

Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk
aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral
En kvalitativ studie

Hilde Christine Ulvik Hauge

Master of Public Health

MPH 2014:10



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral.
En kvalitativ studie

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-75-1



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral. En kvalitativ studie.				
Författare				
Hilde Christine Ulvik Hauge				
Författarens befattning och adress				
Spesialsykepleier, Haukeland Universitetssykehus, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Nakke-ryggpoliklinikken, Nordåsgrenda 4, N-5235 Nordås				
Datum då examensarbetet godkändes			Handledare NHV/Extern	
12.09.2014			Lene Povlsen, universitetslektor, DrPH Nordic school of Public Health NHV	
Antal sidor	Språk – examensarbete	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
44	Norsk	Norsk + engelsk	1104-5701	978-91-86739-75-1

Sammanfattning

Hensikt

Studiens hensikt var å kartlegge ulike faktorer som kan bidra til å fortsette med fysisk aktivitet etter en intervensjon i frisklivssentral, sett fra brukernes ståsted.

Metode

Datainnsamlingen ble foretatt gjennom fem fokusgruppeintervjuer med til sammen 23 deltagere. Personer som hadde deltatt i frisklivssentral med frisklivsresept for ett til fire år siden, og hadde fortsatt med regelmessig trening i etterkant, var de som kunne delta i studien. Kvalitativ analyse med en fenomenografisk tilnærming ble benyttet.

Resultat

Analysen resulterte i tre beskrivelseskategorier: (i) Frisklivsresept er et virksomt helsetilbud, (ii) Treningsgrupper og treningsmuligheter i nærmiljøet skaper motivasjon, (iii) Trening gir mestring og helsegevinst som fører til varige treningsrutiner

Konklusjon

Frisklivsresept i regi av frisklivssentral er et helsetilbud som kan bidra til at deltakerne utvikler kunnskap, ferdigheter og kompetanse til å fortsette med fysisk aktivitet etter reseptperioden. Treningsgrupper med egnet trening og aktiviteter, arrangementer og aktivitetsarenaer i nærmiljøet motiverer til fysisk aktivitet. Opplevelse av mestring av fysisk aktivitet, samt å erfare helsegevinst som bedret fysisk form, økt kapasitet og psykisk velvære motiverer til å fortsette med fysisk aktivitet etter en periode i frisklivssentralen.

Nyckelord

fysisk aktivitet på resept, helsefremmende arbeid, mestring, sosial støtte, kvalitativ metode



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Factors that contribute to continued physical activity following participation at Frisklivssentral (activity by prescription). A qualitative study.				
Author				
Hilde Christine Ulvik Hauge				
Author's position and address				
Specialist nurse, Haukeland University Hospital, AFMR Outpatient Spine clinic, N-5235 Nordås				
Date of approval		Supervisor NHV/External		
12.09.2014		Lene Povlsen, senior lecturer DrPH Nordic School of Public Health NHV		
No. of pages	Language – thesis	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
44	Norwegian	English+ Norwegian	1104-5701	978-91-86739-75-1

Abstract

Aim

This study aimed to identify various factors that contribute to continue physical activity following an intervention by Frisklivssentralen (i.e., physical activity on prescription), as seen from the user`s perspective.

Method

We interviewed 23 adults divided into five focus groups. The criteria for selecting people was that they had participated in the programme, exercise on prescription, one to four years ago, and had continued with regular exercise for at least three hours weekly. We used qualitative analysis and a phenomenographic design to examine all data.

Results

We identified three categories: (i) physical activity on prescription is a useful intervention (ii) organized groups and training opportunities in the community motivates to being active, (iii) mastering physical exercise provides a sense of accomplishment, and gives health benefits that inspire ongoing physical activity.

Conclusion

Physical activity on prescription in a Frisklivssentral (public healthcare center) can help participants to acquire knowledge and skills to be able to continue with physical activity after the prescriptionperiod. Exercise groups with appropriate training and activities, events and activity settings in the community encourages physical activity. Mastering physical activity and experiencing its health benefits (e.g., improved physical fitness and improved quality of life in general) can motivate people to remain physically active.

Key words

physical activity on prescription, health promotion, coping, social support, qualitative method

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON	5
1.1. Fysisk aktivitet og helse	5
1.2. Frisklivssentral – et kommunalt helsetilbud.....	6
2. BEGREPSMESSIG OG TEORETISK RAMMEVERK.....	7
2.1. Helsefremmende arbeid	7
2.2. Empowerment.....	8
2.3. Salutogenese	8
2.4. Endring av levevaner	9
2.5. Sosial støtte.....	11
3. PROBLEMFORMULERING, HENSIKT OG MÅL.....	12
4. METODE	13
4.1. Design	13
4.2. Utvalg og deltagere	13
4.3. Fokusgruppeintervju	15
4.4. Analyse.....	16
4.5. Ethiske overveielser.....	17
5. RESULTAT.....	17
5.1. Frisklivsresept er et virksomt helsetilbud	18
5.2. Treningsgruppe og treningsmuligheter i nærmiljøet skaper motivasjon	20
5.3. Trening gir mestring og helsegevinst som fører til varige treningsrutiner	23
6. DISKUSJON	26
6.1. Resultatdiskusjon.....	26
6.2. Metodediskusjon.....	31
7. KONKLUSJON.....	32
8. TAKK.....	33
9. REFERANSER.....	34
10. VEDLEGG	40

1. INTRODUKSJON

De største folkehelseproblemerne i moderne vestlige samfunn henger nært sammen med folks levevaner. WHO har satt fokus på at på verdensbasis er ikke-smittsomme sykdommer som kreft, diabetes, hjerte-karsykdommer og kroniske luftveissykdommer blitt en stor utfordring innenfor folkehelsearbeidet. De fire viktigste underliggende risikofaktorene, i forhold til denne type sykdommer, er usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakk og alkohol. Endringer av levevaner knyttet til disse risikofaktorene er estimert til å kunne redusere for tidlig død med 80 prosent når det gjelder hjerte-karsykdommer og type 2-diabetes og 30-50 prosent når det gjelder kreft (WHO 2011). I 2012 vedtok Verdens helseforsamling(WHA) målet om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 25 prosent innen 2025. Det er identifisert fire overordnede indikatorer og mål for å lykkes med dette, ett av disse målene er at andelen som er fysisk inaktive skal reduseres med ti prosent (WHO 2013).

Helsetilstanden i Norden, uttrykt ved forventet levealder og sykdomsforekomst i befolkningen, er blant de beste i verden. Men helse er ikke likt fordelt og like god i hele befolkningen. Personer med høyere utdanning og inntekt lever lenger og er friskere enn personer med lavere utdanning og inntekt (Marmot 2004, WHO 2008). Forskning viser at mennesker i vanskeligstilte grupper i forhold til levevilkår som fattigdom, marginalisering, dårlige boforhold eller arbeidsledighet har en økt sårbarhet for å utvikle sykdom og uheld, og at mennesker med en risikoatferd eller vaner som røyking, bruk av rusmidler, inaktivitet og usunt kosthold er i risiko for å utvikle livsstilssykdommer (Marmot 2004, Baum 2008).

1.1. Fysisk aktivitet og helse

Det finnes evidens for at fysisk aktivitet kan anvendes for å fremme helse og forebygge og behandle mer enn 30 fysiske og psykiske sykdomstilstander (Statens folkhälsoinstitut 2008, Helsedirektoratet 2009). Et utilstrekkelig fysisk aktivitetsnivå i befolkningen er en utfordring i all de nordiske landene (Kallings 2010). Det finnes sosiale forskjeller når det gjelder vaner i forhold til kosthold og fysisk aktivitet. Grupper med høyere utdanning og sosioøkonomisk status har mer helsevaner enn de med lavere sosioøkonomisk status (Nordic Council of Ministers 2006).

Alle de nordiske landene har tiltak hvor målet er sykdomsforebygging og helsefremming gjennom økt fysisk aktivitet. I Danmark, Finland, Norge og Sverige er det utviklet modeller for fysisk aktivitet på resept innen helse- og omsorgssektoren (Kallings 2010). Det er gjort en del forskning på fysisk aktivitet på resept. I Sverige er det gjort flere studier på modellen FaR (Fysisk aktivitet på resept). Disse viser at det er stor variasjon av diagnoser og alder på dem som ble henvist, samt variasjon i forhold til hvilken type aktivitet, dosering av aktivitet, egen aktivitet eller organisert aktivitet som ble ordinert (Kallings et al. 2008, Leijon et al. 2008). Studier viser at FaR fungerer i den kliniske hverdag, fører til økt fysisk aktivitet og forbedret livskvalitet. To tredjedeler av

dem som har fått FaR opprettholder aktivitetsnivået både etter seks og tolv måneder (Leijon 2009, Kallings et al. 2009). Undersøkelser i Norge har vist at 60 % av deltagerne på frisklivsresept opprettholder aktivitetsnivået ett år etter reseptperiode (Helsedirektoratet 2008).

I en nordisk rapport hvor erfaringer med fysisk aktivitet på resept oppsummeres, pekes det på at det er vanskelig å anbefale en felles modell, en såkalt Nordisk ”best practice”, men det anbefales å tenke ulike nivåer av tiltak og at disse må tilpasses til pasientens helsetilstand og behov, og på sett og vis skreddersys til den enkelte bruker, og ikke minst at arbeidet må tilpasses ut fra de aktuelle forutsetningene som finnes lokalt (Kallings 2010).

I Norge har en de siste årene sett en endring i styringen fra helsemyndighetene hvor det søkes å legge mer vekt på helsefremming og forebygging. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) vektlegges en styrking av den helsefremmende og forebyggende innsatsen for å hindre at sykdom oppstår og utvikler seg. St.meld.nr.47 (2008-2009), den såkalte Samhandlingsreformen, peker på at det er behov for å øke den helsefremmende og forebyggende innsatsen, utvikle det tverrsektorielle folkehelsearbeid og styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunene.

I 2003 ble det i Norge utviklet en modell for livsstilsendringer på resept som ble kalt Grønn resept. Evalueringer av Grønn resept viste at leger etterlyste tilbud de kunne henvise pasienter til (Bringedal & Aasland 2005). En videreutvikling av Grønn resept har ført til frisklivsresept og utvikling av frisklivssentraler (Helsedirektoratet 2008). Frisklivssentraler beskrives i Meld.St. 16 (2010-2011) nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 som et viktig tiltak for å nå målene om å forebygge mer og bedre. Det omtales som et viktig tilbud til personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse, og som kan ha helsemessig nytte av frisklivssentralens tilbud.

1.2. Frisklivssentral – et kommunalt helsetilbud

Frisklivsresept er en henvisningsordning til et kommunalt tilbud i en frisklivssentral for endring av levevaner blant annet rettet mot personer som er i faresonen for å utvikle sykdom eller helseplager relatert til fysisk inaktivitet (Helsedirektoratet 2013). Frisklivssentralene har en salutogen tilnærming hvor fokuset er på faktorer som fremmer helse og mestring. Tiltaket i frisklivssentral starter og avsluttes med en helsesamtale, og oppfølgingsperioden har en varighet på 12 uker. Helsesamtalen vektlegger mestring og empowerment. Den er en strukturert, individuell samtale som har til hensikt å hjelpe deltakeren til å finne egne grunner til å ville endre atferd og sette mål. Videre søkes det å hjelpe deltakeren med motivasjon og å oppleve mestring.

Den enkelte deltaker skal selv være den aktive og den som skal ha eierskap til endringsprosessen. Hensikten er å styrke deltakerne som sjef i eget liv gjennom å bidra til tillit til egen mestring, fremme indre motivasjon gjennom kompetanse, tilhørighet og autonomi, for at dette skal føre til bedre funksjonsevne og bedre fysisk og psykisk helse (Ryan & Deci 2007, Deci og Ryan 1985, Helsedirektoratet 2013). Helsesamtalen er

utarbeidet etter prinsipper for motiverende samtale eller endringsfokustert rådgivning som er en empatisk ikke-moraliserende tilnærming hvor deltakers selvforståelse står sentralt. Metoden er dokumentert å ha effekt i forhold til å endre levevaner (Hetteema et al. 2005, Helsedirektoratet 2013).

Gruppetilbud innen fysisk aktivitet er en sentral del av frisklivssentralens tilbud (Helsedirektoratet 2013). Gruppetrening er kostnadseffektiv og kan bidra til økt mestringfølelse. Aktivitetene foregår som oftest ute, krever lite utstyr, og består gjerne av lekinspirert kondisjonstrening og styrketrening med kroppen som belastning. Under deltakelse i frisklivssentralen skal deltagerne gjøres kjent med turmuligheter og aktuelle lokale aktivitetstilbud. En målsetting er at reseptperioden skal gjøre den enkelte i stand til å vedlikeholde økt fysisk aktivitet gjennom egenaktivitet eller i andre lokale tilbud (Helsedirektoratet 2013).

Forskning viser at mange som går i gang med livsstilsendringer, opplever at det er vanskelig å opprettholde endringen over tid (Espenes og Smedslund 2009). utfordringer med å gjøre endringer av levevaner kan gjerne skyldes en kombinasjon av ulike egenskaper hos den enkelte og sosiale og samfunnsmessige faktorer. Motivasjon, opplevelse av mestring og sosial støtte er faktorer som synes å være av betydning (Espenes og Smedslund 2009, Prescott og Børtveit 2004). Tema for denne studien er å identifisere faktorer som bidrar til at pasienter forsetter med fysisk aktivitet etter en frisklivssintervensjon.

