud, 2017).

## **2. Identifisere meningsbærende enheter**

I det andre trinnet organiseres den delen av materialet som skal studeres nærmere. Det materialet som ikke er relevant legges til side (Malterud, 2017). Jeg startet med en gjennomgang av materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter, som vil si å velge ut tekst som på en eller annen måte sier noe om temaene fra forrige trinn. Når man begynner å sortere tekst, kalles det koding (Malterud, 2017). Jeg strekte under utsagn med markeringstusj som sa noe om de temaene jeg hadde funnet. For å systematisere arbeidet mer brukte jeg forskjellige farger på markeringstusjen, slik at det skulle bli lettere å se hvilke utsagn som hørte til hvilke tema. Deretter sorterte jeg de meningsbærende enhetene i ulike kodegrupper ved hjelp av dataprogrammet NVivo. NVivo var til stor hjelp for å få en mer helhetlig oversikt over materialet. Etter hvert som jeg hadde studert kodegruppene og innholdet i disse, så jeg at noen av kodene kunne slås sammen, som for eksempel trene sammen og pushe hverandre. Jeg så også at noen av kodene skilte seg fra andre koder og som ikke kunne belyse problemstillingen på en god måte. Disse kodene ble tatt ut fra den videre analysen. Undervis i kodingen fant jeg tekst som ikke var kodet, men som hadde sammenheng med problemstillingen. Jeg opprettet en ny kode og fant meningsbærende enheter som sa noe om den koden.

## **3. Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene**

Tredje trinn av analysen beskriver Malterud (2017) hvordan man skal abstraherte kunnskap som var etablert i det andre analysetrinnet. Jeg så bort ifra den delen av materialet der jeg ikke hadde funnet meningsbærende enheter, og hentet systematisk ut mening ved å sortere og fortette

de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Når dette var gjennomført, hadde jeg redusert materialet til et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter. Jeg satt igjen med fire kodegrupper som kunne si noe om deltakernes motivasjon for videre livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral, og jobbet videre med den enkelte kodegruppen som enhet (Malterud, 2017). I hver kodegruppe så jeg tekst med flere ulike stikkord som beskrev forskjellige meningsaspekter. Det ble opprettet subgrupper som materialet ble delt inn i. Subgruppene utgjorde det videre analysearbeidet som tok sikte på å belyse forskningsprosjektets problemstilling. Deretter lagde jeg et kondensat fra hver subgruppe. Et kondensat er et kunstig sitat som skal gjenfortelle innholdet i subgruppen ved å slå sammen innholdet i de meningsbærende enhetene i hver av subgruppene. For at man skal representere deltakeren bruker man jeg- form i kondensatet, og helst tar i bruk deltakernes egne ord og uttrykk fra intervjuet. For å illustrerer hva de forskjellige subgruppene representerte, ble det trukket ut et til to gullsitater (Malterud, 2017).

#### **4. Sammenfatte betydningen av det som er funnet**

I analysens siste trinn beskriver Malterud (2017) at man skal rekontekstualisere, hvilket betyr å sammenfatte og sette sammen bitene fra det arbeidet som ble gjort i de tidligere analysetrinnene i form av gjenfortellinger. Gjenfortellingene er en analytisk tekst som formidler fellestrekk med ulike variasjoner fra flere historier. Uttrykk som brukes er hentet fra de meningsbærende enhetene, og er skrevet i tredjeperson fordi forskerens rolle er å være gjenforteller slik at det blir ny kunnskap. For å utdype hva den analytiske teksten forteller, er teksten gjerne illustrert med et gullsitat. Funnene jeg har gjort gjennom denne analyseprosessen vil bli presentert senere gjennom oppgavens resultatdel.

### **3.7 Validitet og reliabilitet**

Validitet og reliabilitet er begreper som brukes for å diskutere forskningsfunnenes sannhetsverdi (Kvale & Brinkmann, 2015). Å validere kvalitativ forskning er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Forskeren må stille spørsmål om den valgte metoden faktisk undersøker det fenomenet som skal undersøkes (Malterud, 2017). Kvale og Brinkmann (2015) sier i den sammenheng at valideringsprosessen foregår gjennom hele forskningsprosessen. Helt

fra tematisering og planlegging, gjennomføring av intervjuene, transkribering, analyse av datamaterialet, og til slutt i resultatet der studiens funn presenteres.

Forskningens reliabilitet eller pålitelighet omhandler studiens troverdighet og nøyaktighet, samt forskningsresultatenes konsistens. Reliabilitet blir også sett i sammenheng med i hvilken grad forskningens resultat kan reproduseres på et annet tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015). I diskusjonskapittelet senere i oppgaven, vil det bli diskutert studiens validitet og reliabilitet.

### **3.8 Forskningsetiske overveielser**

Forskningsetiske prinsipper for medisinsk forskning er basert på Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen sier at forskeren skal arbeide ut fra respekt for det enkelte individ og ha respekt for menneskeverdet. Forskningen har også andre bestemmelser som skal bidra til å sikre deltakernes trygghet og sikkerhet, deriblant personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven. (Grimen, 2004; Malterud, 2017). Begrepet forskningsetikk innebærer et sett av verdier, normer og institusjonelle ordninger som skal bidra til å regulere vitenskapelig virksomhet. Forskningsetikk skal si noe om hvordan en forsker skal eller bør opptre i bestemte etiske konfliktsituasjoner som kan oppstå underveis i deres arbeid som forsker, enten mellom relasjonen forskere seg imellom eller relasjonen mellom forskere og andre mennesker (Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknolog, 2016; Grimen, 2004).

Gjennom hele forskningsprosjektet er det tatt hensyn til mulige etiske problemer som kan oppstå. Allerede før forskningen til dette prosjektet kunne starte, ble det sendt inn et utfyllende meldeskjema for personvernopplysninger til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD godkjente prosjektet og forskningen kunne starte (vedlegg 3).

Alle informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet. Den muntlige informasjonen fikk de da de ble forespurt om å delta i forskningsprosjektet per telefon. De fikk et informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 4) da de møtte opp på intervju. Vi gikk igjennom informasjonsskrivet sammen før intervjuene ble gjennomført, og

samtykkeerklæringen ble skrevet under. Samtykket skal være fritt, informert og uttrykkelig. Samtykke skal forebygge krenkelser av personlig integritet og sikre at de som deltar i forskningen har selvbestemmelse og frihet (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle informantene var innforstått med at det var frivillig å delta i studien og at de når som helst kunne trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn.

For å sikre at ingen uvedkommende fikk tilgang til personopplysningene om deltakerne, ble navn og kontaktopplysninger erstattet med en kode som ble lagret på en egen navneliste adskilt fra øvrig data. Lydopptakene og de transkriberte intervjuene ble anonymisert ved å erstatte navn med intervjunummer. Under prosjektet ble all data lagret på en passordbeskyttet pc og en passordbeskyttet harddisk. Ved prosjektslutt ble all data som har blitt samlet inn slettet.

I teksten er både frisklivssentralen og informantene som deltok i studien blitt anonymisert for at det ikke skal være mulig for andre å identifisere dem. For også å sikre anonymitet i resultatkapittelet, har noen av sitatene blitt redigert.





## 4 Resultat

Hensikten med denne studien var å få en nærmere forståelse av hva som motiverer til livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. For å presentere resultatene, vil de ulike hovedtemaene med sine undertemaer bli presentert i et sammendrag og illustrert med sitater fra intervjuene. Nedenfor vises en sammenfattet oversikt over de ulike hovedtemaene med sine undertema.

