

OPPLEVELSER AV MOTIVERENDE SAMTALE/MI

En kvalitativ intervjuundersøkelse om opplevelser av motiverende samtale/MI for endring av livsstil sett gjennom helsesamtalen ved frisklivssentralen

Av Martine Laume



Masteroppgave i Empowerment og helsefremmende arbeid, våren 2019

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, avdeling Kjeller

FORORD

For en reise dette har vært! Tre år har det tatt begynnelse til slutt. Det hele begynte med stor optimisme, men ble fort forkludret av manglende tro på egen akademisk mestringsevne. Det har vært en krevende jobb som har foregått parallellt med mye annet, og en lærerik prosess, ikke bare faglig og akademisk, men også om egen tåleevne i forhold til arbeidskapasitet, om meg selv som person og om hva jeg ønsker å gjøre videre i arbeidslivet. Jeg er stolt over å ha fullført, samt letta over å endelig komme i havn.

Det er mange jeg vil takke, og det er en gjeng mennesker jeg ikke hadde klart dette uten.

Min veileder Marita, deg vil jeg takke for tålmodighet, støtte og upåklagelig god veiledning. Uten deg med din tilgjengelighet og faglige styrke hadde jeg aldri i verden fått dette i havn.

Frisklivsveiledere ved de ulike frisklivssentralene, dere må takkes for at dere tok dere tid til å bidra i en hektisk hverdag.

Intervjupersoner, takk for at dere våget å stille til intervju å dele deres opplevelser med åpenhet.

Takk til mine gode venninner som har heiet på meg og støttet meg hele veien.

Betina, en spesiell takk til deg for hjelp med både faglige innspill og moralsk støtte. Du har vært en nydelig støttespiller på denne reisen.

Mamma og pappa, takk for at dere alltid poengterer at dere er like glad i meg uansett hvordan jeg presterer. Det er en uvurderlig trygghet og noe jeg er evig takknemlig for.

Jon Henrik, min kjære samboer, forlovede og beste venn. Du har vært min største motivator, min støttespiller og min rådgiver når jeg har trengt det. Du har trøstet med klemmer i alle nedturen og feiret med meg i oppturene. Du har vært uvurderlig for meg på denne reisen. Jeg gleder meg til livet videre med deg uten masteroppgave. Det blir garantert mye hyggeligere.

Tusen hjertelig takk til dere alle for at dere har hatt troen på meg når jeg ikke klarte det sjøl. Denne følelsen er magisk! Jeg kom i havn!

Mai 2019

Martine Laume

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Frisklivssentraler er et kommunalt lavterskeltilbud som en forgrening fra samhandlingsreformen og folkehelsemeldingen, og motiverende samtale/MI benyttes aktivt der gjennom helsesamtale med brukerne. Denne studien begrunnes med aktualitet fra et folkehelseperspektiv og behov for studier av opplevelser og erfaringer av motiverende samtale/MI. Tidligere forskning viser effekter av motiverende samtale/MI på livsstilsendring, men det savnes studier om brukernes egne opplevelser.

Hensikt: Hensikten er å studere og beskrive brukeres erfaringer og opplevelser av motiverende samtale/MI ved frisklivssentraler, sett i et helsefremmende perspektiv med endring av livsstil i fokus. Formålet er å undersøke om opplevelsene av motiverende samtale/MI samspiller med metodens formål.

Teoretisk forankring: Studiens teoretiske perspektiver er helsepedagogikk, motiverende samtale/MI, nudging, empowerment og mestring ved salutogenese.

Metodisk tilnærming: Studien er gjort som en kvalitativ intervjuundersøkelse med syv semistrukturerte intervjuer av brukere. Transkribering og analyse er gjennomført med koding, sortering av meningsbærende enheter og meningsfortolkning. Det er sett i lys av hermeneutiske fortolkningsprinsipper med fenomenologisk forforståelsesperspektiv.

Empiriske funn: Intervjuundersøkelsens funn viser empowerment gjennom brukermedvirkning i helsesamtalen (MI), opplevelse av mestring og OAS i helsesamtalen (MI), opplevelse av motivasjon i helsesamtalen (MI) og endringsprosess gjennom helsesamtalen (MI).

Diskusjon og konklusjon: Det drøftes hvordan intervjupersonene opplever helsesamtalen (motiverende samtale/MI) med tanke på sin endringsprosess sett gjennom de teoretiske perspektivene empowerment og salutogenese med OAS. Videre drøftes hvordan nudging kan forekomme i helsesamtalen. Det konkluderes med at motiverende samtale/MI i helsesamtalen opplevs positivt med for samtlige intervjupersoner i masterstudien.

ABSTRACT

Background: This master thesis is inspired by current challenges in a public health perspective, and the observed need for further examination of the experiences of motivation conversation/MI. «Frisklivssentraler» is a municipal facility which were established because of “Samhandlingsreformen” and “Folkehelsemeldingen”, and motivational MI is actively used in their “health-dialogue” with their users.

Aim: The aim of the master thesis is to study and describe the users' own experiences from «helsesamtalen» at «frisklivssentralen», seen in a health-promoting perspective with a change in lifestyle in focus.

Theory: The study's theoretical perspectives entail health education, motivational conversation/MI, nudging, empowerment and mastery by salutogenese.

Methods: The study was done as a qualitative interview survey with seven semi-structured interviews. Transcription and analysis are conducted with coding, sorting of meaningful entities and interpretation of meaning. It is considering hermeneutic interpretation principles with a phenomenological pre-understanding.

Findings: The findings of the interview survey show that the interviewees experience to have contributed to their own change process and gained a stronger self-esteem considering their own health situation. In addition, it appears that the health conversation has led to increased OAS/SOC and hopes for the future.

Discussion and conclusion: The discussion includes thoughts and reflections on how the interviewees experience the health-dialogue (MI) considering their change process. This is seen through the lense of theoretical perspectives. It is also discussed how nudging can occur in the health-dialogue. The conclusion states that motivational conversation/MI in the health-dialogue is a positive experience.