2. BEGREPSMESSIG OG TEORETISK RAMMEVERK

2.1. Helsefremmende arbeid

Verdens helseorganisasjon (WHO) ble dannet i 1948, og definerte i sin konstitusjon et nytt syn på helsebegrepet. Det nye var ideen om ett holistisk helsebegrep som ser helse som noe mer enn fravær av sykdom. Helse ble beskrevet som en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende (WHO 1948). Denne måten å definere helse på har fått stor betydning for det helsefremmende arbeidet ved at den satte fokus på at helse er noe mer enn et kroppslig og medisinsk spørsmål.

Gjennom en rekke verdenskonferanser har WHO vært sentral i å utvikle perspektiver i folkehelsearbeid. Alma Ata erklæringen fra 1978 "Helse for alle i år 2000" bygger på idealet om retten til helse. Erklæringen vektla brukerperspektivet i tjenestene og understreket at brukerne skulle sees på som viktige samarbeidsparter i behandlingen (WHO 1978). Begrepet Health Promotion (helsefremmende arbeid) ble etablert med Ottawa Charteret (WHO 1986), og beskrives som den prosess som muliggjør at mennesker får økt kontroll over de faktorer som påvirker helsen. Helse ses som en ressurs hos den enkelte og som er avhengig av både en klok helsepolitikk og et livsmiljø som er støttende og stimulerende for menneskene.

Den sosiale dimensjonen i helsebegrepet har gjennom årene blitt styrket gjennom WHO's arbeid. Helse avhenger av samfunnsfaglige faktorer som økonomiske muligheter, utdanning og kunnskap og sosial fordeling. Helse for alle er målet og begrepet empowerment brukes for de politiske og sosiale tiltakene som skal gi mennesker mulighet og tilgang for å kunne håndtere sin helse. Andre prinsipper for helsefremmende arbeid er intersektorielt samarbeid, varighet (sustainability) og samvirkende strategier (multistrategy) (WHO1986, Rootman et al 2001).

Jakarta konferansen (WHO1997) understreket behovet for en helhetlig tilnærming til folkehelse, med blant annet arenatilnærmingen for å implementere helhetlige strategier, mens Ottawa charteret (1986) la vekt på at helse skapes på de arenaer hvor mennesker lever og bor. En arena er et sted eller et sosialt miljø hvor folk engasjerer seg i daglige aktiviteter, hvor omgivelser, organisering og personlige faktorer virker på hverandre og påvirker helse og velvære.

2.2. Empowerment

Empowerment kan både være et mål i seg selv og en prosess og strategi, der et sentralt element er å styrke den enkeltes egne krefter og motvirke undertrykkende krefter. Empowerment krever lokalt samarbeid med enkeltpersoner eller grupper, -ansikt til ansikt (Tengland 2012). Empowerment, eller egenkraftmobilisering, handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter og ressurser (Askheim 2007). Det innebærer å la den enkelte ha så mye kontroll som mulig over de endringsprosessene de er involvert i (Laverack 2009). Den enkelte må aktivt delta i problemformulering, i å finne løsningen på problemene og de handlingene som kreves for å løse dem, mens den profesjonelle helsearbeideren primært skal være en som hjelper og tilrettelegger for å få ting i gang (Tengland 2012).

Utgangspunktet for empowerment er å styrke enkeltindivider og grupper, slik at de kan få kraft til å endre betingelsene som gjør at de befinner seg i en avmaktsituasjon. Det handler om å få i gang prosesser, aktiviteter som kan styrke deres selvkontroll. I praksis kan dette handle om å få økt selvtillit, bedre selvbylde, økte kunnskaper og ferdigheter. Starrin (2007) mener at en adekvat definisjon av empowerment rommer emosjonelle aspekter, og at empowerment fremmes i situasjoner som preges av fellesskap, tillit og trygge og gode relasjoner. Den gode og trygge fellesskapsfølelsen skaper emosjonell energi, og uten den blir det ikke meningsfullt å snakke om empowerment.

2.3. Salutogenese

Sosiologen Aron Antonovsky (1991) har vært en viktig inspirator for tenkningen om utviklingen av helse. Han mente at vi alle kan påvirke vår egen helse. Han skapte begrepet Salutogenese gjennom sin forskning på hvilke faktorer som bidrar til helse. Sentralt i hans arbeid står betydningen av å fokusere mer på hva som forårsaker helse,

enn hva som forårsaker sykdom. Antonovsky så at hele mennesket og dets sammenheng var medvirkende til helse. Helse og sykdom er ikke en dikotomi, men et kontinuum der ytterpunktene er syk og frisk. Den sentrale tesen i hans salutogene modell er at sterk opplevelse av sammenheng (sense of coherence) er avgjørende for god mestring av livets belastninger og vedlikehold av helse. Opplevelsen av sammenheng har tre komponenter: belastningene må **forstås** i en sammenheng, en må ha de nødvendige ressursene til å **håndtere** utfordringene, og en må oppleve livet **meningsfullt**, slik at det er verdt å spandere tid og engasjement på å løse problemene, og gjøre den innsatsen som skal til.

Antonovskys teori er forenelig med essensen i Ottawa charteret (WHO 1986). I Ottawa charteret ses helse som en menneskerett, og ansvaret for å oppnå helse, velvære og livskvalitet strekker seg mye lenger enn til helsesektoren og helseadferd. Det viktige målet i helsefremmende arbeid er å skape gode forutsetninger for å kunne leve et godt liv, og opplevd god helse er en determinant for livskvalitet.

Erikson og Lindströms (2008) metafor, "Health in the River of Life", beskriver at livets elv er full av risikoer og ressurser. Utfallet i forhold til helse og livskvalitet avhenger av hver enkelts evne til å identifisere og utnytte ressursene til å ta gode valg for helse og liv. En salutogen tilnærming innebærer med andre ord å identifisere de faktorer som bidrar til helse og legge til rette for å styrke disse faktorene. I frisklivssentralen blir fysisk aktivitet sett på som en friskfaktor og motstandsressurs mot sykdom og plager, og en legger derfor til rette for fysisk aktivitet. Det er dette som er fokus, nemlig å legge til rette for og utnytte fysisk aktivitet som en ressurs for enkeltmennesker og grupper.

2.4. Endring av levevaner

Mye av det helsefremmende arbeidet handler om å bidra til og legge til rette for sunne levevaner. Å bidra til endring mot mer helsefremmende levevaner er også intensjonen med en frisklivsresept i frisklivssentral (Helsedirektoratet 2013). I arbeidet med å hjelpe mennesker med å endre levevaner er det viktig å være klar over at det å etablere og endre vaner påvirkes av en rekke faktorer, og at levevanevalgene våre kan være styrt av sammensatte og til dels komplekse årsaksforhold som gjerne består av en kombinasjon av individuelle egenskaper og sosiale og samfunnsmessige faktorer (Espenes & Smedslund 2009).

Motivasjon og mestring

Hvilken atferd et individ velger vil være avhengig av motivasjon. Motivasjon defineres ofte som det som forårsaker aktivitet hos et individ, det som holder aktiviteten i gang og det som gir den mål og mening (Barth et al. 2006). Motivasjon er en sentral faktor i endringsarbeid. Det er vanlig å skille mellom indre og ytre motivasjon. Dersom en person gjør en aktivitet på grunn av interesse for selve aktiviteten, og den er belønning nok i seg selv, er det tale om indre motivasjon. Ytre motivasjon er når en person gjør noe fordi han ønsker å oppnå en gevinst eller et mål utenfor selve aktiviteten. Å gjøre

noe av egen interesse eller å gjøre noe på grunn av eksterne årsaker gir ulik effekt på psykologiske variabler, og det å være indre motivert innebærer en mer positiv effekt (Wold & Samdal 2009). I forhold til å motivere til fysisk aktivitet kan ytre motivasjon også være nyttig i forhold til å utvikle indre motivasjon (Martinsen 2004). I følge Pensgaard og Hollingen (2006) er kjennetegn på at motivasjon er tilstede ved fysisk aktivitet at atferden er preget av høy innsats, engasjement, vilje, tro, entusiasme og utholdenhet.

Selvbestemmelsesteorien (Self Determination Theory) til Ryan og Deci (2000) er en teori som har relevans for å forstå betydningen av indre motivasjon for helseadferd. Teorien er også blitt brukt som forklaringsmodell i forhold til motivasjon for fysisk aktivitet (Biddle og Mutrie 2008). I følge selvbestemmelsesteorien (Ryan og Deci 2000) er selvbestemmelse en opplevelse av valgfrihet i forhold til å igangsette og regulere egne handlinger. Indre motivasjon er basert på menneskets ønske om å være kompetent og selvbestemt. Indre motivasjon er det medfødte drivet mennesket har til å engasjere seg og utnytte egen kapasitet og forsøke å håndtere optimale utfordringer. Det vil være en sammenheng mellom oppfattet kompetanse og indre motivasjon. Opplevelse av å ha kompetanse gir høy indre motivasjon, men dette fordrer at aktiviteten er optimalt utfordrende, og at en selv kan påvirke resultatet (Deci og Ryan 1985). Mennesker er indre motivert når deres atferd ikke er forårsaket av ytre belønning eller hindringer, og de gir uttrykk for at de trives.

Den indre motivasjonen synes å være avhengig av at det sosiale miljøet tilfredsstillende viktige psykologiske behov. Dette er grunnleggende behov som behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Å føle seg autonom handler om å ha en følelse av valg, initiativ og å kunne være agent for egen adferd. Å føle seg kompetent handler om mestring og opplevelse av kontroll over konsekvenser. Tilhørighet er en følelse og opplevelse av nærhet og å ha autentiske relasjoner til andre. Ryan og Deci (2000), mener at disse tre behovene er viktige fordi de bidrar til styrking av evnene til selvregulering og påvirker dermed hvilke valg en foretar i forhold til atferd som for eksempel fysisk aktivitet. Ryan og Deci (2007) hevder at opplevelsen av kompetanse, tilhørighet og autonomi er nødvendige forutsetninger for å vedlikeholde og fremme indre motivasjon. Dette kan igjen føre til bedre mental helse, mens når en ikke får innfridd behovene leder det til redusert motivasjon.

Wold og Samdal (2009) hevder i samsvar med dette at ytre og indre motivasjon inngår i et komplekst samspill. Ytre belønning i form av penger, karakterer og trofeer kan virke negativt inn på indre motivasjon, da denne kan virke begrensende og kontrollerende, mens den eneste formen for ytre påvirkning som ser ut til å øke indre motivasjon er valgfrihet. Dette er sannsynligvis fordi muligheten til å velge styrker følelsen av selvbestemmelse.

En teori som er brukt til å forstå atferd og årsaker til helsevaner som røyking og fysisk aktivitet, er Banduras (1986) sosial-kognitive teori om mestringsforventning (self-efficacy)(Wold & Samdal 2009). Et viktig poeng i teorien er at mennesket er proaktivt, selvreflekterende og selvregulerende. Menneskelige prestasjoner må sees som et samspill mellom personlige faktorer (blant annet tanker, følelser og kropp), atferd og de sosiale omgivelsene. Disse forholdene påvirker hverandre gjensidig og styrken i

påvirkningene varierer for ulike handlinger og under forskjellige forhold. Begrepet mestringsforventning er viktig for å forstå enkeltindividers valg som et ledd i det å endre atferd. For at en skal endre atferd, må vi ha tro på at vi skal klare det og ha forventninger om at endringen vil føre til ønsket utfall. Mestringsforventning er av stor betydning fordi den påvirker de valgene en gjør, hvor mye energi som legges i en oppgave, og det påvirker ens tanker og følelser i forhold til en selv og andre (Bandura 1997).

Begrepet mestringsforventning reflekterer individets tro på egne evner eller ferdigheter med tanke på å endre atferd (Fauskunger 2002). Den aktivitetsspesifikke selvtilliten kan variere som følge av ulike aktivitetskrav, situasjonskrav og ulike krav om ferdigheter på et bestemt område (Fauskunger 2002). Eksempelvis kan en person ha god selvtillit i forhold til korsang og musikk og være aktiv innen slike aktiviteter, men ha liten tro på egne evner når det gjelder fysisk aktivitet dersom dette er noe hun har lite erfaring med.

Bandura (1997) har identifisert fire kilder som bidrar til å utvikle og styrke mestringsforventning. Dette er positive erfaringer av mestring, positive forbilder (enten fortalt eller observert), å få bekreftelse og erkjennelse for at en mestrer/eller kan mestre, og at en fokuserer på positiv fysiologisk og/eller emosjonell tilstand.

I forhold til endringsarbeid for å bli mer fysisk aktiv, vil det derfor være viktig å styrke mestringsforventning hos deltakerne ved å legge til rette for at de kan få gode opplevelser og erfaringer med fysisk aktivitet. Det er videre viktig å legge til rette for å ha positive forbilder, det vil si at det at andre mennesker kan overvinne tilsvarende utfordringer som en selv har, kan føre til at en får større tro på egne evner og muligheter. I en endringsprosess kan det å organisere grupper for at folk allierer seg med likesinnede og med folk som har klart å bli mer fysisk aktiv, være positivt. Den tredje faktoren handler om det å få støtte fra omgivelsene, og det fjerde området om å fokusere på positive kroppslige og følelsesmessige tilstander.

Når det gjelder fysisk aktivitet kan det tenkes at aktiviteten fører til negative kroppsreaksjoner og følelser som smerte, verk og tretthet. For å kunne håndtere disse negative opplevelsene kreves det tilstrekkelig mestringsforventning, og for helsepersonell i veiledingssammenheng blir det derfor viktig å informere om at dette kan være normale reaksjoner når kroppen belastes mer enn den er vant til (Wester et al. 2009).