Tabell 2: Sammenfattet oversikt over tema og undertema:

<b>Hovedtema</b>	<b>Undertema</b>
Hjelp til å komme i gang	Inspirasjon Tilpasset trening Rutine
Samhold	Trene sammen Treningsglede Positive tilbakemeldinger
Bedre livskvalitet	Lettere hverdag Bedre helse Økt livsglede
Tilgang til fysisk aktivitet	Organisert trening Trening i nærområdet

## **4.1 Hjelp til å komme i gang**

Det første temaet handler om inspirasjon, tilpasset trening og rutine på treningen deltakerne hadde fått ved å delta på en frisklivsresept i regi av frisklivssentralen. Gjennom intervjuene kom det frem at deltakerne hadde fått inspirasjon til å være mer aktive. De hadde fått det lille piffet som skulle til for å starte opp med trening. Frisklivssentralen hadde også bidratt til at flere av deltakerne hadde funnet en treningsmetode som passet deres behov. De fleste av informantene sa at terskelen for å være med på frisklivssentralen ikke var høy. En av de mest positive opplevelsene deltakerne trakk frem med deltakelsen på frisklivssentralen, var at de kunne komme som de var, ta treningen i sitt eget tempo og tilpasse øvelsene etter egen form. Regelmessig trening på frisklivssentralen hadde ført til at treningen var blitt til en rutine i hverdagen for deltakerne etter avsluttet reseptperiode.

### **4.1.1 Inspirasjon**

Flere av deltakerne sa at reseptperioden på frisklivssentralen hadde ført til at de var blitt mer aktive. De hadde fått det lille piffet som skulle til for å starte opp med trening. En av informantene sa at han i flere år hadde lurt på om han skulle begynne å trene, men at det ikke hadde blitt noe av før han startet på frisklivssentralen. Treningen på frisklivssentralen hadde vært så enkel og effektiv at han hadde klart å ta med seg den samme treningen hjem. For to av deltakerne hadde frisklivssentralen bidratt med å finne en treningsmetode som passet dem. Deltakerne ble tatt med rundt på forskjellige treningstilbud i nærheten som de kunne teste ut. Dette hadde ført til at de hadde funnet en treningsform som de var tilfreds med.

Flere av deltakerne uttrykte at de hadde blitt så motivert at treningen på frisklivssentralen ble for lite til slutt. De måtte ta treningen et steg videre og valgte derfor å slutte på frisklivssentralen. En respondent fortalte at hun aldri hadde vært aktiv innenfor sport. Det å komme i gang med trening på frisklivssentralen hadde gjort at hun hadde mer lyst til å drive med trening og komme i bedre form. Følelsen av at hun faktisk kunne yte mer enn det de la opp til på frisklivssentralen hadde løftet henne og vært en veldig stor drivkraft til å utfordre seg selv mer. Hun beskrev det på denne måten:

*«... men det som gjorde det var at jeg følte på en måte at jeg kom litt over det som var der da, på treninga. Når du liksom ser at det ikke er nok for deg begynner du å tenke at jeg kan mer. Ikke sant. Dette er ikke nok for meg. Jeg vil utfordre meg selv mer, så det har liksom vært veldig stor drivkraft for meg ...»*

Kvinne, 54 år

Gjennom intervjuene kom det frem at to av deltakerne hadde vært svært aktive før i tiden. De ønsket å starte opp igjen med det de drev med tidligere. De strevde med å komme i gang og det var vanskelig å følge opp treningen på egenhånd. De hadde derfor behov for et lite spark bak av frisklivssentralen for å komme i gang igjen. En mann på 69 år uttrykte det på denne måten:

*«... å få et spark i ræva, for å si det på den måten. Det er nok den største positive tingen i fra den perioden på frisklivssentralen ...»*

#### **4.1.2 Tilpasset trening**

Under intervjuene uttrykte flere av informantene at terskelen for å være med på frisklivssentralen ikke var høy. De kunne komme som de var. Flere av informantene ytret at det som var en av de mest positive opplevelsene med frisklivssentralen, var friheten til å tilpasse øvelsene etter sin egen form. Deltagerne fikk selv bestemme hvor mye de ville ta i og yte. En deltaker forklarte det slik:

*«Det er jo mye mer motiverende sånn som vi begynte, at du begynner litt forsiktig og ser an hvordan du er og hva du orker og sånne ting da ikke sant, og så klarer du å pushe deg mer etter hvert. Det er jo det som har vært så fint med dette».*

Kvinne, 66 år

En deltaker sa hun hadde strevd med mindreverdighetskomplekser og dermed gruet seg til å møte nye mennesker. På frisklivssentralen følte hun at de godtok hvem hun var og hun kunne ta treningen i sitt eget tempo. En av de andre deltakerne uttrykte at selvtilliten ikke var helt tilstede i starten av oppholdet fordi hun ikke visste hva hun var i stand til å prestere. Hun sa det var godt å begynne på lavterskel trening og følte at hun ikke hadde press på seg til å prestere sånn og sånn med en gang.

### **4.1.3 Rutine**

Flere av deltakerne sa at de hadde fått treningen til å bli en rutine etter at de avsluttet reseptperioden på frisklivssentralen. En deltaker fortalte at hun ikke kunne avtalen noe annet på tirsdag, torsdag og fredag for da var det trening fast. En annen respondent uttrykte det slik:

*«... jeg føler jeg har innarbeidet rutiner som jeg ikke kan være foruten. Jeg så det nå i jula, og den var ikke så god for meg. Da var det noe jeg savnet ...»*

Kvinne, 65 år

En av deltakerne uttrykte at det ble mer struktur på treningen når det var en rutine på det med faste dager og klokkeslett. Etter at hun sluttet på frisklivssentralen hadde det allikevel blitt vanskelig å opprettholde treningen fordi hun ikke hadde noe fast opplegg å møte opp til. En annen sa derimot at han hadde funnet en ny arena å trene på. Det å være med på faste treningstimer og arrangement hadde passet bra for han. Han hadde da noe han kunne gå til fysisk selv og hvis han sluntret unna kom de andre på treningen antagelig til å mase.

## **4.2 Samhold**

Flere av informantene fortalte hvor motiverende det var å ha noen å trene sammen med. Det å ha avtalt å trene sammen med andre gjorde at det ble lettere å gå på trening, samt at de pushet hverandre. Under intervjuene kom det frem hvor avgjørende det var at treningen var morsom. Flere av deltakerne uttrykte at det å få positive tilbakemeldinger fra familie og venner hadde ført til at de hadde blitt mer motivert til endring.

#### 4.2.1 Trene sammen

Intervjudeltakerne uttrykte på forskjellige måter hvordan det opplevdes å trene alene i motsetning til hvordan det var å trene med andre. Flere av informantene fortalte hvor motiverende det var å ha noen å trene sammen med, enten det var en ektefelle, søsken, venner eller bekjente. Informantene fortalte at de pushet hverandre, ytet og tok i mer sånn at intensiteten på treningen ble høyere, slik en informant uttrykte det:

*«... du yter ikke det samme, nei du gjør ikke det. Det blir, det blir noe helt annet når du trener i gruppe, enn å drive alene. Veldig stor forskjell ...»*

Kvinne, 66 år

To av intervjudeltakerne uttrykte at de ikke hadde noen å trene sammen med. Den ene av de sa at han ikke nødvendigvis ble mer motivert av å trene i gruppe, men at han var enig i at intensiteten på treningen ble høyere når han trente med andre. Den andre deltakeren fortalte at hun kunne gå en tur i ny og ned, men når det ikke var noe fast oppmøte og opplegg, ble det vanskelig å vedlikeholde treningen. Hun utdypet at det måtte være flere sammen i en gruppe på trening for at det skulle bli gjennomført.

Hos en av respondentene kom det frem at treningen hadde ført til at hun var blitt mer sosialisert etter at hun begynte å trene. Å møte andre mennesker på trening gjorde at hun plutselig fikk nye bekjenskskaper og venner. Dette hadde resultert i flere venner med de samme interessene for trening. Hun hadde tidligere ikke vært noe flink til å trene og spesielt ikke alene. Nå som hun hadde flere å trene sammen med, motiverte hun og vennene hverandre med på trening og prøvde å holde hverandre litt i ørene:

*«Det er jo også en greie det å komme seg ut og bli sosialisert litt og bli kjent med andre og. Det er en kjempefin måte å møte andre mennesker på. Så jeg er kjempeglad for det. Det forandra veldig mye».*

Kvinne, 54 år

### 4.2.2 Treningsglede

Under intervjuene kom det frem hvor avgjørende det var at treningen var morsom. Noen av respondentene sa at treningen hadde gitt mye glede og motivasjon. En deltaker tenkte over hvilken glede treningen gir. Det var motivasjon nok til å fortsette med treningen:

*«... det jeg kjenner på selv og den treningsgleden, det er jo motivasjon i seg selv, veldig ...»*

Kvinne, 65 år

En annen informant fortalte at det tok lang tid før hun fant en treningsmetode som passet henne etter oppholdet på frisklivssentralen, og at dette førte til at hun ikke kom seg på trening. Etter at hun nå hadde funnet en treningsmetode som passet henne, uttrykte hun at hun hadde funnet glede ved treningen og hadde faste treningstimer. En annen kvinne på 66 år fortalte det på denne måten:

*«Det er jo det om du synes det er moro, for er det er ikke moro lenger så er det ikke, da gjør du det ikke ...»*

En deltaker sa at man må skjønne at det er gøy bare det å komme seg ut. Han fortalte at man ikke trengte å tenke at nei, nå må jeg trene, men heller ha en positiv innstilling til det å bevege seg og være i aktivitet. Ifølge vedkommende trengte ikke treningen alltid å være seriøs. Det å drive trening i form av lek hevdet en annen deltaker var veldig moro og artig.