INNHOLDSLISTE

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
1.0 INNLEDNING	7
1.1 Studiens litteratursøk	8
1.2 Bakgrunn for oppgaven	9
1.3 Hensikt og formål med masterstudien	12
1.3.1 Hensikt:	12
1.3.2 Formål:	12
1.4 Masterstudiens forskningsspørsmål	12
1.4.1 Forskningsspørsmål 1	12
1.4.2. Forskningsspørsmål 2	12
1.4.3 Forskningsspørsmål 3	12
1.5 Disposisjon	13
1.5.1 Begrepsavklaring	13
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER	14
2.1 Frisklivssentralen	14
2.2 Helsepedagogikk	16
2.2.1 Motiverende samtale/MI	17
2.2.2 Nudging	21
2.4 Empowerment	23
2.5 Mestring og salutogenese	26
3.0 METODISK TILNÆRMING	28
3.1 Prosessen trinn for trinn	28
3.2 Bakgrunn for valg av metode	29
3.3 Hermeneutisk fenomenologisk vitenskapsteori	30
3.3.1 Forforståelse	33
3.4 Metode for datainnsamling	34
3.4.1 Intervjuet som metode	34
3.4.2 Utarbeidelse av intervjuguide	35
3.4.3 Utvelgelse av intervjupersoner	36
3.4.4 Gjennomføring av intervjuene	37
3.4.5 Masterstudent som intervjuer	38
3.5 Metode for analyse av data	39
3.5.1 Bearbeidelse av innsamlede data	40
3.5.2 Analyse og fortolkning	40

3.6 Validitet og reliabilitet i masterforløpet.....	44
3.6.1 Forskningsetiske overveielser og betraktninger	45
4.0 PRESENTASJON AV EMPIRISKE FUNN.....	48
4.1 Empowerment gjennom brukermedvirkning i helsesamtalen (MI).....	48
4.1.1 Bruker som ekspert på seg selv og medvirker.....	48
4.1.2 Maktomfordeling og empowerment-følelse.....	50
4.2 Opplevelser av mestring og OAS i helsesamtalen (MI)	52
4.3 Opplevelse av motivasjon i helsesamtalen (MI).....	54
4.4 Endringsprosess gjennom helsesamtalen (MI)	57
4.4.1 Helsesamtale for endring	57
4.4.2 Helsesamtale for endring med spor av nudging	58
5.0 DRØFTING AV STUDIENS FUNN.....	60
5.1 Hvordan opplever brukerne ved frisklivssentralen empowerment gjennom brukermedvirkning i helsesamtalen ved frisklivssentralen?.....	60
5.2 Hvordan opplever brukerne ved frisklivssentralen mestring og motivasjon i/etter helsesamtalen?.....	65
5.3 Hvordan beskriver brukerne ved frisklivssentralen å oppleve helsesamtalen som påvirkning til endring og hvordan fremkommer det at helsesamtalen gjøres i samspill med MI's- verdigrunnlag og/eller eventuelt om det glir over i nudging?	67
6.0 DRØFTING AV STUDIENS METODE	72
6.1. Metodevalg for masterstudien.....	72
6.1.1 Refleksjoner fra masterseminar	72
6.1.2 Utvalg	73
6.2 Datainnsamling og etiske aspekter	74
6.2.1 Datainnsamling.....	74
6.2.2 Etsiske aspekter	76
6.3 Metode for analyse av data.....	79
6.4 Studiens reliabilitet og validitet	79
7.0 AVSLUTNING.....	82
7.1 Oppsummering av svar på forskningsspørsmålene	82
7.2 Oppfordring til videre forskning.....	83
7.3 Avsluttende ord.....	84
8.0 REFERANSELISTE.....	86
9.0 VEDLEGG.....	93

1.0 INNLEDNING

I masterstudien belyses opplevelser av motiverende samtale/MI (MI) sett gjennom helsesamtalen ved frisklivssentralen. Helsesamtalen er en individuell samtale om levevaner og helse, og den bygger på prinsippene fra MI. Formålet ved frisklivssentralen er å fremme helse og begrense utvikling av sykdom, og målgruppen er personer med økt risiko for sykdom, eller allerede utviklet sykdom som trenger hjelp til å endre levevaner og å mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2016).

Hjelp til livsstilsendring innebærer mestringspsykologi (Øverby et al., 2011), og motivasjon og støtte ansees som de viktigste faktorene for vellykket mestring av livsstilsendring (Fruh, 2017). Livsstil kan anses som et atferdsmønster (Kristoffersen, 2005) og noen ganger kan det være hensiktsmessig å endre livsstil for å forebygge mot eller redusere sykdomsutvikling. Livsstilsendring innebærer valg som omhandler kosthold og fysisk aktivitet (Helsedepartementet, 2003). I Norge fremstår frisklivssentraler som et viktig lavterskeltilbud i folkehelsearbeidet mot forebygging av livsstilssykdommer.

Et mestringsperspektiv på folkehelsen omhandler at det skal legges tilrettelegges slik at folk flest har nødvendige verktøy for å utnytte egne evner og muligheter, og dermed oppnå mestring (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015). I et slikt perspektiv kan empowerment, helsepedagogikk og mestringsteori stå sentralt med MI som intervensjon. Frisklivssentralen ser ut til å være en pådriver for å styrke empowerment-følelsen hos sine brukere. Norge har noen overordnede mål for folkehelsen som innebærer at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel, samt at det skal skapes et samfunn som fremmer helse og øker levealderen (Grøholt, Bøhler & Hånes, 2018). Nordmenn flest i dag er altfor lite i aktivitet i hverdagen, overvekt øker som konsekvens av dette (Ommundsen & Aadland, 2009), og utgjør risiko for en rekke kroniske lidelser (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011).

Livsstilsrelaterte utfordringer ser ut til å være hovedårsaken til deltakelse ved frisklivssentralen. Livsstils begrepet inkluderer fysisk aktivitet, kosthold, rusmidler, søvn og sosial aktivitet og summen av en persons levevaner og atferd (Nylenna, 2019). Det er komplekst å endre vaner og det krever at folk flest veiledes til å ta kontrollen selv, altså får hjelp til selvhjelp (Bahr, 2008).

1.1 Studiens litteratursøk

I et søk gjort på databasen Cinhal i med søkeordene motiverende intervju, mestring, livsstilsendring og empowerment ble kun 129 aktuelle treff funnet. Ingen av dem belyste alle de fire søkeordene i en sammenfattende artikkel. Dette i seg selv belyste originalitet og behovet for denne undersøkelsen. Videre i søkeprosessen ble flere databaser benyttet: EBSCOhost, Helsebiblioteket, Lovdata, Medline, Norsk senter for forskningsdata, Oria, Pumbed, Sportdiscus og SveMed. Søkeordene er presentert i PICO-skjema vist i tabell 1. Alle begreper ble også benyttet på engelsk og det ble forsøkt å finne så nye studier som mulig for mest mulig aktualitet. Alt ble relatert til MI for å relatere litteraturfunnene til studienes formål og hensikt. Både oversiktsartikler og enkeltstudier ble benyttet. Hele prosessen med innhenting av litteratur bestående av litteraturfunn, teoretisk fordyping og arbeid opplevdes å bli en kontinuerlig prosess. Det begynte som en prosess for å innhente forkunnskap og dandere et teoretisk grunnlag, men utviklet seg videre til å bli en søken etter forskningsbasert forankring til funn og fortolkede påstander. Noen litteraturfunn inneholdt positive funn av motiverende intervju/MI, andre viste skepsis. Samtlige undersøkte *effekter* og ikke *opplevelser*. PICO-skjema ble benyttet som organisering av søkeord i litteratursøkingen for å holde struktur og fokus mot det som skulle undersøkes.