2.5. Sosial støtte

Sosial støtte og gode relasjoner regnes som faktorer av stor betydning for folks helse. Det finnes undersøkelser fra ulike land som viser nettopp dette, sosial støtte er derfor av WHO (2003) inkludert blant de viktigste sosiale helsedeterminantene.

Cobb (1976) definerte sosial støtte som individets opplevelse av at noen bryr seg om en og er glad i en, at en er verdsatt og tilhører et nettverk av samhandling og gjensidige forpliktelser. En skiller mellom fire ulike typer for sosial støtte: - *Emosjonell støtte* som

inkluderer empati, omsorg, kjærlighet og tillit, *Vurderingsstøtte* som er basert på konstruktive tilbakemeldinger og bekreftelse på en selv, *Informativ støtte* som inkluderer rådgivning, anbefalinger og forslag som kan være til hjelp når en har problemer og *Instrumentell støtte* som er en mer konkret form for støtte som kan omfatte materiell og praktisk hjelp (House 1981).

Når det gjelder sosial støtte i forhold til endring av fysiske aktivitetsvaner, hevder Biddle og Mutire (2008) at det er instrumentell støtte, informativ støtte og emosjonell støtte som er spesielt viktig. Marcus og Forsyth (2009) har også med den fjerde formen for sosial støtte, evaluerende støtte, hvor tilbakemelding og oppmuntring er sentral. Denne fremheves som viktig fordi den stimulerer til refleksjon og egenevaluering, noe som vurderes som viktig i en endringsprosess.

I forhold til sammenhengen mellom sosial støtte og helse, kan sosial støtte ha en direkte og en indirekte effekt på helse (Cohen og Syme 1985). Den direkte effekten synes å innebære at sosial støtte vil ha en positiv effekt på helsen uansett livsbelastninger og sosiale forhold. Indirekte effekt vil kunne vise seg i tilknytning til ulike påkjenninger og bidra til å redusere den negative effekt på helsen som påkjenninger og belastninger ellers vil kunne ha. Sosial støtte virker da gjennom å styrke individets mestringsevne. Evne til mestring vil også henge sammen med personlige egenskaper og samspillet mellom individuelle og miljømessige faktorer.

Berkman & Glass (2000) fant at sosial støtte kan påvirke helsen på ulike måter blant annet i forhold til livsstil, da undersøkelser viser at mangel på sosial støtte bidrar til usunn livsstil blant annet i form av røyking, mangel på mosjon og usunt kosthold. De fant også at lite sosial støtte kan føre til økt risiko for stressfaktorer som økonomiske problemer og problemer i arbeidslivet, og at manglende sosial støtte bidrar til at en i liten grad søker hjelp når en blir syk i forhold til de som har sosial støtte. At folk med lite sosial støtte i mindre grad søker faglig hjelp når de har psykiske helseplager, er også viste i norske undersøkelser (Dalgard 2008).

3. PROBLEMFORMULERING, HENSIKT OG MÅL

Frisklivssentral og frisklivsresept er tiltak som det satses på av de norske helsemyndighetene, men også et helsetilbud som er i videreutvikling (Helsedirektoratet 2013). Veileder for kommunale frisklivssentraler som kom ut i revidert utgave i april 2013, nevner blant annet etablering av likemannsgrupper og selvhjelpsgrupper som mulige tiltak etter frisklivsresept.

Evaluering av frisklivssentraler i Buskerud og Nordland har vist at dette er et tilbud som rekrutterer personer med lav utdanning (Blom 2008), mens Båtevik et al (2008) i en evaluering fra fem fylker viste at frisklivssentraler er et godt, individuelt tilpasset tilbud som treffer deltakerne og har gode rutiner for henvisning.

Denne MPH-studien setter fokus på de personer som opprettholder fysisk aktivitet etter en periode i frisklivssentral. Intensjonen er å fremskaffe kunnskap om hva disse personene opplever som viktige faktorer som har bidratt til at de har fortsatt med regelmessig fysisk aktivitet.

Studiens hensikt er således å kartlegge hvilke ulike faktorer som kan bidra til å fortsette med fysisk aktivitet etter en intervensjon i frisklivssentral, sett fra brukernes ståsted.

4. METODE

4.1. Design

Kvalitativ metode brukes for å få tilgang til erfaring som kan brukes for å utvikle nye hypoteser, begreper og forståelsesrammer, og er derfor en egnet metode i denne sammenheng. Kvalitativ metode kan brukes for å få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og handlinger (Malterud 2003). Kvalitative metoder innebærer en tolkende tilnærming og egner seg til å utforske spørsmål som: Hva er...? Hvordan foregår...? Hvordan erfarer...? Metoden bidrar til å presentere nyanser og mangfold.

Det er valgt en fenomenografisk tilnærming for denne studien. Dette er en metode som er utviklet innenfor forskning på pedagogikk (Lepp og Ringsberg 2002, Alexandersson 1994). I fenomenografien skiller en ut ulike aspekter, - like og ulike utsagn som beskriver oppfatninger, ved det fenomenet en studerer (Alexandersson 1994). Den underliggende antagelsen er at forskjellige mennesker har ulike oppfatninger av det samme fenomenet. Fenomenografien er hermeneutisk orientert, det vil si at det er meningsinnholdet som er det styrende i analysen av dataene og dannelsen av kategoriene. Spørsmål om verden kan belyses på to ulike måter, som representerer hvert sitt perspektiv (Lepp og Ringsberg 2002). Hvordan noe er benevnes som "første ordens perspektiv", mens et "annen ordens perspektiv" vil forsøke å få fram hvordan verden oppfattes eller erfares å være (Marton 1981). Denne distinksjonen er grunnleggende for fenomenografien som er en forskningstilnærming med et 2. ordensperspektiv. Ved en fenomenografisk tilnærming vil en beskrive det som viser seg for vår bevissthet - og ikke fenomenet i seg selv (Alexandersson 2003).

4.2. Utvalg og deltagere

Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetting at det har potensiale til å belyse den problemstillingen en søker svar på (Malterud 2003).

Fem Frisklivssentraler ble kontaktet pr telefon og e-post (Vedlegg 1) for forespørsel om hjelp til å finne aktuelle kandidater for deltagelse i studien, og om mulighet for å få bruke egnete lokaler til å gjennomføre gruppeintervju. Frisklivssentralene ble av

praktiske grunner rekruttert fra ett fylke. Det var ønskelig at beliggenheten til de ulike frisklivssentralene skulle representere deltakere fra både by - og bygdeområdet, men av de tre frisklivssentraler som hadde mulighet til å bidra til å rekruttere deltagere, var ingen lokalisert i en by, men to av sentralene lå i nokså nær avstand til en by.

Personer som hadde vært deltakere i en frisklivssentral med frisklivsresept for ett til fire år siden, og som hadde fortsatt med regelmessig fysisk aktivitet i etterkant, var de som kunne inviteres til å delta i studien. Omfanget av fysisk aktivitet ble satt til 3 timer eller mer per uke, med et intensitetsnivå som fører til at en blir varm/svett/ andpusten. Dette nivået er satt da det er i tråd med de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet for voksne (Sosial – og helsedirektoratet, avd for fysisk aktivitet, 2000), og i tråd med det som ble definert som tilstrekkelig fysisk aktivitet i en studie som evaluerte effekt av tre måneders intervensjon med ”Trening på resept” (Blom 2008).

Det var et ønske at det blant de som skulle delta i studien var variasjon i forhold til alder, og at begge kjønn var representert. Det var også ønskelig med variasjon i forhold til arbeidslivsdeltakelse og utdanningsnivå. Det ble tilstrebet å ha 5-8 deltakere i hver fokusgruppe. For at dataene skal kunne brukes i større utstrekning ble det gjennomført flere utfyllende fokusgrupper.

Deltakerne ble rekruttert ved at de fikk spørsmål om deltagelse og informasjon om studien via den aktuelle frisklivssentralen hvor de tidligere hadde vært deltager. Frisklivssentralene formidlet så navn, telefonnummer og e-postadresse på de som sa seg villig til forfatter, som deretter kontaktet den enkelte per telefon for videre informasjon og forespørsel om å delta.

Tabell 1: Beskrivelse av informantene (n=23)

Kvinner/menn	17/6
Alder	38-74 år
Samboende/ alene	18/5
Utdanning	
Høgskole/universitet	5
Videregående skole el yrkesfag	14
Grunnskole	4
Tilknytning til arbeidslivet	
Aktiv i arbeid (80-100%)	5
Delvis aktiv i arbeid (40-60%)	4
Arbeidsavklaringspenger eller uføretrygdet	6
Arbeidssøker	1
Pensjonist	7

Det ble rekruttert 23 deltagere til studien. Det var en spredning i alder fra 38 til 74 år. Blant deltagerne var det 17 kvinner og seks menn. Noen av informantene var aktive i arbeidslivet eventuelt arbeidssøkende, noen var uføretrygdet eller på

arbeidsavklaringspenger og noen var alderspensjonister. I forhold til utdanningsnivå var det en mindre andel som hadde høyere utdanning, en stor gruppe som hadde videregående skole eller yrkesfag, mens en mindre andel hadde grunnskole. Se Tabell 1.

4.3. Fokusgruppeintervju

Innhenting av kvalitative data kan skje gjennom fokusgrupper (Kitzinger 1995), som skiller seg fra tradisjonelt gruppeintervju ved at deltagerne samtaler med hverandre. Ved interaksjon mellom deltagerne oppstår en friere uttrykksform som kan skaffe tilveie informasjon en kanskje ikke hadde fått tak i ellers.

Fokusgruppene består vanligvis av fem - åtte informanter som snakker sammen i en til to timer (Malterud 2003). Gruppesamtalen ledes av en moderator som introduserer emnene som skal diskuteres, for så å legge til rette for ordveksling. Moderator, (i denne studien forfatteren), må tilstrebe at alle deltagerne kommer til orde, følge med i gruppeprosessen som kan medvirke til å styre kunnskapsutviklingen, og bidra til at samtalen får en god forankring til det temaet som skal belyses.

Det ble gjennomført fem fokusgruppeintervjuer med fire eller fem deltakere i hver gruppe, til sammen 23 deltagere. For å få belyst det spørsmål som en ønsket svar på, var det på forhånd utarbeidet en intervjuguide med spørsmål knyttet til forskningsspørsmålet (Vedlegg 3). Dette var åpne spørsmål om hvilke faktorer / hva som hadde vært viktige faktorer for at deltagerne fortsatt var fysisk aktive, og hva som motiverte dem til å holde frem med fysisk aktivitet. Gjennom intervjuets gang ble informantene invitert til å utdype mer om sine oppfatninger av fenomenet.

Det var ønskelig at diskusjonen skulle gå så fritt som mulig mellom deltagerne. Innledningsvis ble det påpekt at det var ønskelig å få frem variasjoner og ulike erfaringer i forhold til tema og at det var viktig at alle stemmer ble hørt. Det var ikke et mål å komme frem til et felles svar. Som en naturlig oppstart på diskusjonen ble alle deltagerne bedt om å fortelle om hvilke aktiviteter/hvordan de var i fysisk aktivitet i dag. Kun forfatter, som var moderator, var til stede sammen med informantene. Det ble tilstrebet at alle skulle få komme til orde, dette ble forsøkt gjort ved at moderator henvendte seg direkte til de som var minst aktive på en vennlig og imøtekommende måte.

Fire av intervjuene ble gjort i frisklivssentralenes lokaler, mens ett intervju ble gjort på kommunehuset i den aktuelle kommunen. For å legge til rette for en vennlig stemning, ble det servert kaffe, te, frukt og kjeks til deltagerne. Intervjuene varte fra 55 til 79 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på digital opptaksenhet og i etterkant transkribert av forfatter.

4.4. Analyse

Analyseprosessen innen den fenomenografiske retningen består ifølge Alexandersson (1994) av fire deler:

- Danne seg et helhetsinntrykk over dataene; bli kjent med dataene
- Identifisere spesifikke utsagn; som betegner ulike oppfatninger = delkategorier
- Sammenstille de identifiserte utsagnene i ulike kategorier = beskrivelseskategorier
- Gjøre en systematisk analyse av hvordan oppfatningene står i forhold til hverandre, og på den måte undersøke den underliggende strukturen av kategoriene, samt se dette i forhold til begrepsmessig og teoretisk rammeverk.

Informantenes syn på viktige faktorer for å fortsette med fysisk aktivitet etter endt periode med frisklivsresept, var fokus for analysen. Hovedresultatet av den fenomenografiske analysen er de beskrivende kategoriene (Lepp og Ringsberg 2002), men analysen skal også undersøke den underliggende strukturen av kategoriene.

Grunnleggende for kvalitativ analyse er at virkeligheten kan tolkes på ulike måter, og ulike oppfatninger avhenger av subjektive tolkninger. Forfatteren sees som en aktiv deltaker, og hennes perspektiv og posisjon får stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem. Dette betyr at forfatters erfaringer, faglige perspektiv, og den teoretiske og begrepsmessige referanseramme hun har med seg inn i studiet, er med på å bestemme hvilke mønstre som tegner seg under analysen, hva som hører sammen, og hvilke ord som blir brukt for å navngi det hun ser (Malterud 2003).

Analysen av dette MPH-arbeidet ble foretatt av forfatteren som er utdannet sykepleier, og som arbeider ved en tverrfaglig Nakke- og ryggpoliklinikk ved et Universitetssykehus. Det tverrfaglige teamet forfatteren er en del av, driver med utredning og behandling av pasienter med nakke- ryggplager med en behandlingsfilosofi som bygger på en biopsykososial helsemodell.