### 4.2.3 Positive tilbakemeldinger

Syv av de åtte deltakerne uttrykte at det å få positive tilbakemeldinger fra familie, venner og bekjente hadde vært motiverende for å fortsette med den livsstilsendringen de hadde startet på. Den ene deltakeren som ikke fikk noe støtte hjemmefra fortalte at han muntret seg selv opp til å fortsette med livsstilsendring. Han hadde også tidligere vært igjennom en livsstilsendring, men aldri hatt noe familie innblandet i det han gjorde. Han understreket at utfordringen med å fortsette med livsstilsendring var at det ble tyngre i og med at han var alene om det. To av

informantene, som var samboere, sa at det var fint å være to stykker for da kunne man passe på at en gjør de riktige tingene med tanke på livsstilsendring. En informant fortalte at familien passet på at han gjorde de riktige valgene med å spise og handle riktig mat, samt at de motiverte ham til å trene.

Flere av deltakerne sa at det var hyggelig å høre fra bekjente hvor flinke de var til å trene og hvor mye de hadde gått ned i vekt, og det gjorde at de ble motivert til å yte litt mer. En deltaker uttrykte at hun ikke skrøt av at hun hadde vært på trening, men at alle syntes det var positivt at hun var aktiv. En informant fortalte at det hadde skjedd mange forandringer etter hun hadde startet med livsstilsendring, blant annet at sønnens hennes ikke skjønnte hva som hadde skjedd med henne da hun hadde sluttet å røyke og begynt å trene. Det at sønnen og andre bekjente så at hun hadde gjort en endring med livet, hadde gjort at også hun ble enda mer motivert, noe hun utdyper på denne måten:

*«Ved positiv feedback så øker jo det motivasjonen. Det er jo klart. At noen legger merke til at du har gjort noen endringer. Det er klart det er viktig, så det ikke går alle hus forbi».*

Kvinne, 54 år

### **4.3 Bedre livskvalitet**

Over halvparten av deltakerne sa at de hadde fått en lettere hverdag etter at de begynte å trene. Flere uttrykte at de var mer opplagte i hverdagen, så lysere på tilværelsen og at de hadde overskudd til å være sosiale. Alle intervjudeltakerne fortalte at livsstilsendringen hadde hatt en positiv helsemessig virkning på dem. Etter at deltakerne startet med livsstilsendring på frisklivssentralen hadde halvparten av deltakerne fått det bedre med seg selv. Noen var også mer fornøyd med sine omgivelser.

### 4.3.1 Lettere hverdag

Gjennom intervjuene kom det frem at over halvparten av deltakerne hadde fått en lettere hverdag etter å ha vært på med på en frisklivsresept i regi av frisklivssentralen. En deltaker sa at han så lysere og lettere på ting. Det var lettere å være med på noe sosialt, konsentrasjonen var bedret og det var lettere å jobbe. En respondent sa at hun følte seg mer opplagt, og kunne nå komme seg opp og ned fra en stol uten av det gjorde vondt. Hos en annen deltaker hadde det tidligere vært vanskelig å gå i trapper, men nå som han hadde blitt i bedre form og fått mer muskulatur i kroppen var ikke dette noe problem lenger. Han uttrykte det på denne måten:

*«... alt er lettere. Det er lettere å utføre praktiske gjøremål. Jeg hadde en periode der det var vanskelig å gå opp trappa. Og det hadde ikke noe med pusten å gjøre, men rett og slett at jeg var dårlig trent. Muskulaturen var rotten, regelrett rotten og det har hjulpet veldig ...»*

Mann, 69 år

En respondent uttrykte at hun slet med tunghet. Etter oppholdet på frisklivssentralen hadde hun kommet ut av bobla og blitt mer sosial, samt at hun så lysere på tilværelsen og følte at ting hadde blitt lettere. En av de mannlige deltakerne fikk en kollaps på jobb av en sykdom som gjorde at han ble helt ør og mistet litt opp ned på seg selv. Sykdommen gjorde at han ble innmari fort sliten, slik at han ikke klarte å være på jobb en periode. Etter å ha vært ute og trent regelmessig et par måneder, hadde det hjulpet mye. Han merket at han hadde fått overskudd igjen, og orket mer.

### 4.3.2 Bedre helse

Alle informantene fortalte at de hadde startet med livsstilsendring på grunn av helsemessige årsaker. De uttrykte også at det var helsen som var grunnen til at de fortsatte med livsstilsendring. Noen av informantene fortalte om hjerteproblemer og hadde lært at de måtte være i aktivitet for å forhindre at det ble verre. Flere uttrykte også at de hadde hatt mye vondt i knær, nakke og rygg før de begynte å trene, og at smertene hos noen av deltakerne hadde gått bort etter at de begynte å trene regelmessig, mens hos andre var de fortsatt vedvarende. Disse deltakerne fortalte at de hadde fokus på de positive tingene de kunne gjøre, som for eksempel å trene istedenfor å fokusere på hvor vondt de hadde det.



En respondent uttrykte at han hadde mye vondt i hodet på grunn av trange nakkevirvler. Dersom han anstrengte seg til han ble sliten, fikk han vondt i hodet i mange dager etter på. Etter en periode med trening og øvelser for nakken sa han at det hadde hjulpet på smertene, noe han utdypet på denne måten:

*«... jeg merker når jeg har vært ute og trent er jeg bra resten av den dagen også kanskje neste dag så er det tilbake igjen. Så man må ut å bevege seg ...»*

Mann, 59 år

### **4.3.3 Økt livsglede**

Halvparten av deltakerne fortalte at de hadde det bedre med seg selv etter at de startet med livsstilsendring på frisklivssentralen. En deltaker uttrykte det på denne måten:

*«... hjelper veldig å ha en livsstilsendring som gjør at du har det bedre både med deg selv og de rundt, for man blir i bedre humør automatisk, og det ...»*

Mann, 62 år

En informant uttrykte at hun fortsatte med livsstilsendring fordi hun var mer fornøyd med seg selv og sine omgivelser når hun så det skjedde noe i positiv retning med det hun gjorde. I likhet med denne deltakeren, sa også en annen deltaker at hun hadde fått det bedre med seg selv ved at treningen hadde gitt henne så mye glede at hun glemte smertene hun hadde. Dette uttrykte hun på følgende måte:

*«Det som har hjulpet meg er at jeg er med livsglad og jeg har det mye bedre med meg selv. Og jeg trives. Jeg føler liksom at treningen gir meg så mye glede, og akkurat når jeg er opptatt med å trene er jeg opptatt av treningen og ikke hvor vondt jeg har det».*

Kvinne, 65 år

## 4.4 Tilgang til fysisk aktivitet

### 4.4.1 Organisert trening

Etter oppholdet på frisklivssentralen sa flere av respondentene at de hadde funnet seg en arena å trene på, enten i form av et treningssenter eller i en treningshall. To av informantene gikk jevnlig på gruppetimer på et treningssenter to til tre ganger i uka, mens tre andre deltakere hadde funnet et gruppetreningstilbud i en treningshall som var organisert av andre aktører.

