

Marte Lønhaug Engeroen  
Britt-Maria Vestli

## Frisklivssentraler og ergoterapeuters potensielle bidrag

Basert på hvilket fokus ansatte ved frisklivssentraler har og anser som viktig i sitt arbeid, hvordan kan ergoterapeuter bidra til endring i levevaner gjennom muliggjørelse og samarbeid med deltakere?

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Torbjørn Skåleskog Jacobsen  
Mai 2020



Tittel:	Frisklivssentraler og ergoterapeuters potensielle bidrag	
Forfatter:	Marte Lønhaug Engeroen og Britt-Maria Vestli	
Veileder:	Torbjørn S. Jacobsen	
Nøkkelord:	Ergoterapi, frisklivssentraler, muliggjørelse, endring i levevaner	
Antall ord: 9998	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: Ja

**Innledning:** Frisklivssentraler er en kommunal tjeneste som har som formål å fremme helse og forebygge sykdom. Ergoterapeuter regnes som en profesjon som kan arbeide ved frisklivssentraler.

**Hensikt:** Denne oppgaven undersøker hvordan ergoterapeuter potensielt kan bidra i arbeidet som gjøres ved frisklivssentraler. Ved å få innsikt i hvilket fokus ansatte ved frisklivssentraler har og anser som viktig, samt knytte informasjonen til ergoterapifaglig kompetanse, kan oppgaven være et bidrag til å utvide kunnskapen om ergoterapeuters mulige arbeidsområde. Oppgaven belyser følgende forskningsspørsmål: “Basert på hvilket fokus ansatte ved frisklivssentraler har og anser som viktig i sitt arbeid, hvordan kan ergoterapeuter bidra til endring i levevaner gjennom muliggjørelse og samarbeid med deltakere?”

**Metode:** Studien er gjennomført med kvalitativt design, hvor kvalitativt forskningsintervju er benyttet som metode. Det er gjennomført fire individuelle intervjuer med ansatte ved frisklivssentraler.

**Resultat:** Informantene vektlegger brukermedvirkning, inkludering og deltakelse i sitt arbeid for å oppnå endring i levevaner med deltakerne. Aktiviteter og omgivelser tilpasses den enkeltes deltaker. Et helhetlig syn, og evnen til å se deltakers livssituasjon fremstår som viktig kompetanse. Forskjellig faglig bakgrunn blant de ansatte anses som nyttig i tverrfaglig samarbeid, noe som er ønskelig. Endringsbasert veiledning, med motiverende intervju anvendes som samtaleteknikk.

**Konklusjon:** Gjennom drøfting avdekkes det at det finnes flere likhetstrekk mellom ansattes fokus i praktisk arbeid ved frisklivssentraler og ergoterapeuters kompetanse. Brukermedvirkning står sentralt hos begge. Ergoterapeuters kunnskap om helhet og dynamisk samspill mellom person, aktivitet og omgivelser, samt bruk av muliggjørende ferdigheter kan være bidragsytende innen flere fokusområder, og slik bidra til muliggjørelse.

Title:	Healthy Life Centres and occupational therapist's potential contribution	
Author:	Marte Lønhaug Engeroen and Britt-Maria Vestli	
Supervisor:	Torbjørn S. Jacobsen	
Keywords:	Occupational therapy, Healthy Life Centres, enabling, Lifestyle changes	
Number of words: 9998	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential): Open

**Background:** Healthy Life Centres is a municipal service that aims to promote health and prevent disease. Occupational therapists are considered a profession that can work at Healthy Life Centres.

**Purpose:** This study examines what occupational therapists potentially can contribute with at Healthy Life Centres. By gaining a perspective on the focus employees at Healthy Life Centres consider important, and by pairing this information with occupational therapist's expertise, this study may be a contribution to expand the knowledge regarding occupational therapist's potential workspaces. The study highlights the following topic/question:

"Based on what focus employees at Healthy Life Centres holds and consider important in their work, how can occupational therapists contribute to lifestyle changes through enabling and collaboration with participants?"

**Method:** This study has a qualitative approach. Data were collected in four individual interviews with employees at Healthy Life Centres.

**Results:** Informers emphasizes user involvement, inclusion and participation as essential in their work to help participants at Healthy Life Centres achieve lifestyle changes. Activities and surroundings are adapted to the individual participant. A holistic view and the ability to acknowledge the participant's life situation is considered to be of importance. Different professional backgrounds among employees are considered useful in interdisciplinary collaboration. Change-based guidance with motivational interview is used as a conversation technique.

**Conclusion:** Through discussion it is revealed that there are several similarities between employees' focus in practical work at Healthy Life Centres and occupational therapist's expertise. User involvement is central to both. The occupational therapist's knowledge on a holistic view and the dynamic interaction between person, activity and environment, as well as the use of enabling skills can contribute on several focus areas, thus contributing to enabling.

# Forord

Etter en innholdsrik prosess, ser vi på Bacheloroppgaven som en lærerik og fin avslutning på ergoterapiutdanningen ved NTNU Gjøvik. Vi har opparbeidet oss mange erfaringer og verdifull kunnskap vi ikke ville vært foruten.

Mange har vært involverte i denne prosessen. Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt til at vi kan presentere et ferdig produkt.

Først og fremst vil vi takke informantene som har tatt seg tid og bidratt med sin kunnskap, slik at denne oppgaven var mulig å gjennomføre. Videre vil vi takke vår veileder Torbjørn Skåleskog Jacobsen for veiledning og støtte gjennom hele prosessen.

Til slutt ønsker vi å takke hverandre for god støtte, lærerike samtaler og godt samarbeid gjennom denne arbeidsprosessen.

Britt-Maria Vestli og Marte Lønhaug Engeroen

Romedal og Reinsvoll, 03.05.2020

# Innholdsfortegnelse

<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>4</b>
<b>INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>TEMA FOR BACHELOROPPGAVEN</b> .....	6
<b>BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG ERGOTERAPIFAGLIG RELEVANS</b> .....	6
<b>TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	7
<b>TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	8
<i>Verdenssynet</i> .....	8
<i>Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)</i> .....	8
<b>BEGREPSAVKLARING</b> .....	9
<b>FORMÅL</b> .....	10
<b>FORSKNINGSSPØRSMÅL</b> .....	10
<b>METODE</b> .....	<b>11</b>
<b>PLANLEGGING</b> .....	11
<b>VALG AV METODE</b> .....	11
<b>VALG AV INFORMANTER</b> .....	12
<b>DATAINNSAMLING</b> .....	13
<b>ANALYSERING</b> .....	13
<b>VERIFISERING</b> .....	15
<b>LITTERATURSØK</b> .....	15
<b>RESULTATER</b> .....	<b>15</b>
<b>ARBEID OG FORMÅL VED FRISKLIVSSENTRALER</b> .....	16
<i>Arbeid og metodikk</i> .....	16
Tilbud .....	16
<i>Deltakere</i> .....	17
<b>VARIG ENDRING AV LEVEVANER</b> .....	18
<i>Brukermedvirkning og mestring</i> .....	19
<b>RELEVANT KOMPETANSE INNEN FRISKLIVSSENTRALER</b> .....	20
<i>Helhetskompentanse og tverrfaglig samarbeid</i> .....	20
<i>Inkludering og deltakelse</i> .....	20
<b>DISKUSJON</b> .....	<b>22</b>
<b>DISKUSJON AV RESULTAT</b> .....	22
<i>Formål og arbeid ved frisklivssentraler og ergoterapeutisk tilknytning</i> .....	22
Endringsbasert veiledning.....	24
<i>Varig endring av levevaner og ergoterapeutisk tilknytning</i> .....	26

Brukermedvirkning og mestring .....	26
Vaner, rutiner og egne ressurser .....	27
<b><i>Relevant kompetanse innen frisklivssentraler</i></b> .....	28
Tverrfaglig samarbeid og ergoterapeuters mulige bidrag .....	28
Helhetskompetanse.....	29
Inkludering og deltakelse .....	30
<b>DISKUSJON AV METODE</b> .....	32
<i>Valg av metode</i> .....	32
<i>Valg av informanter</i> .....	32
<i>Innsamling av data</i> .....	33
<i>Analysering</i> .....	34
<b>REFERANSELISTE</b> .....	37
<b>VEDLEGG 1- INFORMASJONSSKRIV</b> .....	41
<b>VEDLEGG 2 - INTERVJUGUIDEN</b> .....	45
<b>VEDLEGG 3 - SØKEHISTORIKK</b> .....	47

# **Innledning**

## **Tema for bacheloroppgaven**

Temaet for bacheloroppgaven er frisklivssentraler og ergoterapeuters potensielle bidrag. Oppgaven tar for seg hvordan ergoterapeuter kan tenkes å bidra i arbeidet som gjennomføres ved frisklivssentraler, basert på hva ansatte anser som essensielt fokus og viktig i arbeidet. Dette kan bidra til å øke kunnskapen om ergoterapeuters aktuelle kompetanse innen en slik helsefremmende og forebyggende arbeidsarena.

## **Bakgrunn for valg av tema og ergoterapifaglig relevans**

Bakgrunnen for valg av tema er basert på lovverk, Norsk ergoterapeutforbunds definisjoner innen ergoterapeuters arbeidsområder og samfunnsutvikling med tanke på ergoterapifaget. Jmfør Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal kommunen bidra til fremming av helse, forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, gjennom råd, veiledning og opplysning, i helse- og omsorgstjenester. Frisklivssentraler er en helsefremmende og forebyggende arena hvor slikt arbeid gjøres (Helsedirektoratet, 2011). Helsedirektoratet har utviklet anbefalinger for organisering av denne tjenesten (Helsedirektoratet, 2011). Ansatte på frisklivssentraler regnes som helsepersonell og kan potensielt inneha ulik faglig bakgrunn; fysioterapi, sykepleie, ergoterapi, pedagogikk og folkehelsevitenskap nevnes som aktuelle profesjoner (Helsedirektoratet, 2016). I tillegg sier Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) at ergoterapi, blant annen fagkompetanse, skal være representert i alle kommuner i Norge.

Litteratursøk og personlig erfaring tilsier at ergoterapeuter ikke er representert i stor grad ved frisklivssentraler. Det later til at dette kan grunne i manglende kunnskap om ergoterapeuters kompetanse, og at ergoterapeuter må være innovative for å inkluderes på områder som helsefremming (Holmberg og Ringsberg, 2014). Av den grunn var det ønskelig å undersøke hva som gjøres på frisklivssentraler, uavhengig av fagprofesjon, for å finne ut hva ergoterapeuter kan bidra med.



Norsk Ergoterapeutforbund (2011) sier at ergoterapeuter skal medvirke til rådgivning og veiledning vedrørende livsstilsendring og hverdagsaktiviteter, for primærbrukere og pårørende gjennom lavterskeltilbud. Peoples, Brandt og Pedersen (2019) hevder at ergoterapeuter kan bidra i helsefremmende og forebyggende arbeid, samt at aktivitetsutfordringer ofte er komplekse, og at tverrfaglig samarbeid for oppnåelse av best resultat for brukeren kan ses hensiktsmessig. Ergoterapeuter kan tenkes å bidra til å fremme helse og velvære, ved å muliggjøre for deltakelse i meningsfulle aktiviteter, da Law (2002) legger frem dette som noe av formålet til ergoterapi.

### **Tidligere forskning**

Holmberg og Ringsberg (2014) sier i sin studie at innen både helsefremmende arbeid og ergoterapi, blir meningsfull aktivitet og deltakelse ansett som relevant. Videre hevder de at ergoterapeuter kan arbeide helsefremmende, og at dette kan resultere i økt fremming av helse- og velferdstilbud, samt et mer inkluderende samfunn (Holmberg og Ringsberg, 2014). Tucker *et al.* (2014) viser til at det eksisterer flere likheter mellom helsefremmende arbeid og ergoterapeutisk utøvelse, samt at ergoterapeuter kan bidra til inkludering, deltakelse og økt aktivitet for alle, innen helsefremmende arbeid.