Forfatter hadde lite erfaring med fokusgruppeintervju og fenomenografisk analyse og har derfor søkt råd og veiledning hos veileder gjennom prosessen. Dette har bidratt til å styrke analysens pålitelighet. Når analysen var klar, ble en medstudent på MPH-programmet benyttet for å prøve og matche kategoriene, delkategoriene og sitatene, for å teste om denne personen kom fram til samme koblinger og struktur (interrater-reabilitet)(Lepp & Ringsberg 2002). Medstudenten matchet beskrivelseskategoriene, delkategoriene og sitatene nesten helt identisk med forfatter, noe som styrker påliteligheten.

4.5. Ethiske overveielser

Det ble innhentet informert samtykke av deltakerne i undersøkelsen og gitt muntlig og skriftlig informasjon om studien (Vedlegg 2). Det ble vektlagt at deltagelse var frivillig og at den enkeltes bidrag i fokusgruppeintervjuet ville inngå som en del av den samlede analyse.

Intervjuene ble renskrevet ordrett. I forbindelse med dette ble intervjuene avkodet slik at opplysningene ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Hver prosjektdeltaker ble i stedet tildelt ett kodennummer. Kodelisten og lydopptak fra intervjuene har vært oppbevart innelåst av prosjektansvarlig og vil ikke være tilgjengelig for andre. All data vil bli slettet etter at prosjektperioden er over og masteroppgaven er godkjent.

Studien ble sendt til Regional etisk komité (REK Vest) for fremleggingsvurdering. Tilbakemeldingen fra REK Vest var at studien ikke vurderes som medisinsk eller helsefaglig forskning, den var derfor ikke fremleggingspliktig, og kunne gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Studien er meldt til Datatilsynet og registrert der på bakgrunn av oppbevaring av datamateriale.

5. RESULTAT

Studiens hensikt var å kartlegge hvilke faktorer som bidrar til å fortsette med fysisk aktivitet etter en intervensjon i frisklivssentral, sett fra brukernes ståsted. De ulike beskrivelseskategoriene med sine delkategorier, vil bli presentert i et sammendrag og illustrert med et utvalg av sitater fra fokusgruppeintervjuene.

Tabell 2	
Beskrivelseskategorier	Delkategorier
Frisklivsresept er et virksomt helsetilbud	Bli møtt og sett på en god måte
	Frisklivssentralen var hjelp til endring, struktur og læring
Treningsgruppe og treningsmuligheter i nærmiljøet skaper motivasjon	Egnete treningstilbud og aktiviteter i nærmiljøet
	Tilhøre et treningsfellesskap
Trening gir mestring og helsegevinst som fører til varige treningsrutiner	Kroppen fungerer bedre med trening
	Egenutvikling, - å strekke seg på sitt nivå
	Gode treningsvaner er blitt løsningen på å ha det bedre

Analysen av intervjuene førte frem til tre beskrivelseskategorier ”Frisklivsresept er et virksomt helsetilbud”, ”Treningsgruppe og treningsmuligheter i nærmiljøet skaper motivasjon” og ”Trening gir mestring og helsegevinst som fører til varige treningsrutiner” sammen med sine tilhørende underkategorier representerer de ulike tolkninger av fenomenet som studeres i denne studien (Tabell 2). Den underliggende strukturen for resultatene i denne studien synes å være at den enkelte, ut fra sine forutsetninger, har evnet å kunne identifisere og virkeliggjøre sine ressurser, ferdigheter og muligheter i forhold til å kunne være fysisk aktiv, og at intervensjonen i frisklivssentralen har bidratt til utviklingen av disse ferdighetene.

5.1. Frisklivsresept er et virksomt helsetilbud

Informantene ga uttrykk for at møtet med frisklivssentralen, og det å få tilbud om frisklivsresept hadde vært positivt, nyttig og verdifullt for dem, og en viktig faktor for å gjøre endringer i forhold til å bli fysisk aktiv. Det ble trukket fram at det både var den inkluderende måten å bli møtt på av personalet i frisklivssentralene og aktivitetstilbudet, som de opplevde som noe de kunne delta på med sine forutsetninger, som var viktig. To delkategorier ble identifisert: ”Bli møtt og sett på en god måte” og ”Frisklivssentralen var hjelp til endring, struktur og læring”.

Bli møtt og sett på en god måte

Informantene poengterte at frisklivssentralen var et godt sted å komme til, de ble tatt imot og inkludert på en god måte av personalet og de andre deltagerne. Personalets evne til å vise interesse og omsorg, samt lokke frem motivasjon uten å være moraliserende, ble beskrevet som en god og overraskende opplevelse.

...det er noe med at for det første så blir du sett og møtt på en veldig god måte, og så følger de deg opp hele tiden, altså de leverer så mye mer enn du forventer, og det er man ikke så imarri vant med nå om dagen. Det er ikke sånn lenger rundt omkring. Så her er de utrolig flinke til å se hver enkelt...

Andre vektla at det å få litt tilbakemelding på seg selv og det de la ned av innsats under treningen, var viktig. Det gjorde godt å bli sett og bekreftet. At personalet var med på å synliggjøre for deltagerne at de gjorde fremgang og klarte mer, ble også poengtert.

Flere vektla at ute-treningen i Frisklivssentralen, som var preget av lek og moro, førte til mye latter og godt humør og var med på å skape et godt sosialt miljø. De opplevde at de fikk være sammen med andre mennesker på en måte som opplevdes likeverdig, og hvor en kunne være med på å gi og få omsorg og støtte. Dette førte til at de opplevde at de mestret det å delta i det sosiale fellesskapet selv om de hadde en tung periode preget av plager og sykdom. Det at treningen var lagt opp på en måte som gjorde at alle kunne gjøre det de klarte med sine forutsetninger, ble også poengtert som veldig bra.

Informantene hadde erfart at alle kunne mestre på sitt nivå. Noen av informantene erfarte at de klarte mer enn de hadde trodd på forhånd. Noen klarte også å gjøre ting, for eksempel å løpe, som de ikke trodde de hadde forutsetninger for å klare. De opplevde mestring og oppdaget at de hadde mer å gå på.

Latter, skeive kommentarer og jeg tenker det er litt viktig for det med psyken igjen. Går man rundt og har veldig mye sånne kroppslige vondter over tid, så blir man ikke bare sliten i kroppen, men man blir ganske sliten i hodet og. Og det og da å få komme på trening til et sted hvor det er litt tøys og litt moro og du i tillegg har framgang, da er det jo kinderegg altså.

Det ble også tatt fram at det på frisklivssentralen ikke var noe fokus på sykdom og diagnoser. Det synes informantene var bra, for det var det nok av andre steder. Det som var fokus i frisklivssentralene, slik informantene opplevde det, var aktivitet og aktiv deltakelse.

Frisklivssentralen var hjelp til endring, struktur og læring

Informantene uttrykte på ulike måter at frisklivssentralen hadde vært et viktig vendepunkt. Noen beskrev det å få erfare at trening og det å være ute i naturen kan gjøre så godt, både for kropp og sjel, som et vendepunkt og starten på en avhengighet av å være regelmessig i aktivitet. Andre som nå hadde vært aktive i tre-fire år etter frisklivsresept, beskrev at frisklivssentralen var der hvor det hele startet, og at de på sett og vis hadde frisklivssentralen å takke for hvor de var i dag. Noen ga uttrykk for takknemlighet for frisklivssentralen, fordi en der lærte hvor variert en kan trene ute i naturen.

... og så kom jeg opp her på frisklivssentralen og det er som du sier – et lykketreff. Så nå går jeg ukentlige turer med turistforeningen... ... og så har jeg begynt å tenke annerledes, for nå lar jeg bilen stå. Nå går jeg til jobb, jeg sykler hele sommeren, går hele vinteren, eehm og jeg fornyer yttertøyet mitt slik at jeg kan være ute uansett, og det er noe med det.

Noen poengterte at de satte pris på at de hadde et slikt tilbud i bygden, og var takknemlig for at fastlegen hadde henviste dem dit, for frisklivstrening ble løsningen på å klare seg bedre. Andre formidlet en opplevelse av at frisklivssentralen ble redningen etter lang tid med utredninger, sykehusopphold og møter med Nav som ikke hadde førte til løsninger eller til at ting ble tatt tak i.

Alle som går sykemeldt burde være innom friskliv, de som kan i alle fall, det er min anbefaling, for min erfaring er at det hjelper både fysisk og psykisk.

Informantene trakk fram at i frisklivssentralen opplevde de å få struktur på den fysiske aktiviteten. Deltakerne hadde ved å følge frisklivssentralens gruppetreningstilbud fått hjelp til en rytme og regelmessighet på det å være fysisk aktiv som de opplevde hadde

vært verdifull. Noen pekte på at de tidligere hadde likt å gå tur og være i aktivitet, men at de ikke hadde orket eller evnet å prioritere det.

Det er viktig å ha struktur og plan på det, for ellers er det lett for at det skjer mange andre ting, og så tenker en at en kan ta det siden, men så får en ikke tid. Derfor så er det veldig fint å ha noe fast å gå til, - jeg har en avtale, og jeg bryter ikke avtaler, hvis ikke det er noe helt spesielt.

Frisklivssentralen ble et viktig sted for informantene å bli trygg på egen kropp. De opplevde å lære og stole på kroppen og bli kjent med sin egen kapasitet, i trygge omgivelser med kyndige fysioterapeuter rundt seg. De erfarte at de fikk god veiledning og støtte av personalet i en prosess hvor de hadde følt seg sårbare og utrygge. De fikk lære at kroppen tålte belastning, og oppleve at de kunne lytte til kroppen og utfordre seg selv.

Friskliv er en god medisin, en god veileder og en god støttespiller. For jeg var ganske usikker på hva jeg kunne gjøre og ikke gjøre før jeg kom til friskliv, men de to gruppelederne som var proffe, de kunne gjøre jobben sin på en god måte, og jeg stolte veldig på dem. Jeg snakket med dem i forkant og fikk den tryggheten jeg trengte for å komme i gang og å komme videre.

Andre ga uttrykk for at de hadde lært mye nytt som førte til at det var lettere å kunne stole på kroppen og mestre ting på en mer hensiktsmessig måte. En av informantene sa det slik:

Det jeg lærte som var fryktelig fornuftig var det at denne kroppen er faktisk ikke laget av glass, den tåler himla mye mer. Det er noe med at når du har vondt i ryggen, og får sånne verk og vondt så gjør du deg selv en bjørnetjeneste ved å gjøre ting på rar måte

5.2. Treningsgruppe og treningsmuligheter i nærmiljøet skaper motivasjon

Trening i frisklivssentralen er gruppetrening sammen med andre. Dette trekker informantene frem som utrolig positivt. De formidlet at de hadde opplevd at det var fint å få være i et treningsfelleskap hvor alle kunne delta med sine forutsetninger og ta ut sitt potensialet. Etter reseptperioden var flere av informantene interessert i å ha et treningstilbud som lignet det de hadde vært med på i frisklivssentralen. På noen av frisklivssentralene var det mulig for deltakere å kjøpe seg klippekort for trening i regi av frisklivssentralen, i etterkant av reseptperiode. Noen hadde kjøpt et slikt kort og hadde dette som en viktig del av sin faste treningsrutine. Andre hadde fortsatt i seniortrim i regi av lokalt idrettslag etter frisklivsresepten eller var blitt aktive i lokallag av Turistforeningen og deltok på turer hver uke. Det ble identifisert to delkategorier ”Egnete treningstilbud og aktiviteter i nærmiljøet” og ”Tilhøre et treningsfelleskap”.

Egnete treningstilbud og aktiviteter i nærmiljøet

Informantene poengterte viktigheten av at det var et treningstilbud som de opplevde passet for dem. Flere ga uttrykk for at treningssenter ikke var noe for dem. De pekte på at de der fikk for lite oppfølging, eller at det ble for kjedelig å være inne og holde på med trening på apparater. Andre trakk frem at det var for høy musikk, eller at det ble vanskelig å følge gruppetrening da de hadde erfart at det var en del øvelser de ikke klarte å utføre. Erfaringen fra frisklivssentralen med en treningsform de hadde opplevd å mestre, førte til at mange ønsket å kunne fortsette med lignende trening.

...etter resepten (frisklivsresepten) så var det veldig viktig for meg å ha noe å gå til, i og med at jeg ikke klarte å gå tilbake til 100% stilling... det er viktig at det finnes treningstilbud som passer for oss, vi kan ikke bare smelle inn på aerobic eller noe for da... nei det har vi ikke kropp til.

Ut fra en av frisklivssentralene, som informantene var tidligere deltakere av, oppstod det en selvdrevet likemannsgruppe. Dette var en gruppe hvor noen deltakere etter reseptperiode tok initiativ til å fortsette med trening etter modell fra frisklivssentralen (utetrening med tur, intervall og styrke) på egenhånd, i en egen gruppe. En av dem som var med på å starte likemannsgruppen, sa det slik:

Vi var liksom ferdig i frisklivet, og så følte vi at det var liksom ikke noe tilbud til oss, - Hvor skal vi gjøre av oss liksom? Så var vi fire stykker som sa, liksom, vi kunne jo begynne for oss selv, så gjorde vi det, så det var grunnen til at vi startet likemannsgruppa for vi hadde ikke noe annet å begynne på. Vi ville ha noe fast å gå til, så da startet vi vårt eget tilbud.

Treningen i likemannsgruppen var gratis, dette så informantene som viktig for deltakere som hadde dårlig økonomi. De pekte også på at det i gruppa ikke var noe press i forhold til treningsklær og ”riktig” utstyr. Dette ble fremholdt som en faktor som kunne bidra til å inkludere flere.

Noen satte fokus på at kommunen tilrettelegger for og bidrar til å fremme fysisk aktivitet, var en inspirerende faktor. Noen fortalte at de i sommerhalvåret gikk turorientering etter poster som var satt ut av det lokale idrettslaget.