Tabell 1 PICO-skjema hentet fra helsebiblioteket

PICO			
P	Population/ patient/ problem	Brukere ved frisklivssentraler og endring av livsstil	Livsstilsendring Frisklivssentralen Brukere
I	Intervention	Motiverende samtale/MI (helsesamtalen) ved frisklivssentralen	Empowerment Motiverende intervju Folkehelse
C	Comparison	Nudging	Manipulering Vennlig dulting
O	Outcome	Undersøke brukeres erfaringer og opplevelser fra helsesamtalen med MI ved frisklivssentraler, sett i et helsefremmende perspektiv med endring av livsstil i fokus.	Mestring Salutogenese (OAS) Motivasjon Helse Atferdsendring

1.2 Bakgrunn for oppgaven

Frisklivssentraler som har som målsetting å fremme helse og forebygge sykdom som relateres til levevaner gjennom helsesamtale og veiledning i fysisk aktivitet, røykeslutt og kosthold (Helsedirektoratet, 2016). I folkehelse rapporten om helsetilstanden i Norge (2018) presenteres de største sykdomsgruppene i Norge som psykiske lidelser, rusbrukslidelser, muskel- og skjelettlidelser, kols, diabetes, demens, kreft og hjerte- og karsykdommer. Noen lidelser fører til tapte leveår, andre fører til lavere trivsel og nedsatt livskvalitet (Grøholt et al., 2018). Behovet for frisklivssentraler fremkommer ved at disse lidelsene kommer av stillesittende livsstil, overvekt, røyking og kosthold (Grøholt et al., 2018). På frisklivssentralene gjennomføres helsesamtaler som baseres på prinsipper fra MI (Helsedirektoratet, 2016). Masterstudien tema om MI forankres i empowerment og helsefremmende arbeid som denne mastergraden baseres på. World Health Organisation (WHO) definerer helsefremmende arbeid som «*en prosess som setter folk i stand til å øke kontroll over og bedre sin helse*» (Helsedirektoratet, 2016). Empowerment defineres som «*en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse*» (Helsedirektoratet, 2019). Det viser at de to begrepene helsefremmende arbeid og empowerment samspiller og på den måten kan forstås som to begreper med samme formål.

I tillegg til ønske om å styrke egen kompetanse for å hjelpe andre med livsstilsendring, er det undringer om brukeres opplevelser av MI og nysgjerrighet om endringsprosesser som har vært pådrivende i arbeidet med masterstudien. Ifølge Barth, Børtveit & Prescott (2016) er endring en prosess som er sammensatt av flere stadier og kompleks. Tidligere undersøkelser om MI for endring av livsstil har undersøkt *effekter*. I masterstudien studeres *opplevelser* av motiverende intervju/MI og hvordan brukere selv har opplevd å bli «utsatt» for samtalemotoden, som både har blitt anerkjent og kritisert. Dette blir utgreid i kapittel 2.2.1 og 2.2.2, samt kapittel 5.3.

Følgende forskningsstudier har uttrykt MI som effektiv i forhold til livsstilsendring. Studiene trekkes frem fordi det kan være relevant for brukere ved frisklivssentralen som opplever utfordringer med levevaner. Lai, Cahill & Tang (2011) undersøkte MI i forhold til røykeslutt. De fant ut at MI kun var effektiv når det ble utført i primærhelsetjenesten eller av rådgivere, og at det var mest effektivt når samtalen ble gjentatt flere ganger. Sekerci & Kitis (2018) konkluderer i sin artikkel med at MI kombinert med opplæring i fysisk trening ga kvinner

med diabetes bedre form og selvtillit. De oppfordrer videre til videre forskning i forhold til andre kroniske sykdommer. Baker (2002) undersøkte i sin studie effekten av MI på psykiatriske pasienter med komorbide lidelser som var innlagt på grunn av rusmisbruk. De oppdaget en kortsiktig effekt i redusering av alkoholmisbruk. Videre konkluderte de med at MI ser ut til å fungere på denne pasientgruppen, men at det krever lengre intervensjoner for å oppnå langsiktig effekt (Baker et al., 2002). DiLillo & West (2011) beskrev i en artikkel bruk av MI i rådgivning for livsstilsendring hos overvektige med type 2 diabetes. Det ble forklart at ved riktig forberedelser kan MI-strategier benyttes i atferdsendring og endring av livsstil hos denne gruppen. Videre nevntes at tidligere forskning på MI i forhold til diabetes type 2 har vært varierende. De ønsker mer forskning for å kunne si noe om hvilke omstendigheter bruken av MI gjør seg best ved, stiller seg kritisk til kvaliteten på samtalen som gjennomføres og virker å anse det som vesentlig for utfallet (DiLillo & West, 2011). Erfaringsbasert etter å ha vært i kontakt med frisklivsveiledere på mange ulike frisklivssentraler kan det virke som at hver frisklivssentral har sine egne måter å gjennomføre helsesamtalen, men at den for alle er basert på MI-prinsipper og utfyllingsskjemaer standardisert av helsedirektoratet for frisklivssentraler. Likevel kan det ifølge DiLillo & West (2011) virke som at hver MI kan variere ut i fra hvordan den utføres. Wong & Cheng (2013) undersøkte effekt av MI for å fremme vektreduksjon hos overvektige barn. De fant ut at metoden var nyttig for adferdsendring som behøvdes i forhold til spising, fysisk aktivitet og deretter følgende vekttap (Wong & Cheng, 2013), noe som er relevant for tilbudet ved frisklivssentralen. Greaves (2010) undersøkte MI for livsstilsendring. Der beskrives metoden som lovende, men det anbefales å samtidig utføre andre tiltak for livsstilsendring, og ikke MI alene. Akkurat hvilke tiltak de anbefaler spesifiseres ikke (Greaves et al., 2010). Dette kan virke interessant i forhold til hvordan brukerne ved frisklivssentralen selv opplever MI i sin helsesamtale, samt hvor mye brukerne selv opplevde at helsesamtalen påvirket endringsprosessen de gikk gjennom. Dette ble tatt opp med intervjupersonene i denne masterstudien.