Det er ikke avdekket tidligere forskning som omhandler ergoterapi og frisklivssentraler. Derimot er det funnet forskning vedrørende hvordan uspesifiserte fagutøvere ved frisklivssentraler opplever og bidrar til brukermedvirkning (Sagsveen *et al.*, 2018a), deres bidrag til myndiggjøring og hva brukermedvirkning innebærer på denne arenaen (Salemonsens *et al.*, 2020). I tillegg er deltakernes opplevelse av medvirkning i egen prosess ved frisklivssentraler undersøkt (Sagsveen *et al.*, 2018b). Samtlige ovennevnte artikler anbefaler ytterligere forskning knyttet til sine aktuelle områder (Holmberg og Ringsberg, 2014; Sagsveen *et al.*, 2018a; Salemonsens *et al.*, 2020; Sagsveen *et al.*, 2018b). Derfor kan det være aktuelt med supplerende forskning knyttet til frisklivssentraler generelt, da det ser ut til å være mangelfullt, og fraværende vedrørende ergoterapi.

## **Teoretisk rammeverk**

### **Verdenssynet**

Oppgaven er posisjonert ut fra det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet, da det samsvarer med oppgavens formål og forskningsspørsmål. Creswell (2009) beskriver at menneskers mening og forståelse blir konstruert gjennom verdenen og konteksten de både lever og arbeider i. Fordi det var ønskelig å innhente fagutøveres praktiske erfaring og fokus ved arbeid ved frisklivssentraler, ble verdenssynet ansett som en hensiktsmessig ramme. Da dette var forenlig med at kvalitative forskere ønsker å undersøke subjektive meninger i individers unike kontekst og verden (Creswell, 2009).

### **Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)**

CMOP-E (Townsend og Polatajko, 2008), er valgt som referanseramme for bacheloroppgaven, da den sees hensiktsmessig med tanke på formålet til frisklivssentraler. Under formål nevnes endring av levevaner, mestring av helseutfordringer, veiledning for livskvalitet, brukermedvirkning samt oppdagelse av aktuelle aktiviteter (Helsedirektoratet, 2011). CMOP-E er en referanseramme som fokuserer på aktivitet og deltakelse, samt kan benyttes som et utgangspunkt for å analysere, fra et ergoterapeutisk perspektiv, menneskers viktigste muligheter og begrensninger med tanke på aktivitetsutøvelse og engasjement (Kielsgaard, Madsen og Skaarup, 2019). CMOP-E skildrer det dynamiske forholdet mellom person, aktivitet og omgivelser, og viser til at alle komponentene er avhengige av hverandre (Kielsgaard, Madsen og Skaarup, 2019). Personen, som i modellen består av de tre komponentene kognitivt, affektivt, og fysisk, har spiritualitet som et senter, og er helt omsluttet av omgivelsene (Townsend og Polatajko, 2008). Kulturelt, institusjonelt, fysisk og sosialt er med på å danne grunnlaget for hva omgivelsene kan innebære (Townsend og Polatajko, 2008). De meningsfulle aktivitetene, med komponentene egenomsorg, produktivitet og fritid, blir illustrert som et bindeledd mellom person og omgivelser (Townsend og Polatajko, 2008).

Canadian Model of Client- Centered Enablement (CMCE), har utspring fra CMOP-E (Townsend og Polatajko, 2008), og elementer herfra anvendes i den grad det ses

hensiktsmessig for å besvare forskningsspørsmålet. CMCE visualiserer personsentrert muliggjørelse, gjennom kjernekompetansen og muliggjørende ferdigheter (Townsend og Polatajko, 2008).

I tillegg blir Frisklivsveilederen (Helsedirektoratet, 2011) benyttet gjennom prosjektet for å vise til de veiledende rammene en frisklivssentral bør forholde seg til i etablering, gjennomførelse og arbeid.

## **Begrepsavklaring**

### ***Frisklivssentral***

Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Basistilbudet omfatter støtte til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen kan også gi veiledning og tilbud ved utfordringer knyttet til psykiske belastninger og søvn, samt risikofylt alkoholbruk. Frisklivssentralen skal være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid. (Helsedirektoratet, 2011).

### ***Veileder for kommunale Frisklivssentraler - Frisklivsveileder***

“Veilederen beskriver kvalitetskrav og anbefalinger for etablering, organisering og tilbud ved kommunale frisklivssentraler.” (Helsedirektoratet, 2011).

### ***Lavterskeltilbud***

Lavterskeltilbud blir av regjeringens rundskriv definert som et tilbud, ofte gratis, hvor det ikke er nødvendig med henvisning eller timebestilling, slik at det skal oppleves som lav terskel å kunne benytte tjenestene eller aktivitetene som tilbys (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

### ***Frisklivsresept***

«Frisklivsresept er en *henvisningsblankett* som gir tilgang til et strukturert, tilpasset og tidsavgrenset individ- og gruppetilbud ved frisklivssentralen» (Helsedirektoratet, 2011).

### ***Muliggjørelse***

Muliggjørelse er en strategi som skal redusere ulikhet i helse, og sikre like muligheter og ressurser (World Health Organization, 2020). Dette kan gjøres ved å skape støttende omgivelser, tilgjengelig informasjon og ferdigheter for å ta sunne valg, og kan ikke oppnås dersom en ikke er i stand til å ta kontroll over medvirkende faktorer som påvirker ens egen helse (World Health Organization, 2020).

### ***Meningsfulle aktiviteter***

Individer, grupper eller lokalsamfunn har personlige, meningsfulle aktiviteter de utøver eller engasjerer seg i for å oppleve mening og tilfredsstillelse (Townsend og Polatajko, 2008).

## **Formål**

Oppgavens formål er å undersøke hvordan ergoterapeuter potensielt kan bidra i arbeidet som gjøres ved frisklivssentraler. For oppnåelse av formålet er det valgt å innhente informasjon fra ansatte ved frisklivssentraler, angående hva de anser som viktig i arbeidet. Ved å få innsikt i dette, samt knytte informasjonen til ergoterapifaglig kompetanse, kan oppgaven være et bidrag til å utvide kunnskap om ergoterapeuters mulige arbeidsområder.

## **Forskningsspørsmål**

“Basert på hvilket fokus ansatte ved frisklivssentraler har og anser som viktig i sitt arbeid, hvordan kan ergoterapeuter bidra til endring i levevaner gjennom muliggjørelse og samarbeid med deltakere?”

## **Metode**

Oppgaven er induktiv, og kvalitativ metode er benyttet. Ethiske overveielser med utgangspunkt i etiske prinsipper, samt lovverk er tatt i betraktning underveis i metodekapittelet.

### **Planlegging**

Før oppstart ble det utarbeidet en prosjektplan for hvordan bacheloroppgaven skulle gjennomføres. Med utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2015) beskrivelse av en studies syv stadier, ble det planlagt hvordan prosessen skulle gjennomføres både med hensyn til innhold og overholdelse av tidsfrister. Ethiske perspektiver ble vurdert, jamfør forsvarlighets- og ansvarsprinsippet (NOU 2005:1, 2004). Det foreligger krav om forhåndsgodkjenning av forskningsprosjekt (Helseforskningsloven, 2008). Formidlingen av godkjenning er gjennomført av emneansvarlig for bacheloroppgaver i ergoterapi ved NTNU Gjøvik.

Store deler av planene for gjennomføringen måtte endres underveis, grunnet situasjonen rundt Covid-19. Arbeidsprosessen har dermed foregått etter gjeldende retningslinjer om smitteverntiltak og råd utstedt av Folkehelseinstituttet (2020), samt NTNU Gjøvik (2020). Alt samarbeid har blitt gjennomført via telefon og skriveprosessen har foregått i et felles dokument. Det har blitt tatt hensyn til at ingen personvernopplysninger eller gjenkjennbare fakta har blitt delt over nett. Dette, samt transkripsjonene har kun blitt lagret på ekstern minnepenn. Minnepennen har blitt fysisk utvekslet mellom studentene, men likevel innenfor smitteverntiltakenes rammer.

### **Valg av metode**

For å besvare forskningsspørsmålet ble kvalitativ design og metode ansett som mest hensiktsmessig. I kvalitativ metode legges fokuset på informasjonsinnhenting av temaer som vanskelig lar seg måle i tall, eksempelvis mening og opplevelse (Dalland, 2017). Dette kan gi en dyptgående datainnsamling fra få mennesker som er i direkte kontakt med arbeidsfeltet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Kvalitativt forskningsintervju ble anvendt, da det var ønskelig å oppnå en forståelse for hva ansatte ved frisklivssentraler anser som viktig i sitt arbeid. Informanten kan bidra til å gi sin subjektive mening og forståelse innen gitte temaer (Kvale og Brinkmann, 2015). Kvalitative forskningsintervjuer blir ansett som en relevant metode å benytte dersom forskningsspørsmålet etterspør hvordan noe gjøres, og for å kunne forstå verden fra informantens side (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette kan også være forenlig med det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet (Creswell, 2009). Tilnærmingen i slik kvalitativ forskning vil være induktiv, da det tas sikte på å innhente informasjon av et visst antall mennesker, for å være i stand til å si noe generelt om temaet (Kvale og Brinkmann, 2015).

### **Valg av informanter**

På bakgrunn av antagelsene om at det er få ergoterapeuter som arbeider ved frisklivssentraler, og ønsket om å utvide ergoterapeuters arbeidsområde, er det valgt å innhente informanter uten at de nødvendigvis har ergoterapifaglig utdanning. Datainnsamlingen ligger derfor til grunn for å vurdere ergoterapeuters bidrag innen et muligens uoppdaget arbeidsfelt.

Antallet informanter ble bestemt på bakgrunn av bacheloroppgavens rammer som avgrenset tid og ressurser for gjennomførelse. Rekrutteringen av informanter ble gjort gjennom strategisk utvalg (Dalland, 2017), grunnet antagelser om at deres kunnskap ville være relevant for forskningsspørsmålet. Basert på Helsedirektoratets oversikt (Helsedirektoratet, 2020) ble fire frisklivssentraler valgt ut. Geografisk plassering ble tatt i betraktning, slik at intervjuer på informantens arbeidsplass var gjennomførbart. Kommunene frisklivssentralene tilhørte varierte i størrelse, slik at dataene skulle være mest mulig representative. Det ble sendt ut et informasjonsskriv utarbeidet etter malen fra Norsk Senter for Forskningsdata (Vedlegg 1) til de respektive Frisklivssentralenes fellesmail. Der ble prosjektets formål, informantens rettigheter, oppbevaring og behandling av materialet samt personopplysninger beskrevet, i tillegg til en vedlagt samtykkeerklæring for deltakelse. Dette samsvarer med selvbestemmelsesprinsippet (NOU 2005:1, 2004), og kravet om samtykke til deltakelse (Helseforskningsloven, 2008). I forbindelse med utsendelse av informasjonsskriv ble det presisert at hensikten ikke var at ergoterapeuter skulle overta arbeidsoppgaver ved frisklivssentraler, men undersøke hvorvidt de kan bidra til tjenesten, jamfør Kvale og Brinkmanns (2015) anmodning om at fordeler skal veie opp for ulemper ved deltakelse.

Spesifikk fagbakgrunn ble ikke brukt som inklusjonskriterium, men det ble stilt krav til at informantene skulle arbeide direkte ved en frisklivssentral. De fire informantene ønsket å delta og returnerte signert samtykkeerklæring.

## **Datainnsamling**

Den opprinnelige informasjonsinnhenting var ment å foregå på de respektive frisklivssentralene, men grunnet situasjonen rundt Covid-19 ble det valgt å gjennomføre intervjuene digitalt. Telefonkonferanse ble derfor ansett som hensiktsmessig. Denne løsningen ble vurdert som mer stabil og stilte færre krav til informantenes tilgang på elektronisk utstyr. Både diktafonens funksjon og telefonkonferanse ble utprøvd i forkant, etter anmodning fra Dalland (2017). Ved mistanke om redusert lyd kvalitet under intervjuene, ble det stilt bekreftende spørsmål.