Den ene deltakeren fortalte at det var helt horribelt å være med på gruppetimene i starten, men beit tennene sammen og tenkte at dette må hun få til. Etter en periode likte hun gruppetimene. En annen deltaker hadde blitt veldig godt mottatt og trivdes bra på gruppetimene som var to ganger i uka. Hun sa at hun ikke skulle legge lista høyere enn det, for hun var livredd for å gå lei treningen. Hun hadde planer om å legge inn en treningsdag til, men da måtte hun føle seg frem og finne en treningsmetode som var lystbetont. Hun uttrykte det slik:

*«... jeg tror at jeg skal legge inn en treningsdag til, så jeg får tre. Da må jeg føle meg frem for jeg er livredd for å bli lei. Du skal finne noe som er lystbetont. Så jeg tenkte kanskje, for nede på et treningssenter, så har de mye kurs. Så jeg tenker at jeg kan komme inn der en gang i uka i tillegg og lært litt om hvordan jeg best skal trene for mine plager».*

Kvinne, 65 år

Halvparten av deltakerne fortalte at de ønsket å opprette en egentreningsgruppe. Dette ønsket de for da kunne de fortsatt med den samme treningen som de gjorde på frisklivssentralen bare på privat regi. Den ene deltakeren fortalte at frisklivssentralen hadde prøvd å opprette en slik gruppe, men at det var varierende motivasjon på de deltakerne som var med. Da hun var en del av frisklivsresepten spurte hun frisklivssentralen om det gikk an å legge litt struktur på det, slik at det muligens hadde fungert. En annen informant forklarte at de hadde vært en gjeng som prøvde å møtes for å trene sammen vinteren i fjor. Hun sa at det var flere som møtte opp i starten, men at det ble så kaldt at det ikke møtte opp noen til slutt.

#### 4.4.2 Trening i nærområdet

Alle informantene fortalte at de brukte nærområdet hyppig for å være i fysisk aktivitet, enten ved at de gikk tur i nabolaget, i marka, gikk på ski eller truger, syklet eller padlet. En deltaker fortalte at det var lettere å være fysisk aktiv om sommeren for da hadde han flere treningsmuligheter, sånn som padling med både kano og kajakk. En annen deltaker sa at han likte seg best ute og prøvde helst å trene utendørs, blant annet på gangstier som han brukte til både sykkelturer, gåturer og intervalltrening.

En av informantene hadde dessuten en «ti på topp» bok med mange fine turalternativer rundt om i distriktet og som hun sa hun benyttet seg av. For henne handlet ikke det å være fysisk aktiv om å få veldig høy puls og bedre kondisjon til enhver tid, noe hun uttrykte på en slik måte:

*«... for meg så handler det ikke om hver dag og få veldig høy puls og bedre kondisjon. Det handler om litt av hvert. Jeg kan godt smøre med meg matpakke og ta med meg termos og rusle i to- tre timer. Det krever jo ikke så stor kondisjon ...»*

Kvinne, 65 år



## 5 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes resultatene som har kommet frem i denne studien opp mot teori og empiri for å belyse problemstillingen; «*Hva motiverer deltakere ved frisklivssentraler til å fortsette med livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept?*»

Først vil det bli diskutert hvilken betydning frisklivsresepten har hatt for å motivere til livsstilsendring hos deltakerne. Videre blir det drøftet hvilke ressurser deltakerne tar i bruk for å motivere seg for videre livsstilsendring, der tilgang på fysisk aktivitet i form av organisert trening og trening i nærområdet, samt sosial støtte og tilhørighet er sentralt. Deretter diskuteres deltakernes opplevelse av helsegevinst. Helt til slutt i kapitlet kommer en metodediskusjon.

### 5.1 Frisklivsresepten som en motiverende arena

Som resultatene viser, er det ulike faktorer som har bidratt til at motivasjonen for en livsstilsendring har økt gjennom reseptperioden på frisklivssentralen. Flere av informantene uttrykte at de ønsket å bli mer fysisk aktive på grunn av helsemessige årsaker, men at de strevde med å komme i gang med treningen og det var vanskelig å følge opp treningen på egenhånd. De trengte et spark i riktig retning for å starte opp med trening. Dette samsvarer med litteraturen til Mæland (2010), der det blir beskrevet at mange ønsker å komme i gang med trening ut ifra et ønske om bedre helse og økt velvære. Mæland (2010) beskriver også at det å komme i gang med trening kan være vanskelig på grunn av lav tiltakslyst og mangelfull motivasjon til å starte opp med trening. Dette kom også frem i studien til Følling et al. (2015) der deltakerne, i likhet med deltakerne i denne studien, ikke tok initiativ til å starte en endring på egen hånd.

Resultatene i denne studien kan tyde på at reseptperioden på frisklivssentralen har ført til at de fleste av informantene har fått inspirasjon til å bli mer aktive. Frisklivssentralen har også hjulpet deltakerne med å finne en treningsform som passer deres behov og interesser ved at de har blitt tatt med rundt på forskjellige treningstilbud i nærheten. Når deltakerne finner aktiviteter som er av interesse, og gir en opplevelse av glede, virker det som om det er større sannsynlighet for

at de fortsetter med aktiviteten. Dette kan være en indikasjon på at deltakerne har en indre motivasjon, der deltakerne gjør trening for sin egen del. Treningen oppleves som meningsfull og den gir i seg selv en tilfredsstillende (Imsen, 2014; Lillemyr, 2007).

Selv om flere av deltakerne uttrykte at de hadde fått treningen til å bli en rutine etter at de avsluttet reseptperioden, var det vanskelig for noen av deltakerne å opprettholde treningen fordi de ikke hadde noe fast opplegg å møte opp til. En av disse fortalte at det kunne ha blitt mer struktur på treningen dersom hun hadde innarbeidet en rutine med faste dager og klokkeslett slik det var på frisklivssentralen. Dette samsvarer også med studien til Helgerud og Eithun (2010), der halvparten av deltakeren ikke klarte å opprettholde de samme treningsvanene som de hadde innarbeidet seg etter at de hadde fått trening på resept. Dette kan tyde på at strukturerte og faste treningsrutiner vil være avgjørende for å opprettholde treningen. Dette støttes også av Eliassen (2014), der alle deltakerne påpekte at det var viktig å ha en fast rutine på treningen med faste tidspunkt for å opprettholde regelmessig trening. Ved å ha en fast struktur ble det også lettere å gjennomføre treningen. Ut ifra dette kan man anta at det hadde vært en nyttig med en form for oppfølging fra frisklivssentralen etter at reseptperioden var avsluttet. Det kan være en stor overgang fra å trene med frisklivssentralen i tolv uker, til plutselig å stå på egne bein uten noe form for oppfølging. Likevel er hensikten med frisklivssentralen at deltakerne tilegner seg den kunnskapen som er nødvendig til å fortsette livsstilsendringen på egen hånd (Helsedirektoratet, 2016a). Spørsmålet blir om deltakernes utfordring knyttet til opprettholdelsen av livsstilsendringen, skyldes manglende oppfølging eller manglende motivasjon fra deltakernes side.

I denne studien kom det frem at en av de mest positive opplevelsene med frisklivsresepten var informantenes frihet til å tilpasse øvelsene etter egen form, samt at de kunne selv bestemme hvor mye de ville ta i og yte på treningene. Dette er i tråd med hva Helsedirektoratet (2016a) beskriver som en frisklivsresept, at den skal være tilpasset og strukturert rettet mot individet og en gruppe. I studien til Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund og Bratås (2019) kom det imidlertid frem at deltakernes medvirkning i et livsstilskurs var noe mer begrenset. Deltakerne beskrev hindringer for medvirkning på grunn av begrensede ressurser og standardiserte rammer (Sagsveen et al., 2019).