Noen studier har rapportert om positive resultater ved bruk av MI som intervensjon for andre lidelser. Lindsey (2018) rapporterer om at bruk av MI for pasienter med kroniske sår førte til signifikant forbedring i pasienters opplevde velvære. Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen (2005) presenterer MI i en systematisk meta-analyse med MI som intervensjon. Ulike sykdomsgrupper benyttes og de evaluerte effekten av MI. De konkluderer med at MI

utkonkurrerer andre type rådgivning innenfor helse og etterlyser store studier for å bevise at MI bør benyttes i daglig helsearbeid. Thomas (2012) så på forskjeller mellom MI-basert coaching og vanlig behandling for kreft-smerte kontroll. De konkluderer med at MI kan være et godt supplement til ordinær behandling, særlig med tanke på holdning og mental helse (Thomas et al., 2012), som som kan virke nyttig i forhold til livsstilsendring.

Noe forskning stiller seg kritisk til MI hvis MI-prinsippene ikke opprettholdes fullstendig eller opplæringen av veilederne som gjennomfører samtalen er for dårlig. Codern-Bove, Pujol-Ribera, Pla, Gonzalez-Bonilla & Granollers (2014) analyserte hvordan MI interaksjoner i helsesektoren fungerte på røykere med lav motivasjon for å slutte med røyk. De reflekterer rundt utfordringer som oppstår når det blir vanskelig å holde seg til MI- prinsippene under samtale, som kan tenkes å være utfordrende for frisklivsveiledere. Østlund, Wadensten, Kristofferzon & Haggstrøm (2015) undersøkte opplevelser av sykepleieres erfaringer med MI. Alle deltakende sykepleiere hadde trening i å praktisere metoden. De presiserer også at MI er en voksende metode i helsesektoren. Sykepleierne rapporterte om positive erfaringer for både styrking av egen kompetanse i arbeid og resultater i forhold til pasienter. De presiserer også at det riktig opplæring i metoden er vesentlig for å benytte den (Østlund et al., 2015). I tillegg mistenkes det at nudging kan forekomme i helsesamtalen, noe som både kan fremkomme som nyttig (Mortensen, Nordhaug & Lohne, 2018) og stå i konflikt med brukeres autonomi og informert samtykke (Ploug & Holm, 2015).

Andre studier har etterlyst mer forskning på MI som intervensjon. Page & Tchernitskaia (2014) vurderte bruk av MI i forhold til forbedring av arbeids relaterte utfordringer og det å komme tilbake til jobb etter langtidssykdom. I denne litteraturstudien presiseres det at effekten MI har i kliniske settinger for å motivere til helserelatert endring er sterk. Mer forskning ønskes for å kunne si det samme i forhold til arbeid. Copeland, McNamara, Kelson & Simson (2015) referer til mekanismer for endring i MI i sammenheng med helseatferd. De etterlyser i hovedsak mer forskning på feltet. Park, Esmail, Rayani, Norris & Gross (2017) undersøkte hvordan MI påvirket arbeidere med muskel og skjelett lidelser. De fremmer at MI fungerte bedre enn vanlig rehabiliteringsarbeid, og etterlyser flere langsiktige studier for å følge endring over tid.

1.3 Hensikt og formål med masterstudien

1.3.1 Hensikt:

Hensikten med denne masterstudien er å undersøke og beskrive brukeres erfaringer og opplevelser fra helsesamtalen med MI ved frisklivssentraler, sett i et helsefremmende perspektiv med endring av livsstil i fokus.

1.3.2 Formål:

Formålet med masterstudien er å undersøke om opplevelsene av helsesamtale med MI samspiller med samtalens formål. I tillegg ønskes å bidra til økt kunnskap om endring av livsstil fra brukernes eget perspektiv.

1.4 Masterstudiens forskningsspørsmål

1.4.1 Forskningsspørsmål 1

Hvordan opplever brukerne ved frisklivssentralen empowerment gjennom brukermedvirkning i helsesamtalen ved frisklivssentralen?

1.4.2. Forskningsspørsmål 2

Hvordan opplever brukerne ved frisklivssentralen mestring og motivasjon i/etter helsesamtalen?

1.4.3 Forskningsspørsmål 3

Hvordan beskriver brukerne ved frisklivssentralen å oppleve helsesamtalen som påvirkning til endring og hvordan fremkommer det at helsesamtalen gjøres i samspill med MI's-verdigrunnlag og/eller eventuelt om det glir over i nudging?

1.5 Disposisjon

I første kapittel er innledning til masterstudiens tema med hensikt, formål, forskningsspørsmål og bakgrunnen for studien presentert.

I neste kapittel beskrives teoretiske perspektiver. Der presenteres masterstudiens hovedemner: frisklivssentralen, helsepedagogikk, motiverende samtale/MI, nudging, empowerment, mestring og salutogenese.

Videre følger kapittel 3 der metodiske tilnærminger presenteres gjennom prosessen trinn for trinn, bakgrunn for valg av metode, hermeneutisk fenomenologisk vitenskapsteori, metode for datainnsamling, metode for analyse av data, samt validitet og reliabilitet i masterforløpet.

Neste kapittel deretter består av presentasjon av empiriske funn. Kapitlet er sortert etter studiens analyse med sortering av meningsbærende enheter. Overordna emner er dermed empowerment gjennom brukermedvirkning i MI, opplevelser av mestring og OAS i MI, opplevelse av motivasjon i MI, og endringsprosess gjennom MI.

Kapitlene som følger videre består av drøfting av studiens funn organisert etter studiens forskningsspørsmål, deretter drøfting av studiens metode med refleksjon over styrker og svakheter, og til sist en avslutning med oppsummering og oppfordring til videre forskning.

1.5.1 Begrepsavklaring

En kort begrepsavklaring av essensielle begreper for masterstudien følger.

«*Intervjuperson*» brukes om brukerne som stilte til intervju i masterstudien. «*Bruker*» benyttes generelt om brukerne ved frisklivssentralen.

«*Helsesamtale*» eller «*motiverende samtaler/MI*» er i denne masterstudien det samme.

Motiverende samtale forkortes ofte i oppgaven med MI. I helsesamtalen benyttes prinsippene fra MI og den baseres på det. MI er i tillegg utgreid som selvstendig samtalemetode.