Fire semistrukturerte intervjuer ble gjennomført. Taushetsplikt, lydopptakerens funksjon og informantenes rettigheter ble avklart i forkant (Kvale og Brinkmann, 2015). Det ble tatt utgangspunkt i en intervjuguide (Vedlegg 2). Denne ble anvendt veiledende med mulighet for oppfølgende spørsmål. Alle temaene og spørsmålene i intervjuguiden ble gjennomgått i samtlige intervjuer. Ved presentasjon av formålet ble fokus på brukermedvirkning, mestring, inkludering og deltakelse vektlagt, for å sette visse rammer for innhold. I gjennomføringen av intervjuene var begge studentene delaktige, men i ulike roller, basert på forslag fra Dalland (2017). Den ene studenten fungerte som hovedintervjuer og formidler av intervjuguiden, mens den andre skrev notater og deltok strategisk med oppklarings- eller oppfølgings spørsmål.

## **Analysering**

Innehavere av helse- og personopplysninger som erverves i prosjektet, skal hindre at andre får tilgang til dette (Helseforskningsloven, 2008). Konfidensialitet omhandler sikring av anonymitet av informantene og deres arbeidssted, samt hvem som har tilgang til materialet (Kvale og Brinkmann, 2015). Underveis og i etterkant av intervjuene, ble lydopptaker og ekstern lagringsenhet benyttet. På tross av utfordringer som følge av situasjonen rundt Covid-19, og gjeldende smittevernsreglement (NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2020; Folkehelseinstituttet, 2020), har ingen opptak, transkripsjoner eller

personlige opplysninger blitt delt over nett. I et forsøk på å øke konfidensialiteten er det ikke navngitt eksempelvis identifiserbare kurs, aktiviteter og samarbeidspartnere i resultatene.

Intervjumaterialet blir mer forenelig med analysering gjennom transkribering fra muntlig til skriftlig form (Kvale og Brinkmann, 2015). Transkriberingen ble gjennomført i tråd med en utarbeidet prosedyre, for å sikre lik fremgangsmåte hos begge studentene. Hver student transkriberte to intervjuer. Transkripsjonene ble i etterkant lest igjennom og lyttet til av studenten som ikke arbeidet med gjeldende intervju, for å sikre god oversikt over materialet, samt at gjengivelsen var så presis som mulig. Dette samsvarer med Kvale og Brinkmanns (2015) første trinn i analysering av data. Arbeidsprosessen videre er inspirert av de resterende trinnene for analyse (Kvale og Brinkmann, 2015). De naturlige meningsenhetene ble avdekket, ved at meningen i informantens utsagn ble skrevet ned uten fyllord og lyder som "ehm" og "mhm". Dette ble gjort i samarbeid for å fremme objektivitet. Videre ble koding og kategorisering gjennomført. Kodene er beskrivende for innhold i teksten, og kan derfor benyttes til å enklere sortere ulike uttalelser. Underveis i arbeidet ble det utviklet både kategorier og temaer. Kategoriene som hver har tilhørende koder, ble strukturert inn under temaene; Arbeid og formål ved frisklivssentraler, Relevant kompetanse innen frisklivssentraler og Varig endring av levevaner. For å sikre resultater som er relevante for forskningsspørsmålet, ble temaene gjennomgått. Først individuelt, så i samarbeid, for å sikre at vesentlige resultater ikke ble utelatt. Relevant data ble trukket ut, og omskrevet til en beskrivende tekst, hvor temaene strukturerer resultatkapittelet.

Resultatene beskriver hvordan ansatte ved de respektive frisklivssentralene arbeider, og hva de anser som viktig i sitt arbeid. For å besvare forskningsspørsmålet, tas det derfor utgangspunkt i resultatene, og ergoterapeuters potensielt aktuelle kompetanse diskuteres, ved bruk av relevant litteratur og tidligere forskning.



## **Verifisering**

God kvalitet, reliabilitet og validitet ble vektlagt gjennom hele forskningsprosessen.

Reliabilitet omhandler resultatenes troverdighet, hvorvidt de kan reproduseres (Kvale og Brinkmann, 2015) og deres pålitelighet (Dalland, 2017). Søkehistorikk (vedlegg 3) viser fremgangsmåten for innhenting av tidligere forskning. Intervjuguiden (vedlegg 2) har bidratt til at de samme temaene har blitt gjennomgått i alle intervjuene. For å opptre objektivt har begge studenter deltatt i alle deler av prosessen, inkludert transkribering og analysering.

Validitet omhandler hvorvidt metoden egner seg for den aktuelle undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2015), og relevans og gyldighet (Dalland, 2017). Metoden kan tenkes hensiktsmessig, da det er gjort informasjonsinnhenting fra personer som jobber på frisklivssentraler. Informasjon de oppgir, bør kunne være relevant og gyldig, da dette inngår i deres arbeidsoppgaver. Intervjuguidens spørsmål er basert på frisklivsveilederens anbefalinger for frisklivssentraler.

## **Litteratursøk**

Flere databaser ble benyttet til litteratursøk, men anvendte artikler ble funnet i Medline (Ovid) og CINAHL (Complete), med følgende søkeord:

Healthy Life Centres (Keyword), Occupational Therapy, Health Promotion, Occupational Therapist, Occupation (human), Participation (keyword).

I tillegg ble det avdekket en relevant artikkel gjennom litteraturlisten til andre artikler. Denne har tidligere blitt benyttet som pensumlitteratur i undervisning ved NTNU Gjøvik. Samtlige artikler er fagfellevurdert, og vurdert hensiktsmessige, basert på Helsebibliotekets sjekkliste (Helsebiblioteket, 2016). Søkehistorikk som førte til anvendte artikler ligger vedlagt (vedlegg 3).

## **Resultater**

I denne delen av oppgaven vil resultatene fra de fire individuelle intervjuene bli presentert. Informantene er ansatte ved frisklivssentraler, og deltakere er personer som anvender tjenester ved frisklivssentralen. Resultatene struktureres etter tre temaer, som hver har egne kategorier.

Hovedtemaene er: Arbeid og formål ved frisklivssentraler, Relevant kompetanse innen frisklivssentraler og Varig endring av levevaner.

## **Arbeid og formål ved frisklivssentraler**

### **Arbeid og metodikk**

Felles for alle de fire intervjuene er at ingen av informantene har samme fagprofesjon, og ingen av dem er utdannet ergoterapeut. Frisklivssentralene de arbeider ved varierer i størrelse, men har til felles at det er minst 100% stilling som frisklivsveileder og/eller -koordinator, fordelt på én eller flere ansatte. Alle informantene opplyser at de følger frisklivsveilederen fra Helsedirektoratet, men i noe varierende grad. En informant trekker også frem anvendelse av Folkehelseloven som en retningslinje.

Alle informantene opplyser at samtale med deltakeren og oppfølging skjer ved oppstart, midtveis og avslutningsvis, men forekommer hyppigere ved behov. Endringsbasert veiledning, med Motiverende intervju (MI) anvendes som samtaleteknikk. Informantene gjør individuelle tilpasninger, både med tanke på fokus for samtalen, hvordan den gjennomføres og omgivelsene den blir gjennomført i. En informant trekker eksempelvis frem at ulike verktøy som samtale, å gå tur, ulike øvelser for å bli kjent med og få deltakeren til å se sin egen verdi, blir benyttet. Dette foregår gjennom aktiviteter eller i omgivelser hvor det er tenkelig at deltakeren opplever mestring. Alle informantene nevner at ved første helsesamtale med deltakeren er bruk av standard kartleggingsskjema fra Helsedirektoratet anbefalt. En av dem tilføyer at enkelte deltakere opplever dette som utfordrende. Noen informanter sier at den første helsesamtalen er en "bli-kjent"-samtale, hvor det arbeides for å skape en relasjon til deltakeren. Tre av informantene trekker frem det å sette mål og legge en plan sammen som nyttig, og arbeidet starter ved denne samtalen.

### ***Tilbud***

I samtlige intervjuer fremgår det at en vanlig frisklivsresept er på 12 uker, men at ved alle frisklivssentralene informantene er tilknyttet vurderes og utvides dette ved behov.

Informantene sier dette innebærer at deltakerne får fortsette på tilbud etter endt reseptperiode om ønskelig, og noen informanter opplyser eksempelvis om rabatter i treningsavgifter for å

senke barrieren til videre deltakelse. En informant forteller at enkelte deltakere er tilknyttet frisklivssentralen i flere år uten hyppige oppfølgingssamtaler, men noe sjeldnere for å opprettholde en link og støtte i hverdagen.

Ved alle frisklivssentralene eksisterer det tilbud innen basisområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, med noe variasjon i utforming. Samtlige informanter opplyser at det er observert nedgang i henvisninger rettet mot røykeslutt, og at det derfor ofte gis individuell veiledning på dette. Innen fysisk aktivitet og kosthold tilbys det både individuelle og gruppebaserte aktiviteter og kurs. Ulike former for sosiale samlinger tilbys i forbindelse med enkelte gruppebaserte aktiviteter, forteller tre av informantene. Flere trekker også frem tilbud om ulike lærings- og mestringskurs, hvor noen er diagnosespesifikke. Det varierer ut fra behov, kompetanse og tilgjengelige ressurser om kursene og aktivitetene blir holdt av den enkelte frisklivssentral, eller med eksterne samarbeidspartnere. I den forbindelse blir helsesykepleiere, ernæringsfysiologer, kokk og fysioterapeut nevnt som eksempler på involverte samarbeidspartnere.

## **Deltakere**

Felles for de respektive frisklivssentralene er at de har deltakere som er i ulike situasjoner; noen er i jobb, noen er på arbeidsavklaring, noen er utenfor jobb. Informantene forteller at deltakerne har forskjellige utfordringer med tanke på helse, slik som ulike livsstilssykdommer, og at situasjonene ofte er komplekse og består av mange påvirkende elementer. Eksempler som nevnes er faktorer som utfordrende helse, økonomiske vansker og redusert sosialt liv. Mange har nederlagsopplevelser fra tidligere. Variasjon blant deltakerne beskrives som stor både med tanke på fysisk og psykisk funksjon, samt hvor de plasserer seg på den sosiale rangstigen. En informant viser til at det er alt fra deltakere som ikke er i stand til å ivareta egne basale behov, til deltakere som har én enkelt utfordring de ønsker veiledning på. Alle informantene trekker frem at det ofte er mangel på rutiner, vaner og struktur i hverdagen hos deltakerne.

Informantene beskriver de fleste deltakerne som voksne og eldre hvor flertallet ser ut til å være i aldersspennet mellom 40 og 60 år. Ingen av informantene trekker frem alder som et

eksklusjonskriterium for deltakelse. En informant sier: "(...) det er funksjonsnivå og ikke alder som avgjør." Det finnes fellestrekk blant deltakerne. En informant uttrykker det slik; "(...) likheten er at de ikke klarer å mestre livet slik det er i dag, på en eller annen måte."

Deltakerne har også til felles at deres henvisninger i hovedsak kommer fra fastlege, noen fra NAV eller annet helsepersonell. Et fåtall tar kontakt på eget initiativ. En informant uttrykker et ønske om at fastlegene skal henwise til frisklivssentraler tidligere da de opplever en tendens til at frisklivsresepten blir utdelt når ingenting annet har virket. Det ser likevel ut til, ifølge en annen informant, at det er flere som kommer på eget initiativ nå. Disse deltakerne er gjerne mer motiverte, har flere ressurser og tro på egen mestring.

### **Varig endring av levevaner**

Samtlige informanter opplyser om et fokus på oppnåelse av varig endring i levevaner i samarbeid med deltakerne. Informantene beskriver hva som ønskes oppnådd; en informant trekker frem det å eie sitt eget liv som et mål, mens en annen sier; "Målet er som sagt rett og slett å fremme helse, ressurser og styrker hos folk, og det å begrense og forebygge eventuell sykdom. Det er fokus på dette med friskressurser da - det tenker jeg er veldig viktig."