Det at deltakerne i denne studien følte de var med på å medvirke under frisklivsresepten, kan tyde på at frisklivssentralen jobbet i overensstemmelse med lovverket, jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Den sier at brukeren har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og at helsehjelp skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske - og psykiske integritet, og så langt det lar seg gjøre være i overensstemmelse med brukerens selvbestemmelsesrett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I tillegg støtter teori om empowerment oppunder dette resultatet, ved at helsefremmede arbeidet skal involvere de aktuelle gruppene i alle fasene av arbeidet og ikke bare baseres på hva fagpersonell mener er best (Mæland, 2010). Empowerment vil fremmes når prosesser og aktiviteter styrker deltakernes selvkontroll. Det kan handle om blant annet bedre selvbilde, økt selvtillit, økte kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2007). For flere av deltakerne i denne studien kan det tenkes at empowerment har blitt fremmet gjennom deltakelsen på frisklivsresepten. De kan ha fått økt selvtillit ved at de har fått utfordret seg selv gjennom frisklivsresepten og faktisk sett hva de er i stand til å gjennomføre, slik en informant formidlet; følelsen av at hun faktisk kunne yte mer enn det de la opp til på frisklivssentralen løftet henne og var en veldig stor drivkraft til å utfordre seg selv mer. Gjennom frisklivsresepten kan det se ut som om deltakerne også har fått økte kunnskaper og ferdigheter når det kommer til trening og kostholdsendring. Gjennom intervjuene kom det frem at deltakerne hadde fått inspirasjon til å være mer aktive. En av deltakerne uttrykte til og med at treningen på frisklivssentralen har vært så enkel og effektiv at han har klart å ta med seg den samme treningen hjem. Deltakerne har lært at det ikke skal store endringer til for å leve et sunnere liv. Økt selvtillit, økte kunnskaper og ferdigheter kan tenkes å være motivasjonsfaktorer for varig livsstilsendring.

## **5.2 Tilgjengelige ressurser**

### **5.2.1 Tilgang på fysisk aktivitet**

For å vedlikeholde trening og aktivitet etter avsluttet frisklivsresept har flere av deltakerne i denne studien funnet andre arenaer å trene på. Under intervjuene kom det frem at flere av informantene har begynt med organisert gruppetrening på et treningssenter eller i en treningshall. Disse funnene samsvarer med studien til Båtevik et al. (2008) der det kom frem at tidligere deltakerne av trening på resept benyttet seg mest av treningsstudio, aktiviteter i regi av lag og foreninger utenom idrettslag og treningstilbud som var organisert av kommunen. Flere

av deltakerne i studien hadde også blitt inspirert av reseptordningen de var en del av, og etablert egne treningsgrupper sammen med tidligere deltakere etter at reseptperioden var over. I motsetning til Båtevik et al. (2008) hadde ikke deltakerne i denne studien opprettet en slik gruppe. Dette kan ha flere mulige årsaker. Blant annet vil slike grupper bestå av deltakere med ulike behov og forutsetninger, og en slik løsning vil ikke nødvendigvis passe for alle. Selv om deltakerne i denne studien ikke opprettet en slik gruppe, fortsatte de likevel treningen på egen hånd.

Alle deltakerne i denne studien bruker nærområdet flittig og variert for å være i fysisk aktivitet, enten ved at de går tur i nabolaget, i marka, går på ski eller truger, sykler eller padler. Disse funnene tyder på at det å ha mulighet til å drive fysisk aktivitet i nærområdet kan føre til større aktivitet blant deltakerne. Dette er også i samsvar med studien til Hauge (2014) der deltakerne trakk frem nærmiljøet som en viktig forutsetning for å fortsette med fysisk aktivitet etter deltakelsen på frisklivssentralen. Faktorer som natur og turstier, kommunens tilrettelegging av fysisk aktivitet, samt aktivitetsarrangementer og tilgjengelige idrettsanlegg var avgjørende (Hauge, 2014). For å holde aktiviteten ved like, kan det virke som at det å ha tilgang til ulik fysisk aktivitet er en viktig faktor for motivasjonen, da motivasjon beskrives som de kreftene som frembringer aktivitet hos en person og hva som holder aktiviteten ved like (Lillemyr, 2007).

### **5.2.2 Sosial støtte og tilhørighet**

De fleste av informantene fortalte at det å få positive tilbakemeldinger fra familie og venner har hatt stor betydning for å motivere seg videre til livsstilsendring. Det å høre fra bekjente hvor flinke de var til å trene, spise riktig og hvor mye de hadde gått ned i vekt, gjorde at de ble motivert til å gjøre mer. To av informantene som var samboere fortalte at det var fint å være to stykker for da kunne de passe på at de gjør de riktige tingene med tanke på livsstilsendring. Det å være to i en slik prosess kan tyde på at det vil være enklere å ta de riktige avgjørelsene i endringsprosessen. Betydningen av å ha sosial støtte er viktig når det kommer til endring av levevaner (Espnes & Smedslund, 2009). Dette ser vi også fra tidligere forskning som understreker emosjonell støtte som en viktig faktor for å fortsette med sunne livsstilsendringer (Følling et al., 2015). På en annen side hadde en av deltakerne i denne studien ikke fått noe støtte hjemmefra. Han understreket at det ble vanskeligere og utfordrende å fortsette med



livsstilsendring etter kurset fordi han var alene om det. Dette gir et forsterket inntrykk av hvor viktig støtte fra andre er i livsstilsendingsprosessen. I selvbestemmelsesteorien trekker man frem tre menneskelige behov som må oppfylles for å skape indre motivasjon. Et av disse behovene er tilhørighet. Deci og Ryan (2000) mener dette behovet dreier seg om tilhørighet til andre, anerkjennelse og kjærlighet fra andre mennesker. Ut fra dette kan det derfor tyde på at behovet for tilhørighet ikke er fullt ut tilfredsstillt hos den ene deltakeren, og at den indre motivasjonen til å fortsette med trening og livsstilsendringer på egenhånd dermed er noe svekket.

Flere av deltakerne trakk frem betydningen av å ha noen å trene sammen med for deres motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet. Det å trene sammen med andre gjorde at informantene pushet hverandre, ytet og tok i mer slik at intensiteten på treningen ble høyere. Å delta i treningsgrupper kan ifølge Espnes og Smedslund (2009) gi det lille puffet som får i gang sosiale aktiviteter og gjøre at deltakeren blir mer motivert. For de av deltakerne i denne studien som ikke har mange sosiale arenaer å gå til, kan treningsgrupper være med på å bidra til flere positive sosiale situasjoner (Espnes & Smedslund, 2009). For en av deltakerne i denne studien hadde gruppetreningene på frisklivssentralen ført til at hun ble mer sosial og fått noen å trene sammen med etter oppholdet på frisklivssentralen. Nå som hun hadde flere å trene sammen med, motiverte hun og vennene hverandre med på trening. I studien til Bratland-Sanda et al. (2014) kom det frem at den hyppigste rapporterte motivasjonsfaktoren for økt fysisk aktivitet etter deltakelse på en frisklivsresept nettopp var å være fysisk aktiv sammen med andre. Dette støttes også av Båtevik et al. (2008), som beskriver at omtrent tre fjerdedeler av de som fortsatt var fysisk aktive seks måneder etter reseptperioden var aktive sammen med andre.

Flere av deltakerne i denne studien beskriver å ha god sosial støtte og tilhørighet i forbindelse med livsstilsendring. Dette kan tyde på, ifølge teori om salutogenese, at de innehar motstandsressurser ved at de har god sosial støtte fra familie og venner, samt opplever tilhørighet når de har noen å trene sammen med. Motstandsressurser utvikles ved at man har god sosial støtte, tilhørighet, kunnskap og intelligens og innebærer forutsetninger for utvikling og opplevelse av sammenheng (OAS). Disse motstandsressursene kan føre til at deltakerne i denne studien fremmer mestring i en krevende livssituasjon slik som endring av livsstil kan være (Lindström & Eriksson, 2015). Høyere grad av motstandsressurser deltakerne i denne studien opplever å ha, kan også bidra til en sterk opplevelse av sammenheng (OAS) som igjen

vil føre til at de opplever høyere grad av helse (Langeland, 2009; Lindström & Eriksson, 2015). Dette samsvarer med teorien om salutogenese, der en person som utvikler en sterk OAS er i stand til å ta de rette valgene tilknyttet til helse (Lindström & Eriksson, 2015). Ifølge Lindström og Eriksson (2015) vil mennesker som har utviklet sterk OAS også velge positive levevaner, som for eksempel mer fysisk aktivitet, sunnere matvaner og lavere inntak av tobakk og alkohol. En viktig forutsetning for å lykkes med livsstilsendring, kan da være at personen har utviklet en sterk OAS.