«*Livsstilsendring*» er det samme som «*endring av levevaner*», og intervjupersonene i masterstudien deler denne utfordringen som årsak til deltakelse ved frisklivssentralen.

«*Helsefremmende perspektiv*» og «*folkehelseperspektiv*» samspiller i masterstudien inkluderer alle de teoretiske perspektivne.

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

De utvalgte teoretiske perspektivene i masterstudien består av helsepedagogikk med motiverende samtale/MI som intervensjon på frisklivssentralen, empowerment-paraplyen med brukermedvirkning i fokus og mestringsteori med hovedvekt på salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS).

2.1 Frisklivssentralen

Masterstudiens funn er hentet gjennom intervjuer med brukere ved ulike frisklivssentraler. Det er naturlig å begynne teorikapittelet med en beskrivelse av frisklivssentralen, da den ennå kanskje er ukjent for mange.

Frisklivssentralen er en kommunal helsetjeneste i samarbeid med kommunens folkehelsearbeid. Målet er å fremme helse og forebygge sykdom gjennom tidlig støtte i endring av livsstil, samt mestring av helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2016). Folkehelse handler om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. Det innebærer helse, levevaner, sykkelighet, dødelighet, helserisiko og beskyttelsesfaktorer for helse. Vi kan definere folkehelse som vitenskap og kunnskap om samfunnets innsats for sykdomsforebygging og helsefremming (Øverby et al., 2011).

Samhandlingsreformen (2009) kom som et bidrag for å bedre folkehelsen. Den beskriver at det skal forebygges mer og frisklivstilbud foreslås som en måte å få hjelp til å endre levevaner. Det foreligger god dokumentasjon på effektene av sunt kosthold, økt fysisk aktivitet og røykeslutt når det gjelder forebygging og behandling av mange ikke-smittsomme sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Lavterskeltilbud, som for eksempel frisklivssentralen, kommer frem som positive i forhold til økt aktivitetsnivå, bedre fysisk form og økt helserelatert livskvalitet for personer som trenger hjelp og støtte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I folkehelsemeldingen (2015) rapporteres det om at helsetilstanden i den norske befolkningen er god. Utfordringene skisseres igjennom sosiale ulikheter, psykiske plager, og den største er sykdommer som henger sammen med livsstil og levevaner. Kommunene har etter folkehelseloven fått et større ansvar for å ha oversikt over helseutfordringer og iverksette tiltak. Dette ansvaret ser i stor grad ut til å hvile på folkehelsekoordinator og kommunale frisklivssentraler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Frisklivssentralen skal være

samarbeidspartner i lokalt folkehelsearbeid og bidra med veiledning og informasjon. De skal samarbeide med folkehelsekoordinator, samt offentlige, private og frivillige aktører, og kan bidra med generell kompetanseheving for folkehelse (Helsedirektoratet, 2016). I nasjonal plan for selvhjelp (2014) belyses frisklivssentraler som et godt tiltak, men det etterlyses mer informasjon om selvhjelp fremfor fysisk aktivitet og røykeslutt (Helsedirektoratet, 2014). I denne oppgaven belyses folkehelseproblematikken gjennom opplevelsen og betydningen av helsesamtalen (som baserer på prinsippene fra motiverende intervju) ved frisklivssentraler i forhold til endring av livsstil (Helsedirektoratet, 2014).

På frisklivssentralen gjøres en unik jobb for å fremme helse og forebygge sykdom for å skape livskvalitet og gode liv for folk flest (Helsedirektoratet, 2016). Tilbudet er sammensatt av helsetjenestens utvikling, politiske føringer, samfunnet i dag, forskning, nyeste faglige anbefalinger, stortingsmeldinger og lover (Helsedirektoratet, 2019). I den nyeste oppdateringen presiseres det at brukermedvirkning, samhandling, psykisk helse og livskvalitet prioriteres mer enn noen gang (Helsedirektoratet, 2019). Tilbudet tilpasses på hver enkelt frisklivssentral ut ifra innbyggernes behov for helsetjenester, helsetilstand, risikofaktorer, alders- og målgrupper og lokale forhold, samt at det legges opp til god kvalitet gjennom samhandling med andre lokale aktører (Helsedirektoratet, 2019).

Målet med frisklivssentraler er å forebygge for sykdom og fremme helse gjennom hjelp til å endre levevaner og læring til å mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2016). Formålet er at psykisk og fysisk helse skal fremmes og utvikling av sykdom skal begrenses. Tilbudet ved frisklivssentralen består i fysisk aktivitet, kostholdsendring, røykeslutt, veiledning ved psykiske belastninger, søvnvansker og risikofylt alkoholbruk (Helsedirektoratet, 2016). Det legges opp til gruppetrening og utendørs aktivitet for å gi sosialt samvær og naturopplevelser. (Helsedirektoratet, 2016).

Forløpet ved frisklivssentralen begynner med at fastlegen gir henvisning gjennom en «frisklivsresept», eller man selv kontakter frisklivssentralen. Man får plass så fort hver enkelt frisklivssentral har ledig plass på sin brukerliste. Perioden begynner med en helsesamtale (MI) og avsluttes med en helsesamtale (MI). Se vedlegg 1 og 2 for helsesamtalens mal. En reseptperiode har i utgangspunktet en varighet på tre måneder, men det gis mulighet for forlengelse ved behov (Helsedirektoratet, 2016). Forløp vist i figur 1.



Figur 1. Forløp ved frisklivssentralen. Hentet fra veileder for kommunale frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2016)

Helhetsfokuset gjennom hele perioden er støtte til endring og mestring (Helsedirektoratet, 2016). Veileder hjelper brukeren til å finne frem til en målsetting som oppleves realistisk og betydningsfull. De oppfordres til å konkretisere så godt de kan og videre lages en plan for perioden ut fra målsetting (Helsedirektoratet, 2019). Innholdet bør alltid være gjennomførbart og enkelt å huske. Brukerens eget syn på sin situasjon og livsstil er alltid i fokus (Helsedirektoratet, 2019). Møte mellom veileder og bruker i helsesamtalen skal forsterke brukerens motivasjon og derav opplevelse av mestring. Veileder skal i samtalen respektere brukerens selvbestemmelse, ansvar for egen helse. Det betyr at veileder må anerkjenne bruker som ekspert på seg selv. Veileder skal være lyttende og vise forståelse for brukerens opplevelse av situasjonen, formidle tilbake det som er oppfattet, og tilnærme seg empatisk. Dette er grunnlaget for helsesamtalen (Helsedirektoratet, 2016) og kan virke å knyttes tett sammen med helsepedagogikken.