Alle informantene sier at endring av levevaner er tidkrevende og at deltakernes bakgrunn, med tanke på sosioøkonomisk status, tidligere livserfaring og kroppsfunksjon, kan påvirke prosessen. Det å skulle møte mennesker som ikke mestrer ivaretagelse av egne basale behov, og som har blitt henvist til frisklivssentralen når ingenting annet har fungert, blir beskrevet av en informant som utfordrende. Alle informantene trekker frem rutiner og vaner som viktig for å endre levevaner. En sier at dersom det finnes en struktur i hverdagen eller grunnleggende hverdagsrutiner vil det være enklere å jobbe med å endre andre vaner. En annen forteller at de prater mye rundt det for det handler mye om bevisstgjøring av vaner. Det sies blant annet; "Vi ser at rutiner og struktur i hverdagen er utrolig viktig! Det er nesten alfa og omega for å få til noe i det hele tatt. Det har vi mye fokus på."

Ved arbeid med fokus på endring varierer fremgangsmåten ut fra deltakerens behov, men informantene viser til at det ofte sees på en helhet. Det blir utarbeidet et langsiktig, overordnet mål, samt en plan for å nå både del- og hovedmål. Dette gjøres i samarbeid med deltakeren

gjennom veiledning. Alle informantene forteller at for å unngå kaos for deltakerne fokuseres det ofte på én og én ting, da én endring kan fungere som en døråpner og trekke med seg den neste endringen. En informant uttrykker det slik at det ikke er hensiktsmessig å fokusere på detaljer ved eksempelvis kostholdet, hvis en deltaker sliter over en lang periode, ikke opplever mestring eller ser verdien i seg selv. Da bør det heller vektlegges arbeid med selvbildet, ressurser og anerkjennelse av seg selv som bra nok.

### **Brukermedvirkning og mestring**

Alle informantene vektlegger brukermedvirkning og mestring i sitt arbeid med deltakere, og en informant anser dette som essensielt for at det skal skje en varig endring i levevaner. Ved de respektive frisklivssentralene blir det poengtert at tilbudene skal være lavterskel, passende for de aller fleste og at den enkelte deltaker får være med på det de ønsker og er motivert for. Samtlige sier at egedeltakelse er vesentlig. Flere uttrykker at dersom deltakeren ikke har forståelse for hvorfor de skal komme med mye selv, prøver de å endre tankegangen for hva som skal til for at vedkommende skal ta i bruk egne ressurser. I et av intervjuene blir det fremstilt slik: “(...) vi kaller dem heller ikke brukere, men deltakere og det vil jeg jo si at på en måte fremhever det perspektivet.”. Dersom de møter stor motstand hos deltakerne beskriver en informant at de må prøve å finne en motivasjon og lokke frem denne sammen med egne tanker om eget endringspotensiale. I likhet sier to andre informanter at det kan være hensiktsmessig å tenke at man sår et frø og tro at det har en effekt, selv om det ikke alltid synes.

Ved en frisklivssentral presenteres tilbudene ut fra hvor deltakeren er, men noen deltakere ønsker å prøve ut mye og kan dermed bli veiledet til å bremse. En informant sier at det handler om å treffe på nivå, mens de andre trekker frem målsetting sammen med deltakeren som verktøy for å synliggjøre mestring. En informant forteller at det å snakke om tidligere erfaringer, om hva som har fungert og hva som skal til for at deltakeren skal få større tro på egen gjennomføring, er viktig i arbeidet med å oppnå mestring. Videre sier samme informant at dialog, fokus på mestring og det å se og rose deltakeren også blir en form for mestring. Avslutningsvis sier en annen informant; ”Jeg vil si alle tjenestene har jo fokus på mestring, men kanskje enda mer hos oss.”.

## **Relevant kompetanse innen frisklivssentraler**

### **Helhetskompentanse og tverrfaglig samarbeid**

I løpet av intervjuene trekker informantene frem ulike kompetanser i tilknytning til arbeidet ved frisklivssentraler. Kunnskap om kroppen, sykdom, evne til å motivere og tilpasse tiltak til hver enkelt deltaker, samt endringsfokusert veiledning med eksempelvis MI som verktøy, trekkes frem som viktig. Ifølge en informant arbeides det ofte med utgangspunkt i fysisk aktivitet, men andre faktorer og aktiviteter kan være like viktige for levevaner. Derfor ligger like gjerne fokuset der, avhengig av hver enkelt deltaker. Vedkommende tror derfor at hvilke som helst aktiviteter kan bidra til fremming av helsen. Fag- og helhetskompentanse, åpen tilnærming og personlig egnethet understrekes som betydningsfullt. Ansatte bør være interessert i helse og ha evnen til å tilrettelegge for de forskjellige deltakerne for å øke inkludering og deltakelse. Alle trekker frem ressurser, mestring, og deltakelse som viktige elementer i arbeidet ved frisklivssentraler, og en av dem uttrykker dette slik: “Jeg ser det er viktig å ha fokus på dette med ressurser, mestring og deltakelse hos den enkelte. Det er veldig, veldig viktig i frisklivsarbeidet.”.

En informant mener at en frisklivssentral bør ha flere ulike yrkesgrupper, både sosial- og aktivitetsfaglig. En annen sier at det handler om personlighet og ikke hvilken profesjon man har, men at fagbakgrunnen likevel er av betydning da den påvirker hvordan man tenker. Viktigheten av tverrfaglig samarbeid trekkes frem av samtlige, men to sier at det kan oppleves som utfordrende og en av dem spekulerer i om dette grunner i manglende kunnskap, erfaring og ferdigheter vedrørende tverrfaglig samarbeid. Å ha en grunnkompetanse innen et fagområde, men samtidig klare å ha et tverrfaglig fokus, blir påpekt som viktig av en informant.

### **Inkludering og deltakelse**

I forbindelse med inkludering og deltakelse forteller en informant at ved vedkommendes arbeidsplass har temaet fysiske omgivelser og dets påvirkning blir drøftet. Det ble da trukket frem et eksempel på hvordan ordlyden på opplysningstavler kan føre til at mennesker opplever stigmatisering ved deltakelse i de gitte omgivelsene. Det blir i tillegg trukket frem et

eksempel om at enkelte deltakere opplever fordommer om at de som er deltakende ved en frisklivssentral har behov for å slanke seg. Informanten presiserer at dette ikke stemmer. En informant forteller at det antageligvis eksisterer noe forvirring rundt begrepene og formålet til frisklivssentraler både politisk, hos befolkningen og innen helsesektoren. Det arbeides derfor for å synliggjøre kompetansen og den jobben som gjøres, blant annet gjennom sosiale medier og ved markering av ulike nasjonale kampanjer.

En informant forteller at de pleier å spørre om deltakerne føler seg alene: “Jeg har tenkt at det som kanskje er et fellestrekk som går igjen er at veldig mange opplever at de ikke har noen å gjøre ting med; en sånn utenforsksfølelse er kanskje felles for veldig mange av dem.”. For å bidra til opplevelse av inkludering og deltakelse på selve frisklivssentralen, nevner to av informantene at det legges til rette for en sosial sammenkomst i forbindelse med enkelte gruppetilbud. De beskriver dette som suksessfaktorer. En av informantene uttrykker at behovet for en sosial arena muligens er større enn behovet for en fysisk. En annen nevner turgåing i forkant av treningstimer som et sosialt og inkluderende tiltak, og noe flere parter har utbytte av.

Blikkontakt, smil og småprat med alle deltakerne trekkes frem som viktige faktorer for inkludering i gruppetilbud, og en informant viser til dette som en del av det vanlige arbeidet: “(...) det er jobben vår å inkludere folk”.

I tillegg til det de ansatte gjør for å bidra til inkludering i sine tilbud forteller en informant at de presenterer for deltakerne at de selv må være aktivt deltakende i kursene da dette har mye å si både for dem selv og andre til stede. Tilpasning av den enkelte aktivitet blir nevnt som en faktor for å fremme deltakelse, ifølge en informant. I det ene intervjuet blir det nevnt at i forbindelse med et tilbud ved gitt frisklivssentral, deltar frivillige personer fra en organisasjon som likemenn i gruppen i et forsøk på å skape inkludering og deltakelse.

## **Diskusjon**

Diskusjonen er delt i to, hvor den første delen omhandler en vurdering av hvordan ergoterapeuter kan bidra i arbeid ved frisklivssentraler, basert på informasjonen innhentet i intervjuene. Dette gjøres ved drøfting av resultater sett opp mot det teoretiske rammeverket CMOP-E, tidligere forskning, frisklivsveileder og annen litteratur relevant for temaet. Den andre delen vil innebære diskusjon av metoden, hvor metodens fremgangsmåte og dens positive og negative aspekter diskuteres.

### **Diskusjon av resultat**

Resultatene viser at ansatte ved frisklivssentraler fokuserer på å fremme endringer i levevaner hos deltakerne, og Frisklivsveilederen anvendes som en retningslinje for arbeidet. Brukermedvirkning og egendeltakelse vektlegges i stor grad gjennom hele prosessen, og kartlegging, målsetting, og oppfølging gjøres i samarbeid med deltakerne. Endringsbasert veiledning, i hovedsak ved bruk av MI benyttes, og det er fokus på å bidra til inkludering og deltakelse. Et helhetlig syn, og evnen til å se deltakernes livssituasjon fremstår som viktig kompetanse hos de ansatte. Likevel kommer det frem at ulik grunnkompetanse også kan bidra og være nyttig i det tverrfaglige samarbeidet. Individuell tilpasning for å skape mestring og motivasjon fremstilles som viktig. Dette kan omhandle eksempelvis tilpasning av aktiviteter og omgivelser i forskjellige situasjoner.

### **Formål og arbeid ved frisklivssentraler og ergoterapeutisk tilknytning**

En av informantene uttrykker at målet ved deres arbeid er å fremme helse, ressurser og styrker og å begrense eller forebygge eventuell sykdom. Frisklivsveilederen støtter viktigheten av dette da målet med arbeidet beskrives som å fremme helse og forebygge sykdom gjennom hjelp til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2011). Tilnærmingen skal være helhetlig og fokuset skal være på å forsterke de fysiske, sosiale og mentale ressursene for helse, mestring og endring (Helsedirektoratet, 2011). Samtidig skal brukermidvirkning stå sentralt i hele prosessen (Helsedirektoratet, 2011). Resultatene bekrefter gjennomføring av og fokus på dette i praktisk arbeid. Samlet kan dette sees i sammenheng med flere ulike komponenter i ergoterapeuters kompetanse. Eksempelvis trekkes personsentrert muliggjørelse gjennom meningsfulle aktiviteter frem som



ergoterapeuters kjernekompetanse og som deres faglige identitet (Townsend og Polatajko, 2008). Videre skal ergoterapeuter bidra til menneskers mulighet til deltakelse i aktiviteter som fremmer helse, livskvalitet, personlig mening og samfunnsdeltakelse, ved bruk av ulike metoder (Bonsaksen og Ellingham, 2017). Dette kan ses som et resultat av fokus på de ulike områdene som for eksempel den ergoterapeutiske modellen CMOP-E består av (Townsend og Polatajko, 2008). CMOP-E har en grunnleggende antagelse om at en helhet av en persons livssituasjon bør tas i betraktning, ettersom samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser blir ansett som dynamisk (Kielsgaard, Madsen og Skaarup, 2019). Det dynamiske samspillet innebærer at forandring innen et av disse områdene sannsynligvis vil medføre forandringer i ulike faktorer på de andre områdene (Townsend og Polatajko, 2008).

Basert på resultatene kan det antas at flere av deltakerne ved frisklivssentralene har utfordringer med ulike aktiviteter både i hverdagsliv, arbeid og fritid, og at endring for å fremme den enkeltes helse er hensiktsmessig. Tidligere forskning legger frem at helsefremming forutsetter deltakelse i meningsfull aktivitet (Holmberg og Ringsberg, 2014). Ergoterapi og muliggjørende ferdigheter legges frem som svært betydningsfullt ved begrenset menneskelig aktivitet (Townsend og Polatajko, 2008). Alle sider ved en persons liv inneholder meningsfulle aktiviteter og de kan omhandle fritid, arbeid og egenomsorg (Law *et al.*, 2002). Ergoterapeuten kan for eksempel engasjere deltakere i meningsfulle aktiviteter og slik muliggjøre endringer (Townsend og Polatajko, 2008). Dette gjennom å identifisere og tolke faktorer ved personer og omgivelser, noe som er grunnleggende i ergoterapi (Townsend og Polatajko, 2008).