### **5.3 Opplevelse av helsegevinst**

Deltakerne i denne studien uttrykte at livsstilsendringen hadde ført til en bedret livskvalitet ved at de var mer opplagte og hadde mer overskudd, så lysere på tilværelsen, samt hadde fått det bedre med seg selv og sine omgivelser. Dette er i tråd med hva Båtevik et al. (2008) fant i sin studie, der over halvparten av deltakerne i en frisklivsresept opplevde å ha mer overskudd og bedre helse som følge av reseptordningen. De opplevde også at deltakelsen hadde gitt en helsegevinst. Hva som ligger bak den enkeltes vurdering av helsen, ble imidlertid ikke utdypet i studien. Helgerud og Eithun (2010) fant på samme måte i sin studie at deltakerne som deltok på fysisk aktivitet på resept vurderte sin livskvalitet og egen helse som bedret ved ett års oppfølging etter reseptperioden. Flere deltakere i denne studien uttrykte at treningen som de gjennomførte gjennom reseptperioden også bidro til at smerter i knær, nakke og rygg forsvant etter at de hadde begynt å trene regelmessig i form av styrketrening og utholdenhetstrening. Disse funnene støttes av forskningen til Kristensen og Franklyn-Miller (2012) ved at styrketrening kan føre til mindre smerter i knær og rygg og gi økt styrke, funksjon og bevegelighet. Andre deltakere i denne studien uttrykte likevel at smertene fortsatt var vedvarende etter at de hadde begynt å trene regelmessig.

Følgende funn kan tyde på at en opplevelse av bedret helse og livskvalitet, vil kunne føre til at motivasjonen for livsstilsendringen vedvarer, grunnet treningens positive helsemessige effekt. På en annen side kan det tenkes at motivasjonen vil avta for de deltakerne som ikke opplevde en bedre helse etter å ha startet med livsstilsendring.

## 5.4 Metodiske betraktninger

### 5.4.1 Intern validitet

Intern validitet handler om i hvilken grad metoden og referanserammen som har blitt brukt i studien er egnet til å gi relevante og gyldige svar på de spørsmålene som har blitt stilt i forskningsprosjektet (Malterud, 2017). I denne studien har det benyttet et strategisk utvalg for å velge ut informanter til studien. Et slikt utvalg ble brukt i den hensikt å få belyst problemstillingen best mulig (Malterud, 2017). Utvalget som ble rekruttert til studien var relevant da de hadde erfart og opplevd en frisklivsresept. Hvor mange informanter man trenger å rekruttere til studien er ikke lett å vite på forhånd. Antallet avhenger av formålet med studien og inntil metningspunktet er nådd, der ytterligere intervjuer ikke tilfører ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Dersom antall informanter er for lite, kan det være vanskelig å få frem nyanser og data som gir ny kunnskap. Det er derfor viktig å ha variasjonsbredde i utvalget med tanke på blant annet kjønn og alder som gir mulighet til å beskrive flere nyanser av det som skal forskes på. Antall informanter i en intervjuundersøkelse ligger ofte rundt 15 +/- 10 (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). I denne studien ble det til sammen rekruttert åtte informanter. Etter å ha gjennomført de åtte intervjuene, var metningspunktet nådd, og dermed var det ikke hensiktsmessig å rekruttere flere informanter.

For å kontrollere det ferdig transkriberte materialet eller resultatene kan deltakersjekk, ifølge Malterud (2017), være hensiktsmessig. Utskriftene sendes til informantene for godkjenning og korrektur. Dette kan bidra til å rette opp dialekt- og språkuttrykk som er gjengitt feil (Malterud, 2017). Jeg valgte imidlertid å ikke sende utskriftene til informantene for korrektur, da deltakerbekreftelse nødvendigvis ikke trenger å ha noen betydning for validering av studien (Malterud, 2017). En annen faktor som kan ha betydning for å redusere feil, er å analysere dataene sammen med andre. Å gjøre dette kan styrke studiens interne validitet ved at analysen får ulike faglige perspektiver fra forskjellige ståsteder (Malterud, 2017). Imidlertid ble ikke dataene analysert sammen med noen andre i denne studien, grunnet oppgavens individuelle perspektiv.

For å ivareta gyldighet i dette forskningsprosjektet har jeg gjennom hele prosessen hatt et kritisk syn på mine fortolkninger. Jeg har vært åpen om hvordan jeg har praktisert forskningen, og redegjort for de valgene jeg har tatt underveis i prosjektet. Jeg har forholdt meg til aktuelle teorier og tidligere forskning som er gjort innenfor samme tema eller med samme metode.

#### **5.4.2 Ekstern validitet**

Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene er overførbare (Malterud, 2017). I kvalitativ forskning er det for få informanter til at resultatene kan generaliseres (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er mer vanlig å bruke overførbarhet i kvalitativ forskning der funnene i en studie kan være til nytte i andre sammenhenger enn det som studeres, som i denne sammenheng er deltakere på en frisklivsresept ved andre frisklivssentraler i landet (Malterud, 2017).

Utvalget i denne studien bestod både av kvinner og menn, som gjorde at studien fikk perspektiver fra begge kjønn. Når det kommer til alder, var utvalget spredt fra 54 til 72 år med en gjennomsnittsalder på cirka 64 år. Dette bidro til at datamaterialet ble variert med tanke på informantenes ulike erfaringer, opplevelser, perspektiver og livserfaringer når det gjaldt livsstilsendring. Likevel hadde det vært ønskelig med noen informanter som var yngre, da det ville ha representert frisklivssentralen sine deltakere bedre, ettersom gjennomsnittsalderen på deltakerne i frisklivssentralen i 2016 var på 46,5 år (Ekornrud & Thonstad, 2016). Som beskrevet i metodekapittelet, kontaktet jeg en annen frisklivssentral med et ønske om å rekruttere yngre deltakere. Imidlertid stilte den aktuelle frisklivssentralen seg noe kritisk til å rekruttere yngre informanter da de var i en vanskelig og sårbar situasjon. Utvalget bestod til sammen av to forskjellige frisklivssentraler fra omtrent samme området. Hadde rekrutteringen av informantene foregått fra et større geografisk område med flere forskjellige frisklivssentraler, hadde utvalget muligens vært mer blandet. Utvalget i denne studien bestod dessuten bare av etniske nordmenn. Det kunne ha vært interessant og inkludert ulike etniske grupper for å undersøke om det var ulikheter blant gruppene i forhold til motivasjon. Studien er likevel aktuell da den kan være et supplement til kvalitative studier innenfor samme tema.

Denne studien hadde relativt få deltakere, noe som kan ha påvirket den eksterne validiteten. Det var også forskjell mellom informantene på hvor utfyllende de svarte på spørsmålene i intervjuet. Noen svarte kort og konsist, mens andre beskrev mer utfyllende på spørsmålene. Dette kan ha

påvirket informasjonsstyrken i utvalget. Med lav informasjonsstyrke i utvalget trenger man et større utvalg, og motsatt, med høy informasjonsstyrke i utvalget trenger man færre intervjuer (Malterud, 2017). Resultatene i denne studien må derfor tolkes med forsiktighet, da resultatene presenterer erfaringer og meninger fra et lite antall informanter med ulik grad av informasjonsstyrke.

### **5.4.3 Reliabilitet**

Reliabilitet eller pålitelighet omfatter studiens nøyaktighet og troverdighet, samt i hvilken grad forskningens resultat kan reproduseres på et annet tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015). Min rolle som intervjuer var helt ny, noe som kan ha påvirket mine data på grunn av manglende erfaring. Til tross for uerfarenhet hadde jeg likevel god kjennskap til temaet som ble undersøkt. I tillegg ble det benyttet en intervjuguide som ga samtalen struktur. Jeg opplevde de siste intervjuene som bedre da jeg hadde fått erfaring underveis om hvordan et forskningsintervju foregikk. Under intervjuet har jeg forsøkt å være åpen og ikke påvirket informantens svar. Dette ble gjort ved at jeg lyttet aktivt og var oppmerksom på deltakernes svar. Likevel opplevde jeg at noen av deltakerne kom inn på temaer som lå langt utenfor studiens tema. I disse tilfellene forsøkte jeg å lede deltakerne inn på riktig spor igjen uten å avbryte for mye. Flere av spørsmålene ble oppfattet ulikt av deltakeren. For å unngå misforståelser kom jeg med ulike eksempler for å sikre at informanten hadde forstått spørsmålet rett. Validering underveis i et intervju kan ifølge Malterud (2017) bestå i at forskeren sjekker sin egen oppfatning med spørsmål. For å forsikre meg om at jeg hadde forstått deltakeren riktig, ble det stilt oppfølgingsspørsmål som: har jeg forstått deg rett når ...? Kan du si noe mer om ...? Dette kan bidra til en felles forståelse i det som blir sagt mellom forsker og deltaker (Malterud, 2017). Dette er med på å styrke troverdigheten til studien.