2.2 Helsepedagogikk

Helsepedagogikken omhandler formidling og veiledning av kompetanse slik at individer kan ta egne beslutninger (Olsson, 2015). Begrepet egenkraftmobilisering (empowerment) er et sentralt begrep i dette (Olsson, 2015). Brukerundervisning har tradisjonelt innebåret at helsepersonell har gitt informasjon og undervisning til brukeren (Tveiten, 2016). Seinere års utvikling i helsetjenesten har gitt økt fokus på ansvar for egen helse og dermed ført til at helsepersonell i større grad må samhandle med bruker (Tveiten, 2016). Det skal gjøres på en måte som oppfordrer til mestring av utfordringer knytta til egen helse, og innebærer at brukeren selv er aktiv bruker i egen utvikling. Tanken bygger på pedagogikk, et ganske vidt begrep, som omhandler veiledning, læring, oppdragelse og utvikling (Tveiten, 2016). I masterstudien er det snakk om mestring av helserelevante utfordringer knyttet til livsstil ved frisklivssentralen. Tilbudet der består i hovedsak av veiledning, men det forekommer også ulike kurs i læring- og mestring (Helsedirektoratet, 2016). Det omhandler hvordan man kan

legge til rette for læring og mestring, og det er selve samhandlingen med brukeren som er kjernen i helsepedagogikken (Tveiten, 2016). Hensikten er å hjelpe brukere til å endre eget forhold til sin helse og livsstil, samt bidra til utvikling av pasientkompetanse og mestring (Tveiten, 2016).

På frisklivssentralen kalles de ansatte for «frisklivsveiledere» (Helsedirektoratet, 2016). I den MI skal det ikke gis råd, men veiledning (Barth et al., 2016). Det er dermed «veiledning» som er frisklivssentralen pedagogiske metode. Veiledning kan defineres som et middel i empowerment-prosessen (Tveiten, 2016). Fagutøveren skal legge til rette for at brukerne blir mest mulig i stand til å ta kontroll over forhold som berører sitt liv og sin helse (Tveiten, 2016). En avklaring mellom veiledning og rådgivning i helsesamtalen kan tenkes å ha noe å si for opplevelsen av MI, for eksempel hvis en forventer rådgivning men i virkeligheten får veiledning og ikke forstår at det er store ulikheter (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2018). God kompetanse på helsepedagogiske prinsipper er avgjørende for lærings- og mestringstilbud (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2018). Brukeropplæring kan inneholde ulike typer veiledning og MI kan være en av dem (Tveiten, 2016).

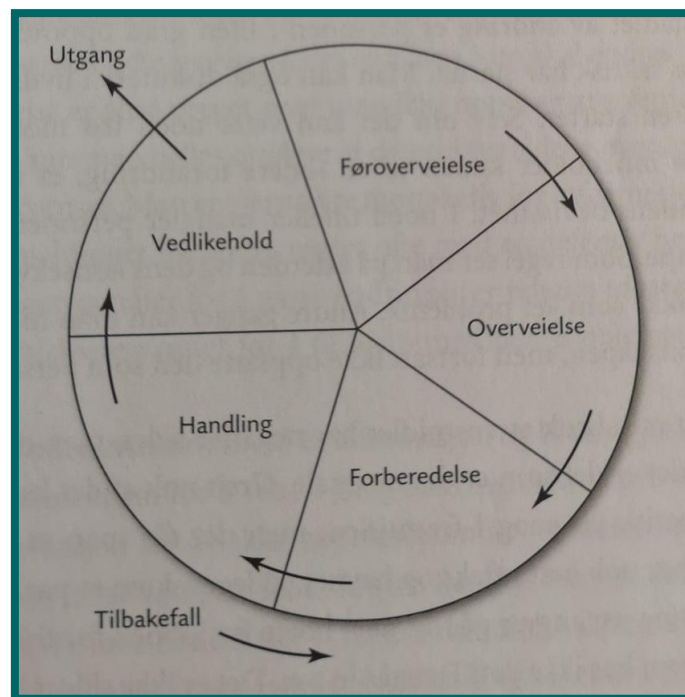
2.2.1 Motiverende samtale/MI

MI oppsto som et verktøy i rusmiddelbehandling, men utviklet seg videre til å fungere i rehabiliteringsarbeid, forebyggende helsearbeid og helsefremmende intervensjoner (Barth, Näsholm, & Sjøbu, 2007). Målet med MI er å heve brukerens egne bevissthet om situasjon og motivasjon til atferdsendring (Helsedirektoratet, 2016).

MI er skal føre til at mennesker tar valg og beveger seg i retning av et utvalgt resultat (Rollnick, Miller & Butler, 2008). Det handler om at en hjelper utforsker motivasjonskreftene i en person/bruker. Den brukes i behandling, rådgivning og til støtte for mennesker som kan ha nytte å gjøre endringer (Rollnick et al., 2008). Intervju betyr sammenkomst, møte ansikt til ansikt, mens motivasjon står for menneskelig drivkraft som fører til valg og atferd (Rollnick et al., 2008). MI var bare et navn opphavsmannen William Miller fant på i farta da han var på et forskningsopphold med blant annet Tom Barth i Bergen i 1982. Miller ledet en veiledningsgruppe for psykologer i forhold til adferdsterapi for mennesker med alkoholproblemer, lettere psykiske lidelser og sosial problematikk. I disse samtale kom ofte

«motivasjon for endring» opp som et diskusjonstema. Miller skrev et artikkelutkast som oppsummering av disse diskusjonene og kalte den *motivational interviewing*. Etter dette ble navnet automatisk med videre (Barth et al., 2016). Dette ble begynnelsen på en internasjonal forsknings- og behandlingstradisjon, og MI har siden da ifølge Barth et. al (2016) blitt anerkjent som en etablert behandlingspraksis, tydelig definert samtaleteknikk og en voksende forskningsbase (Barth et al., 2016).