Omgivelsene, de mulighetene en hadde rundt seg av natur og turstier, og at det var en helhetlig tenkning og strategi i kommunen i forhold til å tilrettelegge og invitere til fysisk aktivitet, samt at det i nærmiljøet var idrettsanlegg og aktivitetsarrangementer, trakk informantene fram som faktorer som bidro til å fortsette med fysisk aktivitet etter frisklivssentralen.

Jeg synes det er godt å bo i en kommune som skjønner viktigheten av dette med fysisk aktivitet, - Helheten at det finnes ulike anlegg, svømmehall, skøytebane og flotte turstier og at vi har friskliv og flinke leger.

Og alle leddene er flinke til å bakke opp. De ulike tiltakene samarbeider med kommunen om arrangementer, turmarsjer, - kjempegøy, morsomt, kjekt at det dukker opp nye ting. Også at det er lavterskel, - alle kan være med.

Tilhøre et treningsfellesskap

Organisert trening i regi av frisklivssentralen, likemannsgruppe, seniortrim og turistforeningen ble beskrevet som et positivt, sosialt fellesskap med godt humør. En del av informantene poengterte at det var kombinasjonen av trening og det sosiale som de opplevde som godt. De erfarte at de fikk påfyll, følte omsorg for og fra de andre i gruppen. De beskrev et godt fellesskap der de delte og ga til hverandre av replikker førte til mye smil og latter. Informantene ga uttrykk for at de opplevde et inkluderende miljø, hvor de ble møtt med likeverdighet og ble sett som den de var. Det å kunne vite at noen ventet på deg og at en var savnet om en ikke kom, var med på å gi opplevelse av tilhørighet i et fellesskap.

Samholdet, alt sammen rundt her, bare det å komme her og se de blide ansiktene, og vist du er borte så går det en stund så ringer dem deg, Så drar jeg uansett hvilket vær det er, uansett for du veit at det er noen som venter på deg.

Informantene trakk fram at det i tillegg til treningene arrangeres sosiale happeninger gjennom året, slik som juleavslutning, sommeravslutning og lignende. Disse arrangementene opplevde informantene var med på å styrke det sosiale fellesskapet og de sosiale båndene mellom dem.

Viktigheten av å ha noe fast å gå til, som oppleves meningsfullt, kom tydelig frem i fokusgruppeintervjuene. Det var godt å ha noe fast å gå til hvor en traff andre mennesker. Noen poengterte at det var godt å kunne ha noe å gå til som fikk dem opp av sofaen. En del av informantene var pensjonister og syntes de hadde mye tid, andre trakk fram at de var enslige og var mye alene. De fremholdt derfor at det opplevdes godt å ha noe fast å gå til som var givende, både det få treffe andre og å få være ute i naturen og bevege seg.

Noen trakk fram at ved å ha noe fast å gå til så blir du regelmessig hanket inn i noe positivt, for var en for mye alene kunne det lett føre til at en ble trist og kjente for mye etter på plagene. Det faste og det sosiale ble dermed en buffer for å bli for mye alene og bli gående og kjenne på vanskelige ting.

Andre opplevde at det kunne være vanskelig å være aktiv og drive med trening alene:

Jeg er ikke noe flink til å gå ut alene. Det er ikke jeg flink til, det innrømmer jeg, derfor er det veldig viktig å høre til i en gruppe.

Flere av informantene opplevde at det var gøy å trene sammen med andre. Noen opplevde at når de holdt på alene ble det lett rusle tempo hele tiden. Sammen med andre var det lettere å presse seg og kjøre intervalltrening og yte litt mer enn man klarte alene.

Gruppetrening betydde samtidig at en forpliktet seg mer enn om en skulle trent på egenhånd. Dessuten kunne de da pushe og motivere hverandre når de var flere sammen.

... Det er et veldig driv i at vi er flere sammen, For vi legger litt opp til det, at alle skal være motivatorer for hverandre. Hver og en motiverer hverandre, ikke bare de som leder gruppen.

Det ble også poengtert at ved å ha en likemannsgruppe som treningsfelleskap gir det både indre og ytre motivasjon til å trene. Den sosiale biten representerte den ytre motivasjonen, mens erfaringen med at trening gjør godt for kroppen og helsen representerte den indre motivasjonen.

5.3. Trening gir mestring og helsegevinst som fører til varige treningsrutiner

Informantene formidlet at trening og fysisk aktivitet var bra for helsen. De hadde kunnskap om at det å være regelmessig fysisk aktiv forebygger mot en del sykdommer. Men de uttrykte også på ulikt vis at de opplevde at fysisk aktivitet og trening ga helsegevinst. Tre delkategorier ble identifisert ” Kroppen fungerer bedre med trening”, ”Egenutvikling – å strekke seg på sitt nivå” og ” Gode treningsrutiner er blitt løsningen for å ha det bedre”.

Kroppen fungerer bedre med trening

Informantene poengterte at kroppen fungerer bedre med regelmessig trening enn uten trening. De pekte særlig på at de kjente på bedre bevegelighet og en opplevelse av å være i bedre form. Noen beskrev at de tidligere hadde opplevd at helseplager og dårlig form hadde ført til begrensninger, men med en gradvis opptrapping av fysisk aktivitet og gode rutiner for regelmessig aktivitet, hadde de opplevd bedre form, større fysisk kapasitet og et bedre funksjonsnivå.

Jeg har fått så helsegevinst. Før jeg begynte her (i frisklivssentralen) så lå jeg på sykehus 3-4 ganger i året, som jeg lå en uke eller to, som jeg lå med morfin og det som er, jeg klarte ikke stå på bena pga ryggen, men det er borte nå. -å jeg har gåsehud, bare det de vanskelighetene der og det smertehelvete det er så deilig å slippe... Nå vet jeg at nå kan jeg komme dit jeg vil, det er ikke noen begrensninger lenger.

Informantene ga også uttrykk for at trening ga påfyll og overskudd, de opplevde å ha mer energi og ha mer å gi. En av dem uttrykte det slik:

..Jeg føler at trening har gjort meg veldig sterk, jeg føler meg sprudlende og glad på jobb og jeg har energi når jeg kommer hjem, så det betyr veldig mye å ha energi til overs

Andre trakk fram at fysisk aktivitet førte til både fysisk og psykisk overskudd, og at en dermed opplevde å ha det bedre med seg selv. Dette var en motiverende faktor, for de ønsket å være en best mulig utgave av seg selv, både for egen del og for omgivelsenes del.

Motivasjonen er jo at man vet at man har det kroppslig og psykisk mye bedre når en driver med aktivitet. Det er jo noe med formen og klærne sitter bedre, og det er litt sånn.. eller altså alt – det er jo morsommere å være i form enn og ikke være det.

Egenutvikling, - å strekke seg på sitt nivå

Informantene beskrev at de hadde hatt en utvikling i forhold til det å bli fysisk aktiv, og at dette hadde ført til at de hadde fått et annet syn på seg selv i forhold til å mestre ulike aktiviteter/gjøremål. De opplevde at de kunne flytte grenser, klare mer og få det bedre. Dette ga motivasjon til å fortsette å jobbe mot en videre utvikling, og førte til at de så muligheter framfor begrensninger. Noen poengterte at erfaringen med at det var de selv som hadde fått til dette, gjorde noe positivt med selvbilde og med motivasjonen.

Det er vi selv som gjør at vi klarer alle disse tingene, det at du skaper din egen utvikling, oppdagelsen av at du har gjort dette her på egenhånd, at du har hatt en framgang og blir bedre, og at det gjør livet enklere og at alt går litt mer på skinner da, - det tror jeg gir mye til selvtilliten til veldig mange. Selvfølelsen, selvtillit og det at man tørr andre ting også, og det påvirker livet generelt.

Egenutvikling var for noen å bli i bedre form, og klare mer og forbedre prestasjoner. Men for andre handlet det om en opplevelse av mestring i aktivitetene og at en evnet å presse seg selv og ta ut litt ekstra.

Jeg prøver å presse meg litt og ta i litt, hvis jeg er i det rette slaget så kan jeg småjogge litt, og så tenker jeg: ” Åh guri, - i dag går det lett!”, jeg greier å dra på meg litt, og da får jeg veldig godfølelse.

Informantene beskrev at trening og fysisk aktivitet ga glede og mening. De vektla at dette forutsatte at en hadde funnet frem til trening og aktiviteter en trivdes med, og at en hadde funnet passende doser eller mengde med trening, i forhold til egne forutsetninger. Noen hadde erfart at de tidligere hadde blitt for ivrige og trent for mye, og at dette hadde ført til forverring og gitt økte plager og smerter. Andre hadde tidligere tenkt at trening ikke passet for dem, men hadde opplevd at de evnet å passere en stor barriere ved å endre sin inaktivitet til aktivitet. Informantene trakk frem at det var viktig å finne en treningsform som var lystbetont, ellers mente de at treningen kunne bli et slit og gjøre skade.

Gode treningsrutiner er blitt løsningen på å ha det bedre

Flere av informantene fremholdt at for å etablere varige treningsvaner var det viktig og sette seg mål og ha en plan og struktur med treningen, og at en måtte ha noen avtaler med seg selv om å prioritere trening. Dette kunne gjelde både om en var med i organisert trening eller om en trente på egenhånd. Noen poengterte også at det var viktig og ikke ha for høye mål, for da kunne en bli deppa om en ikke klarte å nå målene. For noen var det å gå på gruppetrening to dager i uken en god plan. Andre som kun trente på egenhånd ga uttrykk for at for dem var det å sette seg konkrete mål og lage treningsplan viktig for å klare og gjennomføre treningene og holde fast ved ”prosjektet” sitt.

... jeg har noen hovedmål og noen delmål som jeg ønsker å gjennomføre etter at jeg drev med friskliv og hvor vi snakket om viktigheten av mosjon og kosthold. Jeg hadde et mål i fjor og det var å løpe halvmaraton, og det bestod jeg, og i år er målet en ny halvmaraton og birkebeinerrennet på sykkel.

Informanter beskrev også at det å skrive treningsdagbok og abonnere på magasiner om trening og livsstil for å få tips og lese om hva andre driver med, var fin inspirasjon når en jobbet mot målene sine.

Informantene reflekterte over at fysisk aktivitet og regelmessig trening er bra for å forebygge mot kreft, hjerte-karsykdom og andre sykdommer. Dette var sykdommer de ikke ønsket å få. De poengterte også at ved trening kunne en styrke kroppen og bidra til å opprettholde funksjoner, og at dette var forebygging som hver og en måtte ta tak i selv og legge ned egeninnsats i form av trening. Det var ingen andre som kunne gjøre det for dem.

Og det å gå hjem igjen fra den trimmen, da føler jeg at jeg er så myk i bena og glemmer smertene. Så jeg kjenner at den er viktig for meg altså. Jeg vet så inderlig godt at jeg selv er nødt til å gjøre noe, for det er ingen andre som kan gjøre noe, jeg må gjøre det selv.

Informantene var tydelige på at de prioriterte trening fordi det ga dem gevinst og et positivt utbytte. De pekte på at det er fin avkobling fra mas og jag i hverdagen, og at det derfor ble som å lade batteriene når en tok seg en treningsøkt. Andre trakk frem at de hadde opplevd å ha fått trivsel, god søvn, energi og god livskvalitet tilbake etter en vanskelig periode i livet, og at regelmessig trening hadde vært en viktig faktor i bedringsprosessen. Informanter poengterte at de ikke hadde lyst til å miste formen og få plager og uhelse tilbake, og at dette motiverte dem til å holde frem med trening.

Det som er fokuset mitt nå, det er det utbytte som jevnlig trening gir, og det å få styrke og bedre balanse, og alt det som er veldig bra i vår alder. Så det har faktisk blitt en livsstil, så mandag - og torsdagstreningene de er hellige, det er ikke mange som får lov å forstyrre med daNei , jeg prioriterer trim og fysisk aktivitet, Trening går først!

6. DISKUSJON

I diskusjonen vil resultatene bli drøftet i lys av prosjektets hensikt og relevant teori. Deretter vil det bli en metodediskusjon.

6.1. Resultatdiskusjon

Intervjuene med informantene viste at det var ulike faktorer som har bidratt til at de hadde lyktes med å fortsette å være fysisk aktiv etter en frisklivsresept. Livsstil og vaner er en kompleks sak, noe velger vi bevisst og andre ting er mer ubevisst mønstre vi har hatt over tid. Å endre vaner er en prosess som går over tid der innstillingene til endringen avhenger av hvor langt en person er kommet i prosessen. Det som kom frem i analysen var at perioden i frisklivssentralen med frisklivsresept hadde vært nyttig og ført til endring og mestring i forhold til fysisk aktivitet.

Frisklivssentralen som helsefremmende arena

Informantene opplevde frisklivssentralen som en positiv arena, de opplevde det som et godt møte hvor de fikk lære å gjøre endringer sammen med andre. De som følte seg sårbare og utrygge, ble møtt med støtte og forståelse for dette. De beskrev at de ble trygget og fikk gode råd om hvordan de kunne delta i aktivitetene. Dette kan vi forstå som sosial støtte både i form av emosjonell støtte, informativ støtte og vurderingsstøtte slik House(1981) har beskrevet. Prescott og Børtveit (2004) hevder også at sosial støtte fra helsepersonell gjennom dialog for å fremme mestringsforventning og troen på å lykkes, har effekt når en jobber med adferdsendring. Kommunikasjonen og samhandlingen i frisklivssentralene, slik informantene beskrev det, synes å være preget av respekt, forståelse og optimisme. Dette er i tråd med metodikken i motiverende intervju hvor målet er at samtalene og samhandlingen skal forsterke mestringsforventning og motivasjon, slik at deltakeren selv tror og opplever at forandring er mulig (Barth et al 2006).