En informant opplyser at de ofte har fysisk aktivitet som utgangspunkt i sitt arbeid, men de ser at andre aktiviteter og ulike faktorer knyttet til aktivitet er viktige for levevaner og av den grunn like gjerne har fokuset der. Avhengig av den enkeltes ønsker og interesser kan det, ifølge informanten, være hvilke som helst aktiviteter som fremmer helse. Dette stemmer overens med ergoterapeuters oppfatning av at trivsel og helse påvirkes av aktiviteter og at de, uavhengig av type (Peoples, Brandt og Pedersen, 2019), er en vesentlig del av menneskers hverdagsliv og gir mening i tilværelsen ut fra individets perspektiv (Aagaard og Langdal, 2019). For å være i stand til å realisere ambisjoner, oppfylle krav, samt være i stand til å endre eller mestre omgivelsene i hverdagslivet er meningsfulle aktiviteter ansett som nødvendige fra

et ergoterapeutisk perspektiv (Townsend og Polatajko, 2008). Det tolkes dithen at viktigheten av dette deles av informantene. Likhetsstrekkene støttes av Holmberg og Ringsberg (2014) da de legger frem at meningsfull aktivitet og deltakelse er elementer av stor betydning for både ergoterapeuter og helsefremmende arenaer.

Informantene forteller at endring av levevaner er tidkrevende samt at deltakernes livssituasjon og erfaring påvirker hele prosessen. De trekker frem at fremgangsmåten er varierende. Likevel starter alle møter med nye deltakere med en helsesamtale, en såkalt “bli-kjent”-samtale, for å kartlegge situasjonen, utarbeide mål og starte med relasjonsbygging. Sagsveen (2018b) underbygger det at individuelle helsesamtaler, målsetting og relasjonsbygging er viktig for å støtte endring i levevaner. Med CMOP-E som utgangspunkt kan en forståelse av en persons livssituasjon, samt kunnskap om å ta ulike påvirkende faktorer i betraktning (Townsend og Polatajko, 2008), ses som likheter i allerede utført arbeid ved frisklivssentraler, og som mulig bidrag fra ergoterapeuter. Tucker *et al.* (2014) underbygger likhetene og viser til at en helhetlig innsikt i individers hverdagsliv som en påvirkende faktor for helsen, vektlegges i både helsefremmende arbeid og ergoterapi.

I endringsprosessen arbeides det ofte med én og én utfordring, slik at én endring kan fungere som en døråpner for ny endring, ifølge resultatene. Informantene begrunner dette som forebyggende for å ikke skape kaos for deltaker. I slike sammenhenger kan ergoterapeutenes muliggjørende ferdighet å tilpasse (Townsend og Polatajko, 2008) sees relevant. Gjennom denne ferdigheten kan ergoterapeuter bidra til å gradere og tilpasse aktiviteter på en slik måte at deltakeren ikke blir overveldet (Townsend og Polatajko, 2008). Kravene som stilles til deltakeren tilpasses den enkelte og bør også skjerpes ved positiv utvikling (Tuntland, 2011). Resultatene viser til at ulike kurs og tilbud tilbys basert på hva den enkelte har behov for. Kunnskap om tilpasning og samarbeid med deltakeren kan være nyttig.

### ***Endringsbasert veiledning***

Informantene opplyser at individuelle tilpasninger gjøres i alt arbeid, også i forbindelse med hvordan kartlegginger gjennomføres. Eksempelvis gjennomføres samtaler på en spasertur, hvis det antas at deltakeren opplever mestring gjennom denne aktiviteten. Ulike øvelser

anvendes også dersom det anses som mest hensiktsmessig i gitt situasjon. Med ergoterapeuters forståelse for samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser (Townsend og Polatajko, 2008), og en forventning om å være kreative i sitt arbeid (Madsen og Morville, 2019), kan det antas at de har kompetanse på å tilrettelegge omgivelser og aktiviteter ved frisklivssentraler på en hensiktsmessig måte. Dette kan være virkemidler for å gjøre deltakerne i stand til å uttrykke egne tanker og meninger (Townsend og Polatajko, 2008).

I resultatene fremgår det at alle informantene arbeider med å lokke frem motivasjon og tanker om eget endringspotensiale hos deltakeren og at dette er viktig kompetanse. Dette gjøres via endringsfokusert veiledning med MI som samtaleteknikk. Sagsveen (2018a) og Sagsveen (2018b) viser til at MI i tillegg til relasjonsbygging er viktig for brukermedvirkning. Grunnleggende kompetanse om MI er et krav jamfør Frisklivsveilederen, men andre metodiske tilnærminger for å snakke om endring anses også som relevant i arbeidet (Helsedirektoratet, 2011). Opplæring i MI trekkes ikke spesifikt frem i Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapiutdanning (2019). Det er altså ikke gitt at ergoterapeuter har kompetanse på MI, men det er likevel tenkelig at de kan drive endringsbasert veiledning. Ergoterapeuter kan muliggjøre endring ved å fremme deltakernes visjon om endring basert på den enkeltes tanker om muligheter (Townsend og Polatajko, 2008). Viktigheten av kompetanse på forandringsprosesser for å bistå deltakere til muliggjørelse, støttes av Kegan (1994) i Townsend og Polatajko (2008). Konsultering, samarbeid, engasjement og coaching kan være eksempler på relevante muliggjørende ferdigheter å benytte seg av i denne sammenhengen (Townsend og Polatajko, 2008). Konsultering kan innbefatte å ta deltakernes perspektiver i betraktning, oppmuntre og eventuelt veilede dem vedrørende valgmuligheter for å oppnå forandring eller personlig tilpasning (Townsend og Polatajko, 2008). Likhetsstrekk kan ses til hvordan informantene arbeider. Tucker *et al.* (2014) sammenligner utøvelse av ergoterapi med helsefremmende arbeid og sier at en fellesnevner for begge er personsentrering. I tillegg trekkes det frem fire elementer som går igjen både innen ergoterapi samt helsefremming med fokus på MI; godt samarbeid, god kommunikasjon, informerte valg, samt anerkjennelse av power eller maktfordeling (Tucker *et al.*, 2014). De viser til effektiviteten av MI og anbefaler at ergoterapeuter benytter dette som et utfyllende verktøy til deres allerede gode kompetanse på endringsbasert veiledning (Tucker *et al.*, 2014).

## **Varig endring av levevaner og ergoterapeutisk tilknytning**

### ***Brukermedvirkning og mestring***

En informant trekker frem at det å kunne eie sitt eget liv er et mål for endring av levevaner. Alle informantene sier at de vektlegger brukermedvirkning og mestring i sitt arbeid. En informant understreker at brukermedvirkning er essensielt for å kunne oppnå varige endringer i levevaner. Et eksempel fra resultatene angående dette kan være viktigheten av samarbeid med deltakeren i forbindelse med målsetting basert på hva den enkelte er motivert for, samt som bidrag til mestring og endring. Brukermedvirkning er lovpålagt, og den enkelte frisklivssentral skal tilrettelegge for rutiner og systemer som sikrer ivaretagelse av dette både på individ og på systemnivå (Helsedirektoratet, 2011). En av ergoterapeuters yrkesetiske retningslinjer viser at en utøvende ergoterapeut skal respektere og ta utgangspunkt i personers interesser, ønsker og behov (Ergoterapeutene, 2020). Ved å ta utgangspunkt i det CMOP-E-modellen omtaler som spiritualiteten, den unike og personlige opplevelsen av mening (Law *et al.*, 2002), kan dette etterfølges. Sammen kan ergoterapeuten og deltakeren reflektere over hva som oppleves som meningsfylt for den enkelte (Law *et al.*, 2002), gjennom maktfordeling (Townsend og Polatajko, 2008). Dette fordi det foreligger en forståelse om at deltakeren er ekspert i eget liv og selv vet best hva som oppleves som meningsfylt og nødvendig i hverdagen (Peoples, Brandt og Pedersen, 2019).

En av informantene forteller at de presenterer for deltakerne at de selv må være aktivt deltakende i kursene, da det har mye å si både for egen og andres del. Resultatene viser samtidig at i forbindelse med egendeltakelse kan det oppstå utfordringer og motstand hos enkelte deltakere. Flere informanter opplyser at de møter deltakere som ikke forstår hvorfor de skal komme med så mye selv. I slike tilfeller arbeides det for å endre deltakernes tankegang for å bidra til at vedkommende tar i bruk egne ressurser. En slik utfordring hvor mennesker ikke er i stand til, eller ikke ønsker å foreta egne valg, men ønsker å sette sin lit til profesjonelle, anerkjennes av Townsend og Polatajko (2008). De understreker samtidig at dersom vedkommende ikke ønsker løsningen vil den heller ikke fungere godt (Townsend og Polatajko, 2008). Personsentrert fokus blir ansett som et viktig element og et likhetstrekk mellom helsefremmende arbeid og ergoterapi, hvor det forventes at deltaker skal være aktivt deltakende i å utvikle og opprettholde sin egen helse, ifølge Madill, Townsend og Schultz

(1989) i Tucker *et al.* (2014). Ettersom brukermedvirkning, gjennom personsentrert praksis og ferdigheter for å fremme dette, står sentralt i ergoterapi (Townsend og Polatajko, 2008) er det mulig at ergoterapeuters bidrag kan styrke deltakerens egne tanker og motivasjon for endring uten å være styrende for prosessen. Ergoterapeuten vektlegger deltakernes mål og ønsker, men må kanskje på bakgrunn av mulige urealistiske, usikre eller risikable mål veilede på dette (Law *et al.*, 2002). I andre tilfeller må muligens ergoterapeuten oppmuntre til en mer ambisiøs målsetting (Law *et al.*, 2002). Coaching kan ses som en relevant ergoterapeutisk muliggjørende ferdighet da den er ressursbasert og innebærer et samarbeid om å identifisere utfordringer, sette mål og jobbe mot dem (Townsend og Polatajko, 2008). Det vektlegges også at coachingen skal medvirke til at personer setter egne mål og prioriteringer ved at ergoterapeuten bidrar til omformulering av utfordringer og muligheter (Townsend og Polatajko, 2008). Støtte til utvikling av selvtillit, håp og prioritering av egne ønsker, kan skape en visjon om muligheter og føre til ønske om deltakelse i meningsfulle aktiviteter og derav virke muliggjørende (Townsend og Polatajko, 2008). Dette handler ikke i første rekke om å nødvendigvis forårsake endringer deltakerne har behov for, men noe de ønsker (Townsend og Polatajko, 2008). Selv om ergoterapikompetanse kan være en mulig bidragsyter inn mot dette bør deltaker selv ønske endringen. Salemonsens *et al.* (2020) konkluderer eksempelvis i sin studie med at i situasjoner hvor deltakeren ikke ønsker å ha en aktiv rolle, anses det som viktig å anerkjenne dette som et aktivt valg fra deltaker og ikke som noe passivt eller mangel på involvering.

### ***Vaner, rutiner og egne ressurser***

Viktigheten av rutiner, vaner og fokus på ressurser vektlegges vesentlig i resultatene og alle informantene trekker frem at det ofte er mangel på dette, samt struktur i hverdagen hos flere av deltakerne. Det legges frem at dersom det eksisterer vaner og struktur er det lettere å endre levevaner. Deltakernes livssituasjon beskrives som komplekse og varierende, men alle har til felles at de ikke mestrer elementer i eget liv og ønsker en forandring. Noen har en viss struktur i hverdagen, mens for de som ikke har det kan det tenkes hensiktsmessig å implementere dette, for å støtte muliggjørelse av endring. Ergoterapeuter kan samarbeide med deltakere for å omstrukturere rutiner og vaner, og slik muliggjøre ønskelige meningsfulle aktiviteter (Townsend og Polatajko, 2008). Ergoterapeuters kunnskap om å finne rett balanse mellom meningsfulle aktiviteter, kan bidra til at hverdagslivet ikke kommer i ubalanse (Townsend og Polatajko, 2008), noe som også kan være relevant. Å samarbeide med

deltakeren som muliggjørende ferdighet (Townsend og Polatajko, 2008), kan være hensiktsmessig da opplevelsen av hva som anses som meningsfullt og hvorvidt vedkommende er i aktivitetsbalanse er særdeles individuelt.