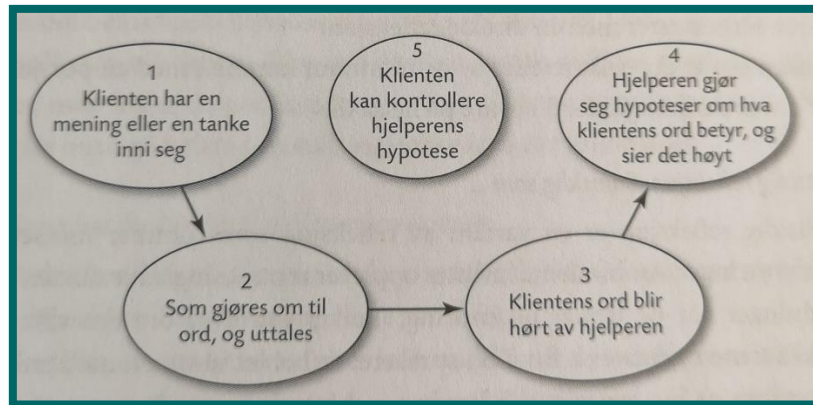
Selve endringsprosessen som helhet ble definert av psykologene Prochaska og DiClementes på 80-tallet og fremstilt gjennom det som kalles endringshjulet (Barth et al., 2016). Det er ment å være en slags veiviser for endringsforløpet og for å illustrere at mange endringsforsøk ikke lykkes ved første forsøk, men at man kan lære noe av forsøket og kanskje lykkes ved neste forsøk (Barth et al., 2016). Endringsprosessen beskrives under i figur 2 «endringshjulet».



Figur 2 Endringshjulet. Hentet fra motiverende intervju: samtaler om endring (Barth et al., 2016)

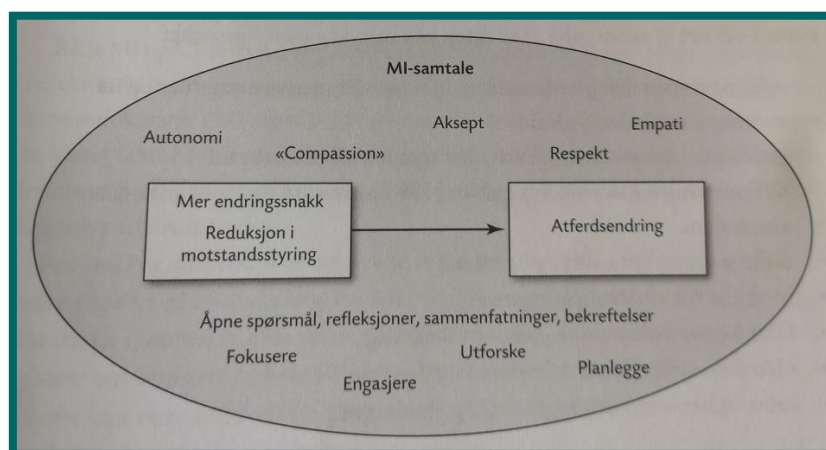
Endringen kan sees på som en tidskrevende prosess med gjennomgang av ulike faser.

Samtalen utformes gjennom en brukersentrert samtalestil for å øke sannsynligheten for at beslutninger om ønskelig endring blir tatt av brukeren. Denne samtalestilen beskrives i figur 3 som viser «kommunikasjonsmodellen» (Bart et al., 2016).



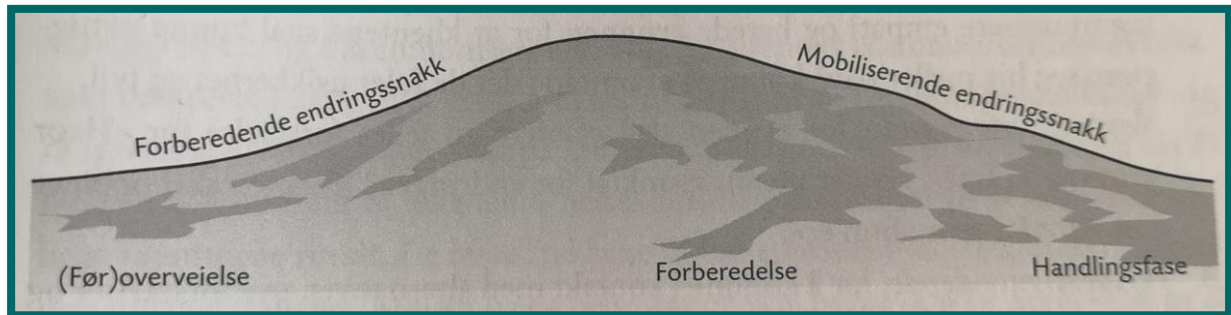
Figur 3 Kommunikasjonsmodellen. Hentet fra motiverende intervju: samtaler om endring (Barth et al., 2016)

Hvis det oppstår motstand fra brukeren under den MI, noe som forventes at kan skje, er hovedstillordene som hjelperen skal forholde seg til aksept, respekt og forståelse (Barth et al., 2016). Det skal i tillegg alltid bes om tillatelse fra brukeren før man begir seg ut på nye temaer eller eventuelt ønsker å komme med råd. MI er en samtalemetode som beskriver faktorer i samtalen som kan fremme endring. Dette vises i figur 4 «motiverende intervju modell for endring» (Barth et al., 2016).



Figur 4 Motiverende intervju modell for endring. Hentet fra motiverende intervju: samtaler om endring (Barth et al., 2016)

Elementene i MI kan deles inn i to faser; fase en der man bygger motivasjon og fase to som innebærer en forpliktelse som endrer holdning fra *hvorfor* gjøre en endring til *hvordan* gjøre endringen. Dette beskrives som MI-bakken og vises i figur 5.



Figur 5 MI-bakken. Hentet fra *motiverende intervju: samtaler om endring* (Barth et al., 2016)

Verdigrunnet i MI består av å «støtte klienters autonomi», en «ikke-bedømmende og samarbeidende tilnærming», «aktiv kommunikasjon av aksept og respekt», samt «empatisk tilnærming» (Barth et al., 2016). Samtalen i sin helhet kan deles inn i fire overlappende prosesser som begynner med å skape engasjement, så fokusere ved å komme til saken, videre til fremkalling som handler om å skape indre motivasjon og til sist planlegging av veien videre (Barth et al., 2016). Det legges til rette for endringsprosessen ved å undersøke personens mål, verdier og indre motivasjonen (Miller & Rollnick, 2016). Endringen skal skje på brukerens premisser og det er en målrettet, personsentrert og empatisk samtalem metode. Metoden ser ut til å være mer effektiv enn tradisjonell rådgivning (Helsedirektoratet, 2016).