I frisklivssentralen bestemmer deltakerne selv målet med endringen. Helsepersonellens oppgave blir å hjelpe og støtte deltakerne videre i endringsprosessen med fokus på mestring og positive erfaringer (Lerdal og Celius 2011). Det var dette informantene uttrykte hadde skjedd i praksis. Dette er også i tråd med empowerment-tenkningen hvor en ser på deltakeren som den aktive og deltagende og helsepersonellens rolle mer som en tilrettelegger og en som støtter deltagerne i prosessen (Tengland 2012).

Informantene fremhevet at det var viktig å få hjelp og veiledning til å mestre trening ut fra sine forutsetninger og at det var viktig for dem og få feedback og veiledning underveis i treningen. I Ryan og Deci (2000) sin Self-Determination Theory, vises det til at det er viktig at en person har kompetanse og ferdigheter for å kunne lykkes og få opplevelsen av at en mestrer oppgaven. Det kan synes som om utetreningen i

frisklivssentralene, som blir enkelt lagt opp med innslag av lek, fungerer på en måte hvor personalet agerer som modell og demonstrerer aktivitetene, og videre guider deltagerne i gjennomføring av aktivitetene på en måte som gir rom for individuell tilpasning og som kan være med på å øke deltagerens mestringstro. Denne tilnærmingen har i følge Bandura (1977) vist seg å være den mest effektive måten å påvirke og fremme en persons mestringstro.

Informantene vektla at de opplevde at personalet så hver enkelt. Det at personalet gir individuelle tilbakemeldinger på praktiske utførelser kan bidra til at den enkelte gradvis utvikler seg og at dette kan være med på å skape trygghet og kan bidra til at den enkelte gradvis kan oppleve mestring og styrket selvtillit i forhold til den spesifikke aktiviteten. Faskunger (2002) viser til Banduras teori om at sosial støtte indirekte påvirker aktivitetsvanene gjennom å styrke den aktivitetsspesifikke selvtilliten.

Informantene opplevde også at det var inspirerende å trene sammen med andre. Når en ser at andre mennesker jobber og står på og overvinner tilsvarende problemer, kan dette føre til at en selv får tro på egne evner. Å være sammen med andre mennesker i ulike sammenhenger hvor mestring er målet, kan gi større mestring, livsglede og livskvalitet (Martinsen 2004).

Sosiale relasjoner og sosialt samvær motiverer til fysisk aktivitet

Informantene vektla viktigheten av å være del av et treningsfellesskap. Det å være del av en positiv gruppe, med mye smil og latter var viktig motiverende faktor for å være i regelmessig fysisk aktivitet. Kombinasjonen av fysisk aktivitet og sosialt samvær var en viktig årsak til at de hadde fortsatt med fysisk aktivitet. I en studie gjort av inaktive i Norge (Ommundsen & Aadland 2009) om hva som skal til for at inaktive skal bli mer aktive, kom det frem at 20 % av kvinnene og 30% av mennene vektla viktigheten ved det sosiale ved trening, blant annet det å bli trukket med på trening av andre, eller å trene sammen med andre. I en tverrsnittundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune hvor en så på motiver og barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet etter gjennomført frisklivsresept, var den hyppigste rapporterte motivasjonsfaktoren for økt fysisk aktivitet at aktiviteten foregikk sammen med andre (Bratland-Sanda et al. 2014).

Ryan og Deci (2000) mener at når en kjenner tilhørighet med andre personer, får man økt indre motivasjon og at sosiale kontekster kan virke støttende eller hemmende på deltakelse i aktivitet. De hevder at når behovet om sosial støtte blir innfridd, fører det til økt indre motivasjon og bedre tilfredshet og bedre mental helse. Når en ikke får oppfylt behovet for støtte leder det til forminsket motivasjon og dårligere velbefinnende. Informantene trekker frem sosiale arrangementer som sommerfest og juleavslutning, som noe som binder sterke bånd og knytter dem mer sammen. Det kan tenkes at et slikt fellesskap som får utvikle seg over tid, gir rom for ulike typer støtte, og at denne støtten er med på å styrke og opprettholde motivasjon for fysisk aktivitet.

I analysen kom det frem at kommunen som tilrettelegger av aktiviteter og tilbud i samarbeid med frivillige organisasjoner også var noe som bidro til at informantene

fortsatte med regelmessig fysisk aktivitet. Informantene uttrykte på sett og vis en form for tillit til kommunen som ”har skjønt” viktigheten av å legge til rette for fysisk aktivitet. Putnam (1993) sitt sentrale begrep er sosial kapital. Kjernen i begrepet er at sosiale relasjoner inneholder ressurser. Med sosial kapital blir det referert til de mekanismene som gjør at det oppstår samarbeid og gjensidig tillit mellom mennesker. Amdam (2011) beskriver at generell tillit til medmennesker og institusjonell tillit til styringssystemet, er uttrykk for sosial kapital. Sentralt for å forstå sosial kapital, er at det er en egenskap ved et samfunn og ikke en individuell ressurs. Det vil si at det opereres med en grunnantagelse om at helheten er noe mer enn summen av delene (Bø og Schiefloe 2007).

Det som i følge Putnam (1993) bidrar til å skape sosial kapital i samfunnet er at mennesker kommer sammen, løser felles oppgaver, og at dette primært skjer innefor de frivillige organisasjonene (Strømsnes 2002). Begrepet sosial kapital omfatter sosiale forbindelser og beskrives gjerne som ”limet” i et samfunn eller et nettverk, bestanddelene i limet er den tilliten og det felles sett av gjensidige normer som utvikles i nettverket (Sund og Krokstad 2009). Likemannsgruppen som ble startet av tidligere frisklivsdeltagere, er et glimrende eksempel på at mennesker kom sammen og fant løsninger på en felles utfordring, nemlig behov for et gruppetreningstilbud. Måten dette ble løst på skapte sosial kapital, jamfør Putnam (1993) som hevdet at når mennesker i et lokalsamfunn danner nettverk og samarbeider og handler til felles nytte, oppstår sosial kapital. Ideen blant initiativtakerne til likemannsgruppen, var trolig at deltakerne sammen ville kunne få til mer enn de kunne få til som enkeltindivider, - sammen kunne de hjelpe hverandre å fortsette med regelmessig trening.

Grunnlaget for at tidligere deltakere var i stand til å starte likemannsgruppen, synes å være den positive erfaringen og den styrkende prosessen de hadde vært igjennom i frisklivssentralen. Myndiggjøring i et empowerment-perspektiv innebærer å fremme personers muligheter og ressurser, og en viktig forutsetning er at de som deltar får tilstrekkelig informasjon og støtte, og på den måten får et reelt grunnlag for å kunne delta og ta valg som angår dem selv (Stang 2002). En kan kanskje forstå dannelsen av likemannsgruppen som et resultat av en slik prosess. Samarbeid og deltakelse har ført til økt kompetanse og kapasitet, og dette har resultert i ressurser som har kommet den enkelte men også lokalsamfunnet til gode. Tidligere frisklivsdeltakere er nå aktive i lokale lag for turistforening, likemannsgruppe, seniortrim og åpne arrangementer og bidrar der i sosiale relasjoner og i sosial samhandling.

Med beskrivelseskategorien ”Treningsgruppe og treningsmuligheter i nærmiljøet skaper motivasjon” trer det også frem et sosio-økologisk perspektiv, som peker på miljøfaktorer som påvirker om en lykkes med å være regelmessig aktiv eller ikke. Hypotesen som ligger til grunn for et sosio-økologisk perspektivet, er at miljøet rundt oss kan fremme eller hemme helseatferd (Wold & Samdal 2009). I forhold til fysisk aktivitet er det for eksempel viktig at det er turstier, grøntområder, idrettsanlegg og svømmehaller i nærhet til der folk bor.

Det sosio-økologiske perspektivet fokuserer på ulike forhold som individuelle karakteristika knyttet til kjønn, alder, biologiske og psykologiske faktorer, sosiale prosesser og relasjoner med familie, venner og andre, miljømessige faktorer knyttet til

fysiske og organisatoriske forhold og lokalmiljøfaktorer som inkluderer samhandling mellom organisasjoner og sosiale nettverk som den enkelte er del av, samt nasjonal og kommunal helsepolitikk (Wold & Samdal 2009).

Ut fra dette perspektivet vil samspill mellom de individuelle, sosiale og fysiske miljøfaktorene på en gitt arena ha betydning for hvilken helseatferd som velges og hvordan for eksempel fysisk aktivitet kan foregå. Dette ble også tydelig i denne studien, da informantene trakk fram at kommunene hadde et frisklivstilbud og at det var lokale tiltak og tilbud som treningsgrupper, turstier og andre arrangementer, er viktige faktorer for at de hadde opprettholdt regelmessig fysisk aktivitet. Sosiale, strukturelle og fysiske rammefaktorer synes således å være viktige for informantenes valg i forhold til å fortsette å være fysisk aktiv. Informantene formidlet at treningen og det sosiale i likemannsgruppen fungerte som ytre motivasjonsfaktor, mens den fysiske og emosjonelle opplevelsen av at trening fremmet helsen, fungerte som en indre motivasjonsfaktor, dette samsvarer med at ytre og indre motivasjon inngår i et samspill (Wold & Samdal 2009). Dette synliggjør samspillet mellom ulike motivasjonsfaktorer, og hvordan de kan påvirke hverandre positivt når de oppleves attraktive for den enkelte.

Mestring i fysisk aktivitet gir opplevelse av å ha kompetanse

At treningen er lystbetont og gir en opplevelse av treningsglede, trekker informantene frem som viktig for motivasjonen. Dette passer godt med selvbestemmelsesteorien som vektlegger indre motivasjon, og hvor indre motivasjon handler om å gjøre en aktivitet som trening, for sin egen del, og hvor målet på suksess eller mestring er deltakelsesprosessen i seg selv (Ryan & Deci 2000, Biddle & Mutrie 2008). Hvordan en opplever selve aktiviteten er også med på å påvirke om man fortsetter med den eller ikke. Det at aktiviteten i seg selv oppleves som lystbetont og forbundet med positive følelser, er viktig for ens motivasjon og mestringstro.

Informantene beskrev en opplevelse av at de nå var avhengige av å komme ut i naturen og trene. Det var både det å være i naturen og det å få bruke kroppen som var viktig for dem. Når informantene brukte begrepet ”avhengighet” av å være fysisk aktiv, kan det oppfattes som at det er blitt en integrert del av hverdagen. Dette kom også tydelig frem ved at trening var noe de ga uttrykk for at de prioriterte. Pensgaard og Hollingen (2006) hevder at en viktig årsak til at vi er fysisk aktive, er for å kunne oppleve glede. Det å lære og mestre nye aktiviteter, og å kunne bruke naturen til inspirasjon og avkobling, er en kilde til glede og tilfredshet.

Mål og plan for treningen trekkes frem av informantene som en viktig faktor for å holde oppe motivasjonen. Dette stemmer godt overens med Pensgaard og Hollingen (2006) som hevder at mål som dreier seg om egenutvikling med innslag av nye aktiviteter og nye utfordringer, kan være med å øke motivasjonen.

Det å føle seg kompetent og ha autonomi til å håndtere situasjonen er i følge Deci og Ryan (1985) viktig for motivasjon. Informantene ga uttrykk for at de følte at de mestret å være i fysisk aktivitet, og at de hadde funnet treningsformer som passet for dem. Dette

resulterte i helsegevinst, overskudd og god selvfølelse, noe som kan tolkes som at informantene opplevde at de hadde fått ny kompetanse og en opplevelse av å føle seg kompetente.

Et nyere begrep i internasjonalt folkehelsearbeid er Health literacy (Nutbeam 2000). Dette er et begrep som ligger nær opp til empowermentbegrepet. WHO definerer health literacy som: *"(...)the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health"* (WHO 1998:110). I følge Nutbeam (2008) kan health literacy-begrepet kategoriseres på to ulike måter, dels som en risikofaktor og dels som en ressurs. Har en liten grad av health literacy kan dette føre til at en er mer sårbar for å utvikle sykdom, - har en høy grad av health literacy kan dette sees som en ressurs som gjør at en har lettere for å beskytte seg eller forebygge i forhold til sykdom og plager. I tilnærmingen av health literacy som en ressurs, er fokuset på utvikling av egenskaper og kapasitet mennesker trenger for å utøve større kontroll over de faktorer som påvirker deres helsetilstand.

Health literacy som en ressurs, kan på den måten sees som et positivt potensiale eller mulighet som enkeltindivid har for videre personlig utvikling mot økt mestringsforventning i forhold til helse, og i et helsefremmende perspektiv en mulighet for å kunne ta valg slik at en unngår at helseplager oppstår (Nutbeam 2008). I forhold til denne studien kan en kanskje dra den slutningen at møtet med frisklivssentralen og det deltagerne fikk lære og mestre der, samt at de har funnet treningsarenaer og treningsformer som de mestrer, har bidratt til at de har utviklet økte ferdigheter og en økt kapasitet til å ta ansvar for egen helse. Med andre ord har deltagerne utviklet health literacy som gjør at de kan påvirke og ta kontroll over ulike faktorer som påvirker deres helse.

Resultatene sett i lys av salutogenese

Målet med frisklivsresepten er at deltakerne skal bli i stand til å mestre sine helseplager og få hjelp til en mer aktiv livsstil. For å kunne gå fra å være inaktiv til en mer aktiv livsstil må den enkelte være motivert for endring. Videre må han ha kompetanse i forhold til ferdigheter og kunnskap om sin kapasitet til å kunne drive med fysisk aktivitet, og ikke minst tro på mestring. Studiet viste at frisklivssentralen bidro til dette. Som nevnt er helsefremmende arbeid prosesser som setter en person i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, for derigjennom å bedre sin situasjon (WHO 1986). Samtidig må den enkelte være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og mestre sitt miljø. Intervensjonen i frisklivssentralen synes å bidra til utviklingen av disse ferdighetene.