Dersom transkripsjon av intervju blir utført av to forskjellige forskere kan reliabiliteten styrkes (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble imidlertid ikke gjort i denne studien da denne studieoppgaven er et selvstendig arbeid med veiledning på et overordnet nivå. Intervjuene ble tatt opp med en lydopptaker som hadde god lyd, og jeg kunne høre nøyaktig hva informantene fortalte. Jeg skrev dessuten ned intervjuene ordrett for å forsikre meg om at jeg ikke gikk glipp av viktig data.

Som analysemetode ble det valgt systematisk tekstkondensering. Denne analysemetoden ble brukt fordi den er egnet til å få frem forskjeller i informantenes erfaringer, opplevelser og holdninger når det kommer til motivasjon for videre livsstilsendring. Systematisk tekstkondensering er også en analysemetode som er grundig beskrevet trinn for trinn. Metoden er utviklet for at nybegynnere skal få en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en overkommelig og systematisk måte (Malterud, 2017). For meg som er en uerfaren forsker, har det vært fint å bruke en metode som er nøye beskrevet. Dette har bidratt til å redusere muligheten for å gjøre feil.

Resultatet i denne studien kan også reproduseres på et annet tidspunkt av andre forskere ved at analyseprosessen har blitt nøye beskrevet i kapittel 3, som gjør at andre får mulighet til å følge stegene i analysen trinn for trinn. På den måten har jeg ivarett studiens intersubjektivitet ved at andre får innsyn i forskningsprosessen (Malterud, 2017).

#### **5.4.4 Implikasjoner av funnene**

Funnene i denne studien har bidratt til en ny forståelse og kunnskap av hva som motiverer til videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Funnene viser blant annet hvor viktig det er med sosial støtte og tilhørighet i en endringsprosess, samt hvor avgjørende det er å ha enkel tilgang på fysisk aktivitet i nærområdet slik at det blir lettere å komme seg i aktivitet. Funnene i denne studien kan bidra til ny kunnskap og forståelse av hva som motiverer til videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Denne kunnskapen kan være nyttig for de ansatte ved frisklivssentralene og helsemyndighetene og deres videre arbeid med å utvikle tilbudet til frisklivssentraler i landets kommuner, samt kommunens tilrettelegging av fysisk aktivitet.

Det trengs mer forskning på feltet, både kvalitativ og kvantitativ slik at vi kan få en bedre forståelse av hva som faktisk motiverer til livsstilsendring. Denne studien ga ikke noe svar på hvilken effekt frisklivssentraler har hatt på lang sikt, samt hvordan deltakerne opplever å stå på egne bein uten noe form for oppfølging etter avsluttet reseptperiode. Det er dermed behov for å få en bedre forståelse av hvilken langtidseffekt frisklivsresepten har for deltakere, og om motivasjonen for livsstilsendring er vedvarende.

## 6 Konklusjon

Formålet med denne studien var å få en nærmere forståelse av hva som motiverer til livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Studiens funn viser at det er mange ulike faktorer som har bidratt til dette.

Funnene viser at flere av deltakerne ønsket å bli mer aktive på grunn av helsemessige årsaker, men at de strevde med å komme i gang med treningen og at det var vanskelig å følge opp treningen på egenhånd. Etter avsluttet reseptperiode på frisklivssentralen, fikk deltakerne inspirasjon til å bli mer aktive, fant aktiviteter som var av interesse, samt at aktivitetene hadde gitt en opplevelse av glede. Dette er faktorer som kan ha bidratt til at motivasjonen for livsstilsendring har vedvart etter reseptperioden. Økt selvtillit, økte kunnskaper og ferdigheter tilknyttet en sunn livsstil, samt sosial støtte og tilhørighet i forbindelse med livsstilsendring, kan ha ført til en økt følelse av empowerment og opplevelse av sammenheng (OAS). Dette kan også tenkes å være motivasjonsfaktorer for varig livsstilsendring.

En av hovedgrunnene til at motivasjonen for livsstilsendring vedvarte var at deltakerne hadde fått bedre livskvalitet og helse. De var mer opplagte, hadde mer overskudd, så lysere på tilværelsen, hadde fått det bedre med seg selv og sine omgivelser, samt at ulike smerter i kroppen forsvant. Sosial støtte og tilhørighet i forbindelse med livsstilsendring er også en viktig forutsetning for den videre motivasjonen. Støtte fra familie og venner gjorde at deltakerne ble motivert til å gjøre enda mer. Også det å ha tilgang til ulik fysisk aktivitet, samt det å trene sammen med andre kan virke som å ha hatt en stor betydning for deltakernes videre motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet.

Funnene i denne studien har bidratt til en ny forståelse og kunnskap av hva som motiverer til videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Det trengs mer forskning på feltet, både kvalitativ og kvantitativ slik at vi kan få en bedre forståelse av hva som faktisk motiverer til livsstilsendring, og om denne livsstilsendringen er vedvarende.





## 7 Referanser

- Askheim, O. P. (2007). Empowerment- ulike tilnæringer I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment : i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bratland-Sanda, S., Lislevatn, F. & Lerdal, A. (2014). Frisklivsresept ; en tverrsnittsundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune. *Fysioterapeuten*, 81(3), 18-24. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Frisklivsresept-en-tverrsnittsundersokelse-fra-frisklivssentralen-i-Modum-kommune>
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R. & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. Volda: Høgskulen i Volda Møreforsking Volda.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknolog. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi* (2. utg.). Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Ekornrud, T. & Thonstad, M. (2016). *Frisklivssentralar i kommunane. Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod*. Oslo–Kongsvinger. Hentet fra [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/256787?\\_ts=15308376750](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/256787?_ts=15308376750)
- Eliassen, M. (2014). *Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer : en kvalitativ studie* (Masteroppgave ). UiT Norges arktiske universitet, Tromsø. Hentet fra <https://munin.uit.no/handle/10037/6568>
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelse rapporten, overvekt og fedme*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/#datagrunnlag>

- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten - kortversjon, Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Følling, I. S., Solbjør, M. & Helvik, A. S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *Bmc Family Practice*, 16, 9. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z>
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hauge, H. C. U. (2014). *Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral: En kvalitativ studie* (Masteroppgave ). Nordic School of Public Health, Nhv, Göteborg. Hentet fra <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A756949&dswid=646>
- Helgerud, J. & Eithun, G. (2010). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hokksund Rehabiliteringssenter/ Norges Naturvitenskapelige Universitet
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeid- veien til god helse for alle* (IS-1846). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten* (IS-1735). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud* (IS-1896). Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler\\_IS1896.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf)

- Helsedirektoratet. (2016b). *Hva er en frisklivssentral?* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>
- Imsen, G. (2014). *Elevenes verden : innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Tollånes, M. C., Haaland, A., Kinge, J. M. & Skirbekk, V. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015 : resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. Oslo: Folkehelseinstituttet, Senter for sykdomsbyrde. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/sykdomsbyrde\\_i\\_norge\\_2015.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf)
- Kristensen, J. & Franklyn-Miller, A. (2012). Resistance training in musculoskeletal rehabilitation: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 46(10), 719-726. <https://doi.org/10.1136/bjsports79376>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, (4), 288-296.
- Lillemyr, O. F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse : hva ligger bak det vi gjør?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06-27-71. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H. & Bratås, O. (2019). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectations*, 22(2), 226-234.  
<https://doi.org/10.1111/hex.12846>
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2017). Empowerment og samfunnshelse I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling : natur og kultur som folkehelse* (s. 47-55). Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO. (2018). *Obesity and overweight*. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring : veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

# Vedlegg

**Vedlegg 1:** Forespørsel til frisklivssentraler

**Vedlegg 2:** Intervjuguide

**Vedlegg 3** Godkjenning fra NSD

**Vedlegg 4:** Informasjonsskriv til deltakere og samtykkeskjema





## **FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL Å SAMLE DATA VED FRISKLIVSSENTRALEN**

Som en del av masteroppgaven i studiet master i helsevitenskap ved NTNU Trondheim skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt, hvor formålet er å få en nærmere forståelse av hva som motiverer til livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Tittel på prosjektet er: «*Motivasjon for livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral*».