En gitt utfordring er deltakere som strever med ivaretagelse av egne behov. Dette kan antas å ha en sammenheng med manglende rutiner, vaner, meningsfulle aktiviteter i hverdagslivet, samt selvinnsikt i egne ressurser. Det kan tenkes at ergoterapeuter kan bidra til å løse disse utfordringene, men om dette er rett arena for det kan avhenge av ressursene ved den enkelte frisklivssentral. Likevel kan arbeid på dette området være aktuelt da resultatene tilsier at tanken på å så et frø kan være viktig, selv om en ikke spontant ser effekten. For eksempel kan både advokering og undervisning, som muliggjørende ferdigheter (Townsend og Polatajko, 2008), anses relevant da man kan gjøre deltakerne oppmerksomme på mulige effekter. Dette kan bidra til igangsettelsen av endringstanker gjennom fokus på ressurser og muligheter, optimisme og tro på potensialet for endring (Townsend og Polatajko, 2008). Ved oppnåelse av endring vises det til at forandring på ett område kan fungere som en døråpner og dra med seg det neste, som også kan tenkes å omhandle endring i vaner og rutiner. Dersom man oppnår automatiserte vaner og rutiner frigjøres psykisk energi som så kan benyttes på andre områder (Bonsaksen og Ellingham, 2017).

### **Relevant kompetanse innen frisklivssentraler**

Informantene omtaler ulik kompetanse ved frisklivssentraler. Det antas at informantene i den forbindelse inkluderer personer med høgskole-/universitetsutdanning innen helsefag, fysisk aktivitet, psykisk helse, helsefremmende og forebyggende arbeid og folkehelse, som er anbefalt utdanning for personell ved frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2011).

### ***Tverrfaglig samarbeid og ergoterapeuters mulige bidrag***

Resultatene viser flere perspektiver vedrørende tverrfaglig samarbeid og kompetanse. En informant trekker særlig frem personer med både sosial- og aktivitetsfaglig bakgrunn, men mener at frisklivssentraler bør bestå av ulike yrkesgrupper. En annen anser personlighet som viktigst, men sier samtidig at tankegangen i arbeidet påvirkes av fagprofesjonen som ligger til grunn. Personalressurser ved frisklivssentraler vurderes samlet med utgangspunkt i

kommunens behov (Helsedirektoratet, 2011). Det er nå lovpålagt at ergoterapeuter skal være tilknyttet kommunens tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) og de nevnes som en potensiell yrkesgruppe ved frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2016). Dersom kommunalt ansatte ergoterapeuter i andre stillinger blir anvendt i frisklivssentraler kun i kortere perioder, kan dette medføre ulemper. Det på bakgrunn av at å møte forskjellige ansatte kan vanskeliggjøre det å bygge en tillitsfull relasjon, noe som igjen kan påvirke graden av brukermedvirkning, som videre er koblet til oppnåelsen av varig endring (Sagsveen et al., 2018b).

Samtlige informanter trekker frem viktigheten av å ha et tverrfaglig samarbeid. Det å evne å ha en grunnkompetanse samtidig som man har et tverrfaglig fokus, anses som vesentlig av en informant. Dette underbygges av frisklivsveilederen hvor det sies at arbeidet skal være tverrfaglig (Helsedirektoratet, 2011). Samarbeid trekkes frem som et eget punkt i ergoterapeutiske retningslinjer, hvor det står at ergoterapeuten skal fremme samarbeid med både kollegaer og andre samarbeidspartnere (Ergoterapeutene, 2020). Ulike aktivitetsproblemer kan være sammensatte og setter krav til ulike typer kompetanse, kreativitet og spesialisering (Peoples, Brandt og Pedersen, 2019). Dette, i tillegg til ergoterapeuters bevissthet vedrørende at det er stor verdi i å ha et samarbeid med andre faggrupper, slik at deltakerne skal kunne oppnå et best mulig resultat (Peoples, Brandt og Pedersen, 2019). Likevel viser resultatene også at to av informantene forteller at tverrfaglig samarbeid kan oppleves som utfordrende. Ergoterapeuter kan derfor tenkes å benytte de muliggjørende ferdighetene koordinere, samarbeide og konsultere. I denne sammenhengen kan bruk av koordinering og konsultering som ergoterapeutiske ferdigheter ideelt sett medføre gode samarbeid mellom personalet og deltakerne på en slik måte at deltakeren er i sentrum og arbeidet gir resultater (Townsend og Polatajko, 2008).

### ***Helhetskompentanse***

Som vist i både Frisklivsveilederen (Helsedirektoratet, 2011), samt den praktiske erfaringen til informantene, omtales tverrfaglig samarbeid som noe vesentlig og positivt. Ut fra dette kan det antydes at de ulike faggruppene ved en frisklivssentral alene ikke kan dekke de behovene arbeidsoppgaver krever. Det fremgår eksempelvis at informantene trekker frem det å ha en helhetskompentanse som viktig i frisklivs-arbeidet da de ofte ser på hele bildet ved en

intervensjon. Det tas i betraktning at begrepet “helhet” kan ha forskjellig betydning, ut fra hvilket ståsted informanten har. Eksempelvis kan det ha blitt påvirket av vedkommendes faglige bakgrunn. Med utgangspunkt i CMOP-E kan det likevel antas at ergoterapeuter har et helhetlig fokus rettet mot menneskers livssituasjon og ulike påvirkende faktorer. Dette er ikke nødvendigvis ensbetydende med at ergoterapeuter innehar kompetansen til å alene, løse den aktuelle utfordringen. Informantene trekker eksempelvis frem kunnskap om kroppen, sykdom, kosthold og endringsfokuseret veiledning eller MI som viktig og relevant inn i arbeidet på en frisklivssentral. Ergoterapeuter har kunnskap om anatomi, fysiologi, ulike sykdommer, psykologisk og sosial innsikt (Frølich og Sylvestersen, 2013), men muligens ikke kunnskap om kroppen i forbindelse med fysisk aktivitet, i like stor grad som eksempelvis en fysioterapeut. Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning (2019) tilsier heller ikke at kunnskap om kosthold er inkludert i ergoterapeuters grunnutdanning, men Helsedirektoratet (2011) tilbyr veilederkurs for ansatte ved frisklivssentraler vedrørende kosthold, fysisk aktivitet, slutteveilederkurs i tobakk, søvnutfordringer, mestring av depresjon og mestring av belastning. Ergoterapeuter kan likevel tenkes å bidra til endring gjennom for eksempel utvikling via aktivitetsoverganger eller -forhindring av tap og fremmedgjørelse av meningsfulle aktiviteter (Townsend og Polatajko, 2008). Andre bidrag kan være gjenopprettelse eller opprettholdelse av aktivitetsengasjement, helse, trivsel og aktivitetspotensiale eller – utøvelse (Townsend og Polatajko, 2008).

### ***Inkludering og deltakelse***

Av resultatene fremkommer det at nyttig kompetanse ved frisklivssentraler er evnen til å tilrettelegge for ulike deltakere. De ulike aktivitetene som foregår ved frisklivssentralen blir nevnt som et eksempel på noe som tilpasses; i tråd med Frisklivsveilederen (Helsedirektoratet, 2011). Ergoterapeuter kan også tenkes å bidra til dette ved muliggjørelse av endring. Endring i meningsfulle aktiviteter kan innebære å avslutte en aktivitet, å starte en ny, eller tilpasse elementer ved den, slik at den stemmer bedre overens med personens kapasitet og interesser (Townsend og Polatajko, 2008). Dersom aktiviteten tilpasses den enkelte, opplever vedkommende trolig mestring. Positive følelser ved mestring kan øke motivasjonen og sannsynligheten for gjentakelse (Helgesen, 2017), og slik tenkes å fremme vaner og deltakelse. I resultatene fremkommer det at ved samtlige frisklivssentraler arbeides det med å poengtere at tilbudene skal være lavterskel, passende for de aller fleste og at den enkelte deltaker får være med på det de ønsker og er motivert for. Selv om det blir stilt visse krav til



tilbudene gjennom frisklivsveilederen, blir disse likevel utarbeidet noe forskjellig etter lokalsamfunnets behov (Helsedirektoratet, 2011), og resultatene viser at selv basistilbudene er utformet noe varierende. Med utgangspunkt i CMOP-E-modellens bestanddeler kan begge de muliggjørende ferdighetene tilpasse og designe (Townsend og Polatajko, 2008) tenkes relevant. Ergoterapeuten kan eksempelvis ta utgangspunkt i lokalbefolkningens og den enkeltes behov, og videre tilrettelegge tilbud, aktiviteter og omgivelser som anses hensiktsmessige (Townsend og Polatajko, 2008). Disse tilretteleggingene kan derfor tenkes å medvirke til varige endringer og samlet sett kan det vise ergoterapeuters potensielle bidrag.

Resultatene tilsier at det fokuseres på inkludering og deltakelse gjennom å legge til rette for sosiale sammenkomster, og ved å anerkjenne hver enkelt på gruppetilbud. En informant mener også at det muligens er større behov for en sosial arena, enn en fysisk. En annen sier at en utenforskapfølelse er felles for mange av deltakerne. Law (2002) sier at ergoterapi blant annet handler om å fremme deltakelse, og betydningen av sosiale omgivelser trekkes frem. Bonsaksen og Ellingham (2017) legger frem at disse omgivelsene kan både fremme og hemme aktivitetsutførelse og -deltakelse. Sammensetningen av grupper, roller og gruppedynamikk er faktorer som kan påvirke den enkelte. Resultatene viser at det arbeides med dette i praksis, da en informant sier at frivillige blir inkludert i treningsgrupper og blir beskrevet som likemenn for å fremme motivasjon, deltakelse og inkludering. Det kan antas at dette ikke bare gjøres for å bidra til inkludering der og da, men at det også er for å minske barrierer i deltakelse i tilknyttede aktiviteter. På lik linje med tilbud generelt, kan designing av en sosial kontekst nyttiggjøres for å oppnå en effektiv muliggjørelse (Townsend og Polatajko, 2008). Dersom ergoterapeuter benytter seg av denne ferdigheten kan det bidra til å fremme inkludering og deltakelse i en slik sosial kontekst og stimulere til varig endring.

En informant sier at ved vedkommendes frisklivssentral er de bevisste på hvordan omgivelser kan påvirke. Opplysningstavler hvor ordlyden kan føre til at mennesker føler det stigmatiserende å delta ved aktiviteter ved de aktuelle, fysiske omgivelsene trekkes frem som eksempel. Det fortelles om fordommer observert i samfunnet, som omhandler at folk tror at deltakere ved en frisklivssentral har behov for å gå ned i vekt. I ergoterapien anerkjennes det at de holdninger andre mennesker har i møte med personer med utfordringer gjennomgripende kan påvirke hverdagslivet, da de sosiale omgivelsene i stor grad er

påvirkende for aktivitet og deltakelse (Petersen, 2019). Det kan derfor tenkes at enkelte som kunne hatt behov for tjenesten ikke benytter seg av den, samtidig som at personer som ikke identifiserer seg med det de tror er målgruppen velger å ikke oppsøke kontakt. Det fremkommer også av resultatene at en viktig del av arbeidet ved en frisklivssentral er å formidle deres budskap i for eksempel media for å opplyse befolkningen. I slike sammenhenger kan ergoterapeutens bidrag komme i form av å advokere for inkludering og aksept på vegne av de som opplever stigmatisering (Holm og Højberg, 2019). Dette er et bidrag Holmberg og Ringsberg (2014) støtter, da de sier at ergoterapeutisk kompetanse kan fremme et mer inkluderende samfunn og virke helsefremmende. Dette kan ytterligere underbygges av Tucker *et. al.* (2014) som legger til at ergoterapeuters rolle innen helsefremmende arbeid kan bidra til inkludering, deltakelse og økt aktivitet for alle.