En salutogen forståelse, ut fra Antonovskys (1991) teori, innebærer at den enkeltes motstandskraft eller ressurser når han utsettes for utfordringer og valgmuligheter i forhold til å velge å være fysisk aktiv eller ikke, er avhengig av i hvilken grad han opplever sammenheng i livet sitt i forhold til meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet.

Fra analysen av fokusgruppene er det mye som kan tolkes som meningsfylt for informantene. Det å kjenne at kroppen responderte positivt på trening i form av bedre bevegelighet, bedre kapasitet og mer overskudd, gir mening. Å trene sammen med andre og være del av et sosialt fellesskap hvor en får gi og ta imot omsorg, anerkjennelse og støtte, oppleves vanligvis meningsfylt.

Det fremkom i resultatet at informantene har fått bedre forståelse og kunnskap om egen kropp og dens tåleevne og kapasitet i forhold til fysisk aktivitet. Trening har gitt ny forståelse og erfaring i forhold til at kroppen fungerer bedre med regelmessig fysisk aktivitet enn uten. Trening i treningsgruppe har gitt ny forståelse og erfaring av seg selv, flere hadde opplevd å klare mer enn de trodde var mulig, og de hadde fått erfare hvordan en kan jobbe og ha det gøy sammen med andre. Informantene har fått forståelse av hvordan de kan være fysisk aktive for å unngå dårlige perioder, ta vare på helsen, og se muligheter istedenfor begrensninger.

Å kjenne på at en selv har påvirkningskraft, eller som en av informantene sa: ”vi må gjøre det selv”, og vite hva en skal gjøre, gjør fysisk aktivitet håndterbar. Tilhørighet i en treningsgruppe med faste treningsdager og tider, og opplevelse av et gjensidig fellesskap, er med på å gjøre treningen håndterbar. Informantene hadde opplevd å utvide nettverket sitt, de opplever å ha ressurser rundt seg.

Fysisk aktivitet som en fast del av hverdagen synes å bidra til opplevelse av en høyere grad av sammenheng med meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet, og at dette igjen vil kunne bidra til å gi informantene større motstandskraft og styrke til å ta gode valg for helsen sin.

6.2. Metodediskusjon

Validitet handler om gyldighet, om studiens riktighet og styrke og under hvilke forhold resultatene er pålitelige. En skiller mellom intern og ekstern validitet (Malterud 2003). Sentralt for å vurdere intern validitet er om utvalget av informanter er relevant for de spørsmålene en søker svar på. I studien var det forsøkt å gjøre et strategisk utvalg av informanter til fokusgruppene, der det var et mål at informantene skulle representere et mangfold med hensyn til alder, utdanning og tilknytning til arbeidslivet. Utvalget av informanter ble gjort fra et begrenset geografisk område, og fra et begrenset antall frisklivssentraler. Likeså fikk en heller ikke helt den spredningen i kjønn, alder og tilknytning til arbeidslivet som en hadde håpet på. En større geografisk spredning av informanter, og om en hadde fått med informanter med minoritetsbakgrunn, vil kanskje også kunne ha tilført studien ytterligere kunnskap.

Det å skaffe nok informanter viste seg å være en utfordring. Fem frisklivssentraler ble kontaktet i håp om å kunne gjennomføre et fokusgruppeintervju i hver av de fem sentralene, men i to av dem hadde personalet ikke anledning til å bidra med rekruttering til en slik studie på grunn av bemanningssituasjon og stort arbeidspress. Dette resulterte i at en endte opp med å ha to fokusgruppeintervjuer i to av frisklivssentralene.

En søkte å få med fem-åtte deltagere i hver av fokusgruppe. Dette viste seg å bli utfordrene å få til, og en endte til sist opp med fire-fem deltagere i hver gruppe. Det var frafall av informanter i fire av gruppene, og to av deltagerne meldte frafall samme dag som intervjuet skulle gjennomføres. Av de som oppga grunn var årsaken til frafallet at de ble forhindret pga sykdom eller at det var vanskelig å komme fra på jobb.

I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) sine anbefalinger når det gjelder verifisering, er det lagt vekt på en nøye beskrivelse av fremgangsmåten. Analysen er beskrevet steg-for-steg, noe som gjør studien transparent og at leseren kan følge prosessen fra datainnsamling til resultat. At det er brukt direkte sitat som understøtter resultatene, har også bidratt til validitet. Målet er på denne måten å bygge opp troverdighet og tillit til arbeidet generelt og til resultatet spesielt.

Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene er overførbare, om funnene har relevans utenfor den kontekst de er samlet inn i (Malterud 2003). Denne studien hadde forholdsvis få deltagere. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet da de uttrykker meninger og erfaringer fra et lite antall informanter.

Endelig kan forfatterens erfaringer innen arbeid med å motivere nakke- og ryggpasienter til en mer aktiv mestring av plagene og en mer aktiv livsstil, både ha vært betydningsfull for valg av tema, og trolig vært med på å prege hennes for forståelse og tolkninger av resultatene.

7. KONKLUSJON

Studien viser at Frisklivsresept i regi av frisklivssentral er et virksomt helsetilbud som kan bidra til at deltakere utvikler kunnskap, ferdigheter og kompetanse til å fortsette med fysisk aktivitet i etterkant. Treningsgrupper med egnet trening og aktiviteter, arrangementer og aktivitetsarenaer i nærmiljøet, motiverer til fysisk aktivitet. Økt opplevelse av mestring av fysisk aktivitet og det å erfare helsegevinst som bedret fysisk form, økt kapasitet og økt psykisk velvære, motiverer til å fortsette med fysisk aktivitet etter en periode med frisklivsresept.

Resultatene antyder dessuten at relasjoner og sosialt samvær oppleves som en ressurs i forhold til å forbli fysisk aktiv. Dette kan tyde på at det å etablere sosiale relasjoner og kontakter bør være et mere prioritert fokusområde i frisklivssentralene.

8. TAKK

Arbeidet med denne oppgaven har vært en spennende og lærerik prosess. Ved å velge et tema for oppgaven som er litt på siden av min helsebakgrunn og yrkeserfaring, har jeg beveget meg inn i et ukjent landskap. Det har vært spennende å få bli kjent med det kommunale helsetilbud som en frisklivsentral er, og ikke minst få treffe deltagere som har hatt glede og nytte av dette tilbudet og få lytte til deres erfaringer.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til dere som sa dere villig til å være informanter til dette prosjektet. Også en stor takk til personalet i de tre frisklivssentralene som var behjelpelig med å sette meg i kontakt med aktuelle informanter.

Takk også til min leder og kollegaer ved Nakke- og ryggpoliklinikken som har støttet meg og bidratt til at jeg har kunnet gjennomføre MPH-programmet.

Takk til NHV for mange opphold med engasjerende og lærerike kurs sammen med medstudenter fra de nordiske land. Disse oppholdene har inspirert meg til å fortsette studiene fram til en avsluttende MPH-oppgave. En spesiell takk til medstudenten som sa seg villig til å matche beskrivelseskategoriene, delkategoriene og situatene etter at analysen var klar, og som på denne måten bidro til å styrke påliteligheten.

Til sist, en stor takk til min veileder ved NHV, Lene Povlsen for konstruktiv, inspirerende og god veiledning.

9. REFERANSER

- Alexandersson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. In: *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Starrin B, Svensson, PG (red.) Lund, Studentlitteratur; p.111-136
- Alexandersson, M. (2003). *Metod och medvetande*. Göteborg studies in educational sciences 96: Acta universitatis Gothoburgensis; 3.tr.;
- Amdam, R. (2011). *Planlegging og prosessleiing*. Oslo, Det Norske Samlaget
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Svenska utgåvan: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Askheim, O.P. og Starring, B.(red)(2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological review*, Vol. 84, no.2, pp. 1991-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations for thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company
- Barth T., Børtveit T., Prescott P.(2006). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Baum F. (2008). *The new Public Health*. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press
- Berkman, L.F. Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: *Social Epidemiology*. Berkman & Kwachi (red). Oxford: Oxford University
- Biddle, S.J.H. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity – determinants, wellbeing and interventions*. 2nd edition. New York: Routeledge
- Blom EE. "Trening på Resept" *Evaluering av et kommunalt tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept". En prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging*. Masteroppgave i idrettsfysioterapi, Norges Idrettshøgskole 2008.
- Bratland-Sanda, S. Lislevatn, F., Lerdal, A. (2014). *Frisklivsresept – en tverrsnittundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune*. FYSIOTERAPEUTEN 3/14. Available at: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Frisklivsresept-en-tverrsnittundersokelse-fra-frisklivssentralen-i-Modum-kommune> (accessed March 2014)

- Bringedal B, Aasland O.G.(2005). *Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen*. Oslo: legeforeningens forskningsinstitutt. Available at: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Documents/legers-bruk-og-vurdering-av-gronn-resept-ordningen.pdf>
- Bø, I., Schiefloe, P.M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital. Innføring i nettverstenkning*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Båtevik, F.O., Tønnesen, A. Barstad, J., Bergem, R., og Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. Arbeidsrapport nr. 225, Volda: Møreforsk Available at: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Documents/ein-resept-a-ga-for.pdf>
- Cobb, S. (1976). "Social support as a moderator of life stress". *Psychosomatic Medicine*, 38: 300-314.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (red) (1985). *Social support and health*. New York. Academic Press.
- Dalgard, O.S. (2008). *Hos hvem har pasientene søkt hjelp, og hva slags behandling har de fått*. I Helse- og levekårsundersøkelsen 2005. Psykiske problemer og behandling. Nasjonalfolkehelseinstitutt.
- Deci, EL & Ryan RM. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination theory in human behavior*. New York: Plenum Press
- Espenes, G.A., Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Eriksson M. og Lindström B.(2008). "A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter". *Health Promotion International*. Vol.23 No2 pp.190-199.
- Faskunger, J.(2002). *Motivation för motion*, Stockholm: Sisu Idrottsböcker
- Helsedirektoratet. (2008); Folkehelse – frisklivssentraler. *Evalueringsrapport Oppfølgingssystemer til "Grønn resept" 2004-2008*
- Helsedirektoratet (2009). *Aktivitetshåndboken– fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Available at: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf> (accessed June 2013)
- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for kommunale Frisklivssentraler – etablering og organisering*. Available at: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering-/Sider/default.aspx> (accessed June 2113)
- Hettema J, Steele J, Miller WR. (2005). "Motivational interviewing". *Annual Review of Clinical Psychology* 1:91-111.

- House, J.S. (1981) *Work, Stress and Social Support*. Reading MA: Addison-Wesley
- Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, Stahle A. (2008).” Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life”. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 18 (2):154-61
- Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellesnius ML, Stahle A. (2009).” Self-Reported Adherence: A Methode for Evalueting Prescribed physical activity in Primary Health Care Patients”. *Journal of physical activity & health* 6:483-92
- Kallings, L.V. (2010). *Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer*, Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet, Norden Nordiska ministerrådet. Available at:
<http://www.nhv.se/upload/Biblioteket/Fysisk%20aktivitet.pdf>
- Kitzinger J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*, 311: 299-302
- Kvale S, Brinkmann S.(2009). *Det Kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norske Forlag AS
- Laverack,G. (2009). *Public Health, Power and Empowerment*. (2nd edn.) Basingstoke: Palgrave MacMillian.
- Leijon M, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Stahle A. (2008).” Physical activity referrals in Swedish primary health care – prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities”. *BMC Health Services Research*. 8(1):201.
- Leijon M. (2009). *Activating People – Physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish country*. Lindöping University Medical Dissertations No. 1096;
- Lepp M, Ringsberg KC. (2002). Phenomenography- a quality research approach. In: Hallberg LR-M, editor. *Qualitative methods in public health research: Theoretical foundation and practical examples*. Lund: Student litteratur s 105-135.
- Lerdal, A. & Fagermoen M.S. (red)(2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Lerdal, A. & Celius, E.A., (2011). Trening på resept – en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretisk modellen, i Lerdal, A. & Fagermoen M.S: (red), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Malterud, K. (2003). ”*Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*”, Oslo, Universitetsforlaget.
- Marcus, B.H., Forsyth, L. (2009). *Motivating People to be physically active*. 2nd Edition. Champaign: Human Kinetics

- Marmot, M. (2004). *The status Syndrome. How Your Social Standing Directly Affects Your Health*. London: Blommsbury Publishing
- Martinsen, E.W. (2004). *Kropp og sinn, fysisk aktivitet - psykisk helse – kognitiv terapi* Bergen, Fagbokforlaget
- Marton, F. (1981). “Phenomenography - Describing conceptions of the world around us”, *Instructional Science* 10: 177-200.
- Meld.St. 16 (2010-2011). *Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. www.regjeringen.no
- Nordic Council of Ministers.(2006). *Health, food and physical activity. Nordic Plan on better health and quality of life through diet and physical activity*. Copenhagen Report No.: ANP 2006:745
- Nutbeam, D. (2000). “Health literacy is a Public health goal: a Challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century”. *Health Promotion International*, 15 (3) 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). “The evolving concept of health literacy”, *Social Science & Medicine* 67(12), 2072-2078.
- Ommundsen, Y. & Aadland A.A.(2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge*. Helsedirektoratet, Kreftforeningen og Norges Bedriftsidrettsforbund. Available at: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-de-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet/Publikasjoner/fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-de-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet.pdf> (accessed June 2013)
- Pensgaard, A.M. & Hollingen E. (2006). *Idrettens mentale treningslære*. Oslo: Gyldendal
- Prescott, P., Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press
- Rootman, I, Goodstadt, M., Hyndman, B., et al. (eds) (2001). *Evaluation in Health promotion. Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No.92, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). “Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being”. *American Psychologist* Vol.55, No.1,68-78
- Ryan, R.M & Deci, E.L. (2007). Active human nature: self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise and health. In: Hagger MS, Chatzisarantis NLD, red. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign, III Human kinetics

Sosial – og helsedirektoratet, Avd for fysisk aktivitet (2000). Rapport nr.2/2000 *Fysisk aktivitet og helse, anbefalinger*.