I studien skal det brukes individuelle intervju som vil blant annet omhandle hvordan frisklivsresepten motiverer deltagerne til livsstilsendring, hvilke ressurser deltagerne tar i bruk for å motivere seg til livsstilsendring og hva som setter deltagerne i stand til å fortsette med videre livsstilsendring på egenhånd. Intervjuene vil ha en varighet på ca. en time og det er ønskelig å bruke en lydopptaker for å få med alt som blir sagt underveis i intervjuet.

Til studien er det ønskelig med 6-10 deltagere. Disse deltagerne kan ha deltatt på fysisk aktivitetskurs, kostholdsveilederkurs og røykesluttkurs. Jeg ønsker å intervju deltagerne etter at de har gjennomført et frisklivskurs i regi av dere.

Deltagerne vil få et informasjonsskriv som omhandler bakgrunn og formål med prosjektet, hva som innebærer å delta i studien, hva som skjer med de innhentede opplysningene og hvilke rettigheter deltagerne har. For å delta i studien må deltagerne skrive under på et samtykkeskjema. Dette samtykket skal forsikre deltagerne om at de har mottatt og fått informasjon om prosjektet.

Studien er meldt til og godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Prosjektperiode vil være fra 01.11.2018- 01.06.2019

Leder for prosjektet er min veileder Ola Bratås, førsteamanuensis ved NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

Med dette håper jeg på et positivt svar fra dere.

Med vennlig hilsen

Masterstudent Maren Aasheim





# Intervjuguide

## Før intervjuet starter:

- Informert samtykke
- Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn.
- Forklare hva som skal skje under intervjuet, hvordan det skjer (ved bruk av en lydopptaker)
- Avklare om noe er uklart, noen spørsmål før vi begynner?

## Innledende spørsmål:

- **Hvor gammel er du?**
- **Hvilken del av frisklivsresepten er du med på?**  
(fysisk akt, bra mat, røykesluttkurs, mestring - og endrings kurs)
- **Har du deltatt på en frisklivsresept flere ganger? Hvor mange?**
- **Kan du fortelle litt om hvorfor du valgte å delta på et frisklivskurs i regi av kommunen?**
  - Hvordan kom du i kontakt med frisklivssentralen?
  - Henvist av fastlegen, fysioterapeut, kontaktet frisklivssentralen direkte

## Hovedspørsmål:

- **Kan du beskrive hvordan/ hvorfor kurset var med på å endre din motivasjon for livsstilsendring?**
  - Blitt mer bevisst på endringer i livet ditt, viljestyrken din er bedre, mer tro på deg selv
- **Hva er det som har gjort at din motivasjon for livsstilsendring har økt/ ikke økt?**
- **Hvilken betydning har dine nærmeste (familie, venner) og omgivelsene rundt deg vært med på å endre din livsstil?**

- Fått støtte og oppmuntring dersom ting har gått litt tungt, fått ros fra andre rundt deg når det har gått bra, dette kan være med på å øke motivasjonen
  
- **På hvilken måte har denne livsstilsendringen vært viktig for deg?**
  - Helsemessige grunner, jobb, familie
  - Og har livsstilsendringen påvirket din livskvalitet? Evt. på hvilken måte?
  
- **Hva skal til for å motivere deg for livsstilsendringer fremover?**
  - Hvilke tilgjengelige ressurser skal du ta i bruk (både indre og ytre)?
  - Familie, venner, fritidsområder i nærområdet, treningssenter/ treningsgrupper
  
- **Hvilke mål har du satt deg fremover, og hva skal til for å gjennomføre målene?**

Avsluttende spørsmål:

- **Er det noe du vil tilføye/ noe som er uklart før vi avslutter intervjuet?**

Helt til slutt:

- Takke deltageren
- Forklare hva som skjer med opptaket
- Avklare spørsmål
- Spørre om det er greit at jeg tar kontakt dersom jeg trenger noen avklaringer eller informasjon om det som har blitt snakket om

Oppfølgingsspørsmål:

- Kan du si noe mer om....?
- Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av hva som...?
- Har du flere eks. på...?
- Har jeg forstått deg rett når...

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Motivasjon for livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral

### Referansenummer

897786

### Registrert

03.10.2018 av Maren Aasheim - marenaas@stud.ntnu.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) /  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ola, ola.bratas@ntnu.no, tlf: 73412159

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Maren Aasheim, mar\_aas@hotmail.com, tlf: 99473108

### Prosjektperiode

01.11.2018 - 01.06.2019

### Status

15.10.2018 - Vurdert

## Vurdering (1)

### 15.10.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 15.10.18. Behandlingen kan starte.

### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

3.4.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.19.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

**PERSONVERNPRINSIPPER**

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32)

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

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kjersti Haugstvedt  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### ***Motivasjon for livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral***

#### **Bakgrunn og formål med prosjektet**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie, hvor formålet er å få en nærmere forståelse av hva som motiverer til livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved kommunale frisklivssentraler. Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave i studiet master i helsevitenskap ved NTNU Trondheim. Ansvarlig for studien er Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU), Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du er over 18 år og har vært deltaker av en frisklivsresept ved en kommunal frisklivssentral. Alle som deltar på fysisk aktivitetskurs, kostholdsveilederkurs, røykesluttkurs og endring og mestringskurs vil bli forespurt om å delta i prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta i studien?**

Deltakelse i studien innebærer at du deltar på et individuelt intervju om din motivasjon for videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept. Intervjuet vil ha en varighet på omtrent en time og gjennomføres av en masterstudent. Vi ønsker å bruke en lydopptaker for å få med alt som blir sagt underveis i intervjuet. Spørsmålene vil blant annet omhandle hvordan frisklivsresepten motiverer deg til livsstilsendring, hvilke ressurser du tar i bruk for å motivere deg til livsstilsendring og hva som setter deg i stand til å fortsette med videre livsstilsendring på egenhånd.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller senere velger å trekke deg fra studien. Hvis du ønsker å delta i studien, skriver du under på samtykkeerklæringen på siste side. Denne skal forsikre deg om at du har mottatt og fått informasjon om prosjektet.

#### **Hva skjer med opplysningene dine?**

- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene om deg, vil navnet og kontaktopplysningene dine bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data, og vil sammen med lydopptaket bli slettet ved prosjektslutt 01.06.2019.
- Det er kun masterstudent og veileder som har tilgang til dine opplysninger.
- Personvernopplysninger om deg vil ikke bli publisert i oppgaven, og det som blir publisert i studien blir anonymisert. Det kan hende du kjenner igjen noen av utsagnene som blir sitert i oppgaven. Det skal ikke være mulig for andre å identifisere deg i resultatene av studien når disse blir publisert.

- Resultater fra studien vil bli publisert som en masteroppgave. Resultatene vil også bidra til ny kunnskap og forståelse av hva som motiverer til videre livsstilsendring etter avsluttet frisklivsresept ved frisklivssentraler. Denne kunnskapen kan være nyttig for helsemyndighetene og deres videre arbeid med frisklivssentraler i landets kommuner.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Studien er meldt til og klarert av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Dersom du har spørsmål til studien, eller senere ønsker å trekke tilbake ditt samtykke, kan du ta kontakt med:

- Prosjektleder Ola Bratås, NTNU Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU), Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie  
Tlf: 73 41 21 59/ 905 78 969  
E-post: ola.bratas@ntnu.no
- Eller masterstudent Maren Aasheim  
Tlf: 994 73 108  
E- post: mar\_aas@hotmail.com
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post: personvernombudet@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

---

Maren Aasheim  
Masterstudent  
NTNU  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie  
sykepleie

---

Ola Bratås  
Prosjektleder/ Førsteamanuensis  
NTNU  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Motivasjon for livsstilsendring etter opphold i frisklivssentral* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.06.2019

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