## **Diskusjon av metode**

### **Valg av metode**

Kvalitativt forskningsintervju ble ansett og benyttet som den mest hensiktsmessige metoden for å innhente relevant data for forskningsspørsmålet. Ingen av studentene har tidligere erfaring med å anvende en slik metode, noe som kan ha påvirket resultatenes kvalitet på en negativ måte. Kvale og Brinkmann (2015), samt Dalland (2017) har av den grunn blitt benyttet som litteraturkilder innen kvalitativ design og forskningsintervju som metode, for å sikre en mest mulig hensiktsmessig gjennomføring.

### **Valg av informanter**

Det ble gjennomført et strategisk utvalg ved innhenting av informanter, basert på en antagelse om deres relevante kunnskap, da de arbeider ved en frisklivssentral. Det ble ikke satt noen krav til den faglige bakgrunnen til informantene, da det var ønskelig å undersøke arbeidet som faktisk utføres i praksis ved en frisklivssentral på en, i størst mulig grad, representativ måte. Det er i ettertid vurdert at et krav til en viss stillingsprosent eller ansiennitet, muligens burde vært et inklusjonskriterium. Dette for å bedre sannsynligheten for økt representativ data og validitet. Informantenes faglige bakgrunn eller arbeidssituasjon kan ha påvirket resultatene, da Creswell (2009) påpeker at meninger og handlinger hos individet utspringer fra

påvirkningsfaktorer som omgivelser, kultur og sosiale faktorer. Den samlede kompleksiteten av dette må vurderes (Creswell, 2009). Det må tas i betraktning at antallet informanter har betydning for hvor representative resultatene kan være for frisklivssentraler i hele Norge.

Av praktiske hensyn med tanke på gjennomføring av intervjuer, ble geografisk plassering tatt i betraktning. I tillegg ble varierende kommunestørrelse til de tilhørende frisklivssentralene vurdert, for at dataene skulle være representative. Dersom andre kriterier for innhenting av informanter hadde blitt lagt til grunn, kunne resultatene blitt annerledes. Dette da tilbudet ved frisklivssentraler baseres på, og utarbeides ut fra lokale behov, befolkningens helsetilstand og ulike påvirkningsfaktorer i lokalmiljøet (Helsedirektoratet, 2011). På en annen side er overordnede oppgaver og formål ved frisklivssentraler, bestemt fra nasjonalt hold, i tillegg til at de skal kunne tilby basistilbud (Helsedirektoratet, 2011). Slik sett kan det antas at resultatene muligens ikke er representative nasjonalt, men likevel bidrar de trolig til innsikt.

### **Innsamling av data**

På tross av at innhenting av informantene pågikk i samme tidsperiode som smitteverntiltakene i Norge ble innført som følge av Covid-19-situasjonen, stilte samtlige av informantene opp. Restriksjonene førte likevel til at intervjuene ikke kunne gjennomføres på informantenes arbeidsplass, slik det i utgangspunktet var tenkt. Telefonkonferanse ble dermed valgt som den beste løsningen. Tross utprøving av lydutstyr og telefonkonferanse som verktøy, var det tidvis dårlig lyd kvalitet, noe som kan ha påvirket transkripsjonene, og slik resultatene. For å forminske tap av datamateriale, ble det særlig her, lyttet nøye av begge studentene. Det er rimelig å anta at relasjonen mellom informant og intervjuer ble noe annerledes, samt at man mistet inntrykkene man kunne fått i form av mimikk og kroppsspråk ved et intervju ansikt til ansikt ifølge Elmholdt (2006) i Kvale og Brinkmann (2015). Skype eller annen videobasert løsning ble vurdert, men grunnet mulige utfordringer med tanke på lyd og bilde, ble dette valgt bort. Digitalt gjennomførte intervjuer gir praktisk mulighet for å snakke med informanter over et større geografisk område, ifølge Elmholdt (2006) i Kvale og Brinkmann (2015). Likevel ble det vurdert mest hensiktsmessig å intervju informantene vi hadde opprettet kontakt med.

Intervjuguiden ble grundig utarbeidet og godkjent av veileder. Det er ikke utenkelig at presentasjon av formålet for oppgaven i forkant av intervjuene også kan ha utilsiktet påvirket svarene til informantene. For at spørsmålene ikke skulle virke ledende, var disse utarbeidet til å være relativt åpne. En slik tilnærming gav informantene mulighet til å svare slik vedkommende selv ønsket å prioritere ut fra sitt ståsted. Det at intervjuguiden kun ble anvendt veiledende og ikke som et fastsatt spørsmålsoppsett, kan ha medført variasjon i spørsmålsstillingen. Mulig variasjon kan også ha påvirket resultatene. Informasjonen som informantene la frem, ble i enkelte tilfeller fulgt opp med oppfølgingsspørsmål, noe som kan ha påvirket svarene og retningen for intervjuet. Det å stille oppfølgende spørsmål, kan ikke planlegges på forhånd, da det krever tilstedeværelse og spontan respons på informantens formidling av informasjon (Kvale og Brinkmann, 2015). Det at man automatisk opparbeider seg erfaring underveis, kan også ha medført andre forutsetninger og formuleringer på eventuelle oppfølgingsspørsmål.

I forkant av intervjuene var forskningsspørsmålet vinklet mot hvordan ansatte ved frisklivssentraler arbeider, noe som preger formuleringen av spørsmålene i intervjuguiden. Det kan tenkes at det opprinnelige forskningsspørsmålet var for lite spesifikt. Informantene snakket mye om hva de anså som viktige elementer og fokusområder, for å oppnå varig endring i levevaner. Forskningsspørsmålet ble derfor i større grad konkretisert inn mot dette. I ettertid er også intervjuguiden vurdert, og det erkjennes at spørsmålsstillingen trolig burde vært utarbeidet annerledes. Dersom nåværende forskningsspørsmål var satt i forkant, kunne intervjuguiden i større grad blitt tilpasset formålet. Det er tenkelig at dette kunne medført andre resultater.

## **Analysering**

Gjennomføringen av transkriberings- og analyseringsprosessen har blitt godt dokumentert og prosedyren for transkriberingen ble fulgt. Studentene hadde manglende erfaring med analysering av forskningsintervjuer, noe som kan ha påvirket resultatene. Utarbeiding av eksempelvis kategorier og temaer var noe utfordrende og kunne antageligvis blitt gjort mer hensiktsmessig og effektivt. Litteratur ble benyttet som retningslinje for arbeidet, og resultatene ble kategorisert slik studentene anså det hensiktsmessig (Kvale og Brinkmann, 2015; Dalland, 2017). Det er forsøkt å fremstille resultatene på en god måte uten å miste

informantenes mening, og det er lagt vekt på at materialet ikke skulle tolkes uberettiget. På tross av fokus på å opptre objektivt gjennom hele prosessen, er det rimelig å anta at man går inn i et slikt arbeid med en forutantagelse, som kan påvirke arbeidet. Begge studentene har tilnærmet samme utgangspunkt vedrørende både ergoterapifaget og forskningsarbeid. Variasjon i erfaring og kunnskap kunne trolig ført til flere innfallsvinkler, og bidratt til et større perspektiv.

Litteratursøk ble gjort, med hensikt å avdekke tidligere forskning vedrørende arbeid på frisklivssentraler og ergoterapeuters bidrag innen området. Lite aktuell forskning ble avdekket, noe som kan grunne i studentenes noe mangelfulle kompetanse på litteratursøk. Samtidig ble veiledning med bibliotekar anvendt. Det ble tolket dithen at søkene var gjort på en hensiktsmessig måte, og at relevante funn var gjort. I tillegg ble ytterligere råd fra vedkommende fulgt i etterkant av veiledningen. Det ble funnet særlig få relevante artikler vedrørende frisklivssentraler, noe som kan komme av at det er et norsk og relativt nytt begrep. Det ble undersøkt lignende tjenester i andre land, men grunnet overførbarhetens usikkerhet, ble det valgt å ikke inkludere disse i prosjektet. Relevant informasjon kan derfor ha gått tapt. Funn av lite forskning direkte knyttet til frisklivssentraler, styrker imidlertid nødvendighet for gjennomførelse av prosjektet.

## **Konklusjon**

Oppgavens formål var å undersøke hvordan ergoterapeuter potensielt kan bidra i arbeidet som gjøres ved frisklivssentraler, basert på hva ansatte anser som essensielt fokus og viktig i arbeidet. Forskningsspørsmålet lød som følger: “Basert på hvilket fokus ansatte ved frisklivssentraler har og anser som viktig i sitt arbeid, hvordan kan ergoterapeuter bidra til endring i levevaner gjennom muliggjørelse og samarbeid med deltakere?”

Hovedfunnene i resultatene viser at ansatte ved fire frisklivssentraler fokuserer på å fremme endringer i levevaner hos deltakere gjennom brukermedvirkning som står sentralt i arbeidet. Det vektlegges å tilpasse, tilrettelegge, finne rett nivå og motivasjon for den enkelte deltaker i de aktivitetene og tilbudene hvor de kan oppleve mestring og mening.

Samtidig arbeides det for inkludering og deltakelse og å ha et helhetlig fokus, gjerne gjennom tverrfaglig samarbeid.

Ved å koble resultatene sammen med ergoterapeuters kompetanse kan det ses flere likhetstrekk og det vurderes flere fokusområder hvor ergoterapeuter kan være en bidragsyter. Med CMOP-E som grunnlag, kan det se ut til at ergoterapeuter har et helhetlig fokus på dynamisk samspill mellom person, aktivitet og omgivelser. Det ses at gjennom et helhetlig fokus, brukermedvirkning og bruk av muliggjørende ferdigheter kan ergoterapeuter tenkes å bidra til å avdekke og danne aktivitetsmønstre og -balanse sammen med deltakere. Oppgaven viser at både ved frisklivssentraler og i ergoterapi er meningsfulle aktiviteter vektlagt, og at ergoterapeuter kan bidra her, da de har et stort fokus på muliggjørelse av dette. Muliggjørende ferdigheter kan medvirke til muliggjørelse av endring på flere av fokusområdene. Selv om ergoterapeuter, med sin grunnutdanning, ikke nødvendigvis fullstendig kvalifiserer for arbeid ved en frisklivssentral, kan det likevel late til at de kan bidra i tverrfaglig samarbeid og til muliggjørelse av engasjement i meningsfulle aktiviteter.

For videre forskning kan det være interessant å inkludere et større antall frisklivssentraler, da oppgavens omfang trolig er for lite til å være representativ. Videre kan det være nyttig å undersøke hvordan ergoterapeuter faktisk jobber på slike arenaer, for å fremme helse.