Stang, I. (2003). Bemyndigelse: En innføring i begrepet og ”empowermenttenkningen” relevans for ansatte i velferdsstaten. I: Hauge, H.A. og Mittelmark, M.B. (red) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen, Fagbokforlaget

Statens folkhälsoinstitut (2008). FYSS 2008-fysisk aktivitet i sykdomsprevensjon och sjukdomsbehandling. Rapport 2008:4

St. meld. nr.47 (2008-2009). *Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. www.regjeringen.no

Strømsnes, K. (2002). *Folkets makt, medborgerskap, demokrati og deltagelse, Makt og demokratiutredningen 1998-2003*. Gyldendal Akademiske

Sund, E.R., Krokstad, S., (2009). i Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø., Westin, S. (red) *Sosial Epidemiologi sosial årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Tengland, P.A.(2012). Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies. *Public health ethics* Vol.5nr.2, 140-153

Wester, A. Wahlgren, L., Wedman, I. Ommundsen, Y. (2009). i Helsedirektoratet: *Aktivitetshåndboken– fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.

Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter? I Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø., Westin, S. (red.) *Sosial epidemiologi sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

World Health Organization (1948). *Constitution of the world health organization* www.who.int

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma Ata International Conference on primary health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (accessed January 2014)

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on health Promotion, Ottawa, 21 November*. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (accessed January 2014)

World Health Organization (1997) Fourth International Conference on Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/>

World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO

World Health Organization (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf (accessed March 2014)

World Health Organization Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation*.

World Health Organization (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization; 2011

World Health Organization (2013). *Global Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable chronic diseases (NCSs) 2013-2020*. World Health Organization; 2013

10. VEDLEGG

Vedlegg 1

Til leder ved Frisklivssentralen i.....

Viser til telefonsamtale vedr spørsmål om hjelp til å rekruttere deltakere til fokusgrupper. Takk for at du er positiv til å bistå med å finne aktuelle informanter til min masterstudie. Her kommer litt informasjon om studien, og hva jeg ber om i forbindelse med å være behjelpelig til å finne frem til deltakere til fokusgrupper.

Litt om meg selv og studien

Jeg jobber som spesialsykepleier i et tverrfaglig team ved en Nakke- og ryggpoliklinikk ved Haukeland Universitetssykehus. I jobben min deltar jeg i utredning og behandling av nakke- og ryggplager. En viktig del av arbeidet er å motivere pasienter til å gjøre livsstilsendringer. Jeg er også student ved Nordic school of Public Health (NHV) i Gøteborg. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave med foreløpig tittel «*Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltagelse i frisklivssentral. En kvalitativ studie*».

Bakgrunnen for at jeg har valgt dette temaet er et økt fokus på livsstilsproblemer som inaktivitet, og hva dette betyr for folkehelsen. Fra norske helsemyndigheters side er det som kjent økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon, og frisklivssentraler er et helsetilbud som helsemyndighetene satser på, og anbefaler at alle kommuner etablerer. Veien videre etter en helseintervensjon med fokus på livsstilsendringer er et tema som opptar meg. Med min masteroppgave har jeg altså fått mulighet til å se nærmere på hva mennesker som har deltatt i frisklivssentral og fortsatt med fysisk aktivitet i etterkant, peker på som faktorer for at de har lykket med å fortsette med regelmessig fysisk aktivitet.

Metode

Intensjonen med studien er å få kunnskap om hvilke faktorer som fremmer fortsatt fysisk aktivitet etter en intervensjon i helsetjenesten. Jeg ønsker å intervju mennesker som selv har vært frisklivsdeltakere og fortsatt med fysisk aktivitet i etterkant. Jeg kommer til å bruke kvalitativ metode, med fokusgruppeintervju for innsamling av data. Fokusgruppe er en intervjuform der 5-8 deltakere samtaler om et bestemt tema. Tema styres av den som leder gruppeintervjuet (altså meg). Fokusgruppeintervjuet vil foregå ved at jeg introduserer tema som skal diskuteres, det er utarbeidet en intervjuguide som sirkler inn bestemte tema, men samtalen skal i størst mulig grad gå fritt mellom gruppe medlemmene. Fokusgruppeintervjuet vil vare i ca 60-90 min. I det første fokusgruppeintervjuet vil det være fokusgruppe, intervjuer og en observatør tilstedet under samtalen. Observatøren er med for å observere og som en støttespiller for meg, til

å kunne gjøre forbedringer, og bli bevisst på elementer ved intervjusituasjonen som det er viktig å ha fokus på. I de andre fokusgruppeintervjuene vil det kun være fokusgruppe og intervjuer tilstede. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, og siden bli transkribert og analysert.

Jeg ønsker at gruppene er sammensatt av deltakere med ulik alder, utdanningsnivå og yrkesdeltagelse, og at det også er variasjon i forhold til antall år siden de deltok i frisklivssentral (i tidsrommet fra 1-4 år siden). De som er fysisk aktive i et omfang på tre timer eller mer per uke, med en intensitet som tilsvarer at de blir varme/svett/andpusten, er de som kan inviteres til å delta i denne undersøkelse.

Det jeg ber deg om er å kontakte deltakere du mener er egnet til å delta i en slik studie (ut i fra de kriteriene og ønskene som er skissert overfor), og fortelle dem kort om denne henvendelsen og be om tillatelse til at du oppgir deres navn og telefonnummer til meg. Jeg vil deretter kontakte dem og gi dem muntlig og skriftlig informasjon om studiet, og invitere dem til å delta. Jeg ønsker at du kan gi meg 10 navn på aktuelle deltakere, som du på forhånd har kontaktet. Dersom det er mulig å rekruttere noen deltakere med minoritetsbakgrunn hadde det vært flott.

Frivillighet

Deltakelse er frivillig og deltakerne må samtykke skriftlig for å delta. De kan når som helst trekke seg fra studien uten å måtte angi noe grunn.

Databehandling/ taushetsplikt

Navn på fokusgruppedeltakere, og hvilken kommune de kommer fra vil bli anonymisert i oppgaven. Det vil kun være meg som behandler datamaterialet. Jeg har taushetsplikt i forhold til de personlige opplysningene som kommer fram, og alle data vil bli låst inn og behandlet konfidensielt. Resultatene vil bli presentert i en masteroppgave som vil være tilgjengelig for lesere via NHV sine hjemmesider og bibliotek.

Når navn på deltakere som har sagt seg villig til å være med fra ditt nettverk er klart, sendes navn, mobilnummer og eventuelt epostadresse til meg. Navnene kan sendes per epost, telefon eller post. Videre kontakt, slik som skriftlig informasjon, samtykkeskjema og avtale om tid og sted vil da gå direkte til deltakerne.

Ta kontakt om det er noe du lurer på! Og igjen – takk for at du er behjelpelig med å finne informanter.

Med vennlig hilsen Hilde Ulvik Hauge

E-post: hildehaug71@gmail.com Adr: Salhusveien 89, 5137 Mjølkeråen

Mobil: 41 20 18 42

Tlf jobb: 55 91 85 00

Informasjon til deltager

Med dette vil vi gjerne invitere deg til å være med i en undersøkelse som skal se på hvilke ulike faktorer som bidrar til varig fysisk aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral.

Hva går undersøkelsen ut på

Vi vil spørre mennesker som har deltatt i en Frisklivssentral og i etterkant av dette har fortsatt med regelmessig fysisk aktivitet, hva dere ser som viktige faktorer/grunner til at dere har fortsatt å være fysisk aktive.

Formålet med undersøkelsen

Undersøkelse skal se på hva deltakere selv peker på som viktige faktorer for å fortsette med fysisk aktivitet. Dette vil kunne gi kunnskap om faktorer som er viktige i en endringsprosess fra begrenset fysisk aktivitet til regelmessig fysisk aktivitet.

Hva innebærer det å delta i undersøkelsen

Hvis du vil være med i undersøkelsen, innebærer det å delta i en gruppesamtale sammen med andre som også har deltatt i Frisklivssentral og fortsatt med å være fysisk aktive i etterkant. Spørsmålene i gruppesamtalen vil dreie seg om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon og opprettholdene faktorer til å være aktiv. Vi regner med at gruppesamtalen vil vare ca. 1,5 time.

Hvem kan delta

De som kan delta i denne undersøkelsen er personer som har vært deltaker i en Frisklivssentral for 1-4 år siden, hvor det å komme i gang med fysisk aktivitet var en viktig del av deltagelsen, og hvor deltakerne har fortsatt med regelmessig fysisk aktivitet i etterkant, i et omfang av ca 3 timer i uken.

Fordeler ved å delta

Undersøkelsen skal først og fremst gi kunnskap om faktorer som bidrar til at mennesker lykkes med å fortsette med fysisk aktiv etter en frisklivsintervensjon. Derfor er det viktig at du svarer åpent og ærlig på spørsmålene. På den måten har du mulighet til å bidra med å fremskaffe ny kunnskap om faktorer som vil kunne bidra til å forbedre tilbudet ved Frisklivssentraler.

Ulemper ved å delta

Det vurderes ikke å være ulemper forbundet med undersøkelsen, idet de spørsmål som vil stilles i gruppesamtalen ikke er av verken meget privat eller mere intim karakter.

Fortrolighet - hva skjer med opplysningene

Vi som utfører undersøkelsen er omfattet av taushetsplikt. Alle opplysninger behandles fortrolig. Det vil ikke bli offentliggjort opplysninger som kan føres tilbake til den enkelte deltager.

Data til dette prosjektet samles inn gjennom gruppesamtaler som spilles inn på bånd. Intervjuene vil bli renskrevet ordrett. I forbindelse med dette avkodes intervjuene og hver prosjektdeltaker vil tildeles ett kodennummer som erstatter alle data som navn etc. Kodelisten vil bli oppbevart innelåst av prosjektansvarlig og vil ikke være tilgjengelig for andre. Under senere databearbeiding er materialet kodet og vil ikke kunne spores til enkeltpersoner. Lydopptak fra intervjuene kommer etter renskrivning og gjennomhøring til å bli oppbevart innelåst, på samme måte som kodeliste. All data vil bli slettet etter at prosjektperioden er over og masteroppgaven er godkjent.

Hva skjer om du ikke ønsker å delta

Deltakelse i undersøkelsen er helt frivillig. Hvis du ikke ønsker å delta eller ønsker å trekke deg fra videre deltagelse i løpet av undersøkelsen, kan dette gjøres uten at du trenger å oppgi grunn.

Informert samtykkeerklæring

Hvis du ønsker å delta, skal du skrive under på at du er blitt informert muntlig og skriftlig om undersøkelsen, og at du er klar over at du på et hvilket som helst tidspunkt kan trekke deg.

Prosjektet utføres av

Spesialsykepleier Hilde Ulvik Hauge

Masterstudent ved Nordic School of Public Health NHV

Tlf: 41201842

Veileder for prosjektet er Universitetsrektor Lene Povlsen

Nordic School of Public Health, NHV

Informert samtykkeerklæring til deltager

Jeg bekrefter med dette, at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelsen, og at jeg samtykker til å delta i den. Jeg er informert om at det er frivillig å delta, og at jeg når som helst kan trekke meg fra undersøkelsen uten å måtte angi grunn.

Deltakers navn (blokkbokstaver)

Dato og underskrift

Tema og intervju-guide

Fenomenografi

På hvilke forskjellige måter oppleves fenomenet - forstå variasjonen og utforske dens innhold; beskrive innholdet i variasjonen ved å studere menneskers (forskjellige) erfaringer av fenomenet.

Forskningsspørsmål

Hvilke faktorer peker ulike brukere på som viktige for å lykkes med å fortsette å være fysisk aktive etter en periode i frisklivssentral?

Temaer

- Betydning av fysisk aktivitet
- Motivasjon og opprettholdene faktorer – fremmende og hemmende faktorer
- Strategier for å fortsette

Innledende spørsmål for å få diskusjonen i gang:

- Kan dere begynne med å fortelle om hvilke aktiviteter/ hvordan dere driver med fysisk aktivitet i dag?

Hovedspørsmål

- Etter endt periode i frisklivssentral og dere skulle fortsette å være i fysisk aktivitet: Hva var viktig / gjorde inntrykk / husker dere i dag?
- Hvordan har dere klart å etablere de treningsvanene/ aktivitetsvanene som dere har i dag?
 - **Hva / hvem** har hatt betydning for at dere har fortsatt med fysisk aktivitet?
 - Trener dere alene eller sammen med andre?
- Hva/hvem opplever dere er viktig for å holde på motivasjonen til å fortsette?
 - Hva fremmer?
 - Hva hemmer?

Utdypende spørsmål

Hva mener du, når du sier..

Har jeg forstått deg riktig - mener du at..

Hva begrunner du dette med..

Kan du ikke forklare.. / gi meg et eksempel, så jeg forstår, hva du mener..

Jeg er ikke riktig sikker på, at jeg forstår deg.. / kan du sammenfatte det du nettopp sa...