## Referanseliste

- Bonsaksen, T. og Ellingham, B. (2017) *Klinisk resonnering i ergoterapi*. Oslo: Mankoni Media.
- Creswell, J. W. (2009) *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3rd ed. utg. Los Angeles: SAGE.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ergoterapeutene (2020) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:  
<https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/Forms/AllItems.aspx?id=%2FArkiv%2F0%2DErgoterapeutenes%20organisasjon%2F05%2DKomiteer%20og%20utvalg%2F054%2DYrkesetisk%20utvalg%2FYrkesetiske%20retningslinjer%202017%2FYrkesetiske%20retningslinjer%202017%20kort%2Epdf&parent=%2FArkiv%2F0%2DErgoterapeutenes%20organisasjon%2F05%2DKomiteer%20og%20utvalg%2F054%2DYrkesetisk%20utvalg%2FYrkesetiske%20retningslinjer%202017&p=true&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVlDVV0wMDZBckJFdmZFRFRobDFQandCY0tIaUFXTlIWeHIDZVF1T1JyUUNndz9ydGltZT1ybUppUUpfdDEwZw> (Hentet: 02. februar 2020).
- Folkehelseinstituttet (2020) *FHI presiserer råd om sosial distansering*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.fhi.no/nyheter/2020/fhi-presiserer-rad-om-sosial-distansering/> (Hentet: 16. mars 2020).
- Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning (2019) *Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning*. Tilgjengelig fra:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-413> (Hentet: 20. april 2020).
- Frølich, E. og Sylvestersen, J. (2013) At muliggøre aktivitet og deltagelse - arbeidsmiljøindsatser, i Brandt, Å., Madsen, A. J. og Peoples, H. (red.) *Basisbog i ergoterapi*. København: Munksgaard, s. 255-268.
- Helgesen, L. A. (2017) *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Rundskriv I-4/2017*. Tilgjengelig fra:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/c5e5c1d7928145b3b08148482a59969f/rundskriv\\_i-4-2017.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c5e5c1d7928145b3b08148482a59969f/rundskriv_i-4-2017.pdf) (Hentet: 05. mars 2020).
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30 - KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30 - KAPITTEL_1) (Hentet: 10. februar 2020).

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>  
(Hentet: 14. februar 2020).

Helsedirektoratet (2011) *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering*

*og tilbud*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale frisklivssentraler %E2%80%93 Etablering, organisering og tilbud %E2%80%93 Veileder.pdf/ \\_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale frisklivssentraler %E2%80%93 Etablering, organisering og tilbud %E2%80%93 Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%80%93Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%80%93Veileder.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20%80%93Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%80%93Veileder.pdf) (Hentet: 22. januar 2020).

Helsedirektoratet (2016) *Hva er en Frisklivssentral?* Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>  
(Hentet: 03. februar 2020).

Helsedirektoratet (2020) *Oversikt over kommuner med frisklivssentral*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/oversikt-over-kommuner-med-frisklivssentral> (Hentet: 25. februar 2020).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?fbclid=IwAR2ISLdE\\_vVC6E4ZiN6JzyAuC2ALu9FdUSr4sRLD9LJO2a2shUAELqapbCU](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?fbclid=IwAR2ISLdE_vVC6E4ZiN6JzyAuC2ALu9FdUSr4sRLD9LJO2a2shUAELqapbCU) (Hentet: 05.mars 2020).

Holm, H. og Højberg, A.-L. (2019) Ergoterapi til unge med nedsatt funksjonsevne, i Brandt, Å., Peoples, H. og Pedersen, U. (red.) *Basisbøg i ergoterapi*. 4. utg. København: Munksgaard, s. 269-285.

Holmberg, V. og Ringsberg, K. C. (2014) Occupational therapists as contributors to health promotion, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), s. 82-89. doi: 10.3109/11038128.2013.877069.

Kielsgaard, K., Madsen, A. J. og Skaarup, L. (2019) Referansecrammer og teori i ergoterapi, i Brandt, Å., Peoples, H. og Pedersen, U. (red.) *Basisbøg i ergoterapi*. København: Munksgaard, s. 129-149.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.



- Law, M. (2002) Participation in the Occupations of Everyday Life, *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), s. 640-649. doi: 10.5014/ajot.56.6.640.
- Law, M. et al. (2002) *Fremme af menneskelig aktivitet - ergoterapi i et canadisk perspektiv*. København: FADL's forlag.
- Madsen, E. E. og Morville, A.-L. (2019) Grundlæggende værdier og etik i ergoterapi, i Brandt, Å., Peoples, H. og Pedersen, U. (red.) *Basisbog i ergoterapi*. København: Munksgaard, s. 93-109.
- Norsk Ergoterapeutforbund (2011) *Folkehelse - Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund*. Tilgjengelig fra: [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/g/EWYvKK5dsSRDg7yyhENgcM4BrA6dIATF73ztW3YyOI1\\_5w?rttime=dmYIOPG610g](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/g/EWYvKK5dsSRDg7yyhENgcM4BrA6dIATF73ztW3YyOI1_5w?rttime=dmYIOPG610g) (Hentet: 10. februar 2020).
- NOU 2005:1 (2004) *God forskning - bedre helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2020) *Koronavirus (COVID-19): Retningslinjer og råd*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/korona> (Hentet: 20.mars 2020).
- Peoples, H., Brandt, Å. og Pedersen, U. (2019) Introduksjon til ergoterapi, i Brandt, Å., Peoples, H. og Pedersen, U. (red.) *Basisbog i ergoterapi*. 4. utg. København: Munksgaard, s. 25-31.
- Petersen, L. F. (2019) Hverdagslivsbegreber og ergoterapi, i Brandt, Å., Peoples, H. og Pedersen, U. (red.) *Basisbog i ergoterapi*. København: Munksgaard, s. 45-60.
- Sagsveen, E. et al. (2018a) Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), s. 1492291. doi: 10.1080/17482631.2018.1492291.
- Sagsveen, E. et al. (2018b) Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway, *Health Expectations*, 22(2), s. 226-234. doi: 10.1111/hex.12846.
- Salemonsens, E. et al. (2020) Understanding beneficial self-management support and the meaning of user involvement in lifestyle interventions: a qualitative study from the perspective of healthcare professionals, *BMC Health Services Research*, 20(1), s. 88. doi: 10.1186/s12913-020-4951-y.

- Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (2008) *Menneskelig aktivitet II : en ergoterapeutisk vision om sundhed , trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard.
- Tucker, P. *et al.* (2014) Exploring the nexus between health promotion and occupational therapy: Synergies and similarities, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(3), s. 183-193. doi: 10.1177/0008417414533300.
- Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL : Teori og intervensjon*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- World Health Organization (2020) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Hentet: 10.februar 2020).
- Aagaard, M. og Langdal, I. (2019) Centrale begreber inden for ergoterapi, i Brandt, Å., Peoples, H. og Pedersen, U. (red.) *Basisbog i ergoterapi*. København: Munksgaard, s. 111-127.

## **Vedlegg 1- Informasjonsskriv**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### **Frisklivssentraler og ergoterapeuters potensielle bidrag?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om gjeldende arbeidsoppgaver og praksis på Frisklivssentraler, uavhengig av faglig bakgrunn. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Vi er en gruppe ergoterapistudenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår bacheloroppgave våren 2020. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle erfaringer rundt praksis knyttet til Frisklivssentraler.

Vår problemstilling er “Hvordan gjennomføres arbeid på Frisklivssentraler og hvordan kan ergoterapeuters kjernekompetanse med fokus på inkludering og deltakelse bidra inn mot dette?”. Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert bacheloroppgave.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Ergoterapeututdanningen ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for studien og førsteamanuensis Linda Stigen er prosjektansvarlig for studien.

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

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du jobber som ansatt i en Frisklivssentral registrert i Helsedirektoratets oversikt. . Vi tenker derfor at du har erfaringer

og kunnskap som vi kan lære av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie.

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

Deltakelse i studien vil innebære at vi kommer til deg på din arbeidsplass og gjennomfører et individuelt intervju på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med helsefremmende og forebyggende arbeid i Frisklivssentraler. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt 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.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være studentene Marte Lønhaug Engeroen og Britt-Maria Vestli, veileder Torbjørn S. Jacobsen og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passord beskyttet enhet.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.20. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

### **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)
- 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.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Marte Lønhaug Engeroen, E-post: [martelen@stud.ntnu.no](mailto:martelen@stud.ntnu.no),
  - Britt-Maria Vestli, E-post: [brittmav@stud.ntnu.no](mailto:brittmav@stud.ntnu.no),
- NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: [linda.stigen@ntnu.no](mailto:linda.stigen@ntnu.no)
  - Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no))

Med vennlig hilsen

Linda Stigen

Marte Lønhaug Engeroen og Britt-Maria Vestli

Prosjektansvarlig

Studenter

(Prosjektansvarlig/veileder)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Frisklivssentraler og ergoterapeuters potensielle bidrag», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.07.20

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2 - Intervjuguiden

### Intervjuguide for intervju til bacheloroppgaver ved NTNU Gjøvik

Hver bachelorgruppe vil utarbeide sin egen intervjuguide som er basert på det tema som deres bacheloroppgave skal omhandle.

#### Innledning

Informasjon	<ul style="list-style-type: none"><li>• Takk for at dere vil stille opp</li><li>• Introdusere oss selv</li><li>• Innhente samtykke</li><li>• Taushetsplikt, poengtere viktighet av dette</li><li>• Anonymitet</li><li>• Sletting av opptak etter endt datainnsamling</li><li>• Spør om noe er uklart</li></ul>
Introduksjon av oppgaven	<ul style="list-style-type: none"><li>• Start opptak</li><li>• Kort presentasjon av hver enkelt</li><li>• Introdusere oppgavens formål</li></ul>

#### Hoveddel- spørsmål knyttet opp mot deres tema

Nr	Tema	Intervju - spørsmål	Stikkord
1	Innledende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva er din faglige bakgrunn?</li><li>• Hvor lenge har du arbeidet ved frisklivssentralen?</li><li>• Hvilken type stilling har du?</li><li>• Kan du fortelle litt om denne frisklivssentralen?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hvor lenge har det eksistert frisklivssentralen i denne kommunen?</li><li>○ Hvilke faggrupper har tilknytning til denne frisklivssentralen?</li><li>○ Hvilke tilbud tilbyr dere?</li><li>○ Har dere tilbud utover basistilbud?</li><li>○ Hvilke tilbud er individuelle og hvilke er gruppetilbud?</li></ul></li><li>• Hvilke overordnede brukergrupper benytter, primært, tilbudet hos dere?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kort om informant</li><li>• Kort om frisklivssentral og tilbud</li><li>• Kort om brukergrupper</li></ul>
2	Tematiske spørsmål	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke arbeidsoppgaver utføres ukentlig, og hvordan fordeles de?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hvordan arbeides det for å oppnå varige endringer?</li><li>○ Hvordan arbeides det for å bidra til brukermedvirkning? – Hvordan motiveres brukerne til å ta del i egen prosess?</li><li>○ Hvordan arbeides det for å bidra til mestring?</li><li>○ Ved gruppetilbud, hvordan legges det til rette for inkludering og deltakelse?</li></ul></li><li>• I hvilken grad samarbeider ulike fagprofesjoner?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Helsefremmende-/forebyggende arbeid</li><li>• Arbeid med brukermedvirkning</li><li>• Arbeid med mestring</li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvordan erfarer du dette?</li> <li>• Hva anser du som viktig kompetanse i Frisklivssentraler?</li> <li>• Basert på din erfaring, hvordan bør det arbeides ideelt sett på frisklivssentraler for at bruker skal oppnå varig endring i levevaner?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfaring med tverrfaglig samarbeid</li> </ul>
3	Oppsummerende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppsummere funn</li> <li>• Er det noe dere ønsker å legge til?</li> </ul>	

### Avslutning

	<p>Takke for deltagelse</p> <p>Skru av diktafon</p>
--	---



## Vedlegg 3 – Søkehistorikk

Søkehistorikk					
Dato for søk	Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
16.02.2020	Healthy Life Centres (Keyword)	CINAHL (Complete)	Healthy Life Centres (Keyword)	8	<p>Understanding beneficial self-management support and the meaning of user involvement in lifestyle interventions: a qualitative study from the perspective of healthcare professionals</p> <p>Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals</p> <p>Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway</p>
24.02.2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occupational Therapist</li> <li>• Occupation (human)</li> <li>• Participation (keyword)</li> </ul>	CINAHL (Complete)	Occupational Therapist AND Occupation (human) AND Participation	115	Participation in the Occupations of Everyday Life

19.02.2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Occupational Therapy</li> <li>Health Promotion</li> </ul>	MEDLINE (Ovid)	Occupational Therapy AND Health Promotion	152	Participation in the Occupations of Everyday Life
16.04.2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Occupational Therapy</li> <li>Occupational Therapists</li> <li>Health Promotion</li> </ul>	MEDLINE (Ovid)	(Occupational Therapy OR Occupational Therapists) AND Health Promotion	134	Occupational Therapists as contributors to health promotion