MI fungerer ved at veilederen forsøker å aktivere brukerens egne motivasjon for endring og dedikasjon til forløpet (Rollnick et al., 2008). Ved frisklivssentralen fungerer det som en individuell samtale og varer normalt en times tid. Samtalen skjer minst to ganger for hver bruker, en gang ved oppstart, en gang ved endt frisklivsresept og eventuelt flere ganger i mellom ved ekstra behov eller ønske. Samtalen ledes av frisklivsveileder (Helsedirektoratet, 2016). MI har vist god respons i helsefremmende arbeid med fokus på endring, men det ønskes mer forskning på temaet (Copeland, McNamara, Kelson, & Simpson, 2015). MI er anvendbart i livsstilsendring (Ivarsson, Hultqvist, & Gjestrud, 2017) og kan brukes mot utfordringer som for eksempel overvekt (Day, 2013). MI brukes av frisklivssentralen gjennom det som der kalles for helsesamtalen (Helsedirektoratet, 2016).

En studie som undersøkte hvordan MI påvirket livsstilsendringen hos overvektige oppdaget at vekttapet var signifikant større hos de som gjennomgikk MI fremfor de som gjennomgikk tradisjonell atferdsbehandling (DiLillo & West, 2011). MI fremmes som en intervensjon som kan føre til en «empowering» følelse (Pignataro & Huddleston, 2015).

Tripp, Perry, Romney & Blood-Siegfried (2011) undersøkte bruk av MI i behandling av overvekt. Behandlingen varte i seks måneder, og de oppdaget at pasientene opplevde utfordringer med å holde motivasjonen oppe og å ta gode valg etter 1-2 måneder. Videre fant de ut at med regelmessig MI kombinert med kosthold- og treningsveiledning viste det seg en trend med lavere KMI og redusert midjemål (Tripp et al, 2011). Dette kan relateres til arbeidet som gjøres ved frisklivssentraler gjennom kort varighet, samt kombinasjonen av kosthold- og treningsveiledning.

Ifølge Taylor (2004) kan fysisk aktivitet bidra til økt livskvalitet og forbedring av kognitiv funksjon (Taylor et al., 2004). Kobau (2011) mener at større synergi mellom positiv psykologi og mental helse ser ut til å være et godt helsefremmende bidrag (Kobau et al., 2011). Dette viser til en helhetlig sammenheng mellom det fysiske og mentale, men krever trolig mer forskning. I denne masteroppgaven ønskes det å reflektere rundt studienes funn i samspill med MI og i tillegg trekke inn et kritisk blikk på «nudging», eller som Tveiten & Boge (2014) kaller det «vennlig dulting». Begrepet kan trolig være relevant hvis avvik fra MI's prinsipper og verdigrunnlag i helsesamtalen forekommer.

2.2.2 Nudging

Møte med motstand i MI kan være en utfordring (Barth, et al., 2016). Hvis saksmotstand forekommer, innebærer det motstand mot selve endringen. Samtaler om endring som utforsker negative sider ved problematisk atferd gir et visst ubehag og kan føre til at brukeren opplever press i retning av endring (Barth, et al., 2016). Motstand er vanlig i endringsprosesser, men det skal handle om å finne konstruktive måter å jobbe gjennom det (Barth, et al, 2016). Det er når presset går utover brukernes egne premisser eller hvis det ikke løses konstruktivt at det kan tenkes at MI glir over i nudging. Nudging er en form for adferdsmanipulasjon og innebærer å dulte adferd i ønsket retning (Færevaa, 2017).

«Nudging» er et begrep som virker å kunne oversettes til «dulting» (Tveiten 2014). Nylenna (2017) definerer det slik: «*dulting er en tjenlig norsk betegnelse på små, uformelle*

virkemidler for å påvirke atferd i helseriktig retning». Nudging ivaretar individets valgfrihet, men påvirkningen skjer i en bestemt hensikt (Nylenna, 2017). Det kan argumenteres for at nudging er forenelig med å ville pasienters beste. Særlig med tanke på at mennesker i en sårbar fase ikke nødvendigvis vet sitt eget beste. Det siktes altså her ikke til en legitim ren manipulering som en form for paternalisme og makt/manglende maktoverføring, men er slags godhjerta form for manipulasjon (Nylenna, 2017). Nudgingen, som kan være en form for skjult adferds påvirkning, har blitt kritisert for å være manipulerende, og det kan undres om metoden er tillits svekkende. Det påpekes likevel at det vil bli mottatt med forståelse av de fleste (Nylenna, 2017).

Ploug & Holm (2015) fremstiller etter en analyse tre posisjoner av forholdet mellom nudging grunnlagt i paternalisme og beskyttelse av personlig autonomi gjennom informert samtykke. De argumenterer for at alle de tre posisjonene unnlater å gi tilstrekkelig beskyttelse av personlig selvstendighet når det benyttes i klinisk sammenheng (Ploug & Holm, 2015).

Et annet perspektiv på nudging innebærer at det er etisk legitimt ved at nudging alene ikke kan diskuteres i lys av fri vilje og brukerens autonomi, og at helsepersonell noen ganger må ta ledelsen i et samarbeid med bruker. Det kan argumenteres for at nudgingen kan være et nyttig verktøy for å hjelpe brukeren i riktig retning, men presiseres at det må samspille med brukerens egne mål og verdier (Mortensen, Nordhaug & Lohne, 2018).

Det kan spekuleres i om brukeren faktisk kan forvente å bli «nudged» i noen situasjoner. Munoz, Fox, Gomez & Gelfand (2015) ser ut til å mene nettopp det. De fremmer andre forskeres syn på nudging som innbrudd i domenet informert samtykke. Mens Munoz (2015) selv argumenterer for at et rett informert samtykke innebærer nudging og at det er ok fordi det sannsynligvis er en del av brukerens forventning (Munoz et al, 2015).

Det finnes ulike perspektiver på nudging og det er flere moralfilosofiske diskusjoner om det (Nylenna, 2017; Broers, 2017; Munoz, 2015; Cohen, 2018; Mortensen, 2018). Det kan virke komplisert å sette et tydelig skille mellom MI og nudging, og dette diskuteres nærmere i kapittel 5 om drøfting av studiens funn.

2.4 Empowerment

I denne masterstudien er empowerment et sentralt begrep. Empowerment-begrepet kan relateres til «selvhjelp» og på den måten vises en sammenheng til oppgavens tema. I Ottawa-charteret fra WHO's verdenskonferanse i 1986 ble helsefremmende arbeid definert som en prosess som setter folk i stand til å oppnå større kontroll over egen helse, samt skaper bedre forutsetninger for å selv forbedre egen helse (Tveiten & Boge, 2014). Begrepet empowerment, som direkte oversatt betyr «myndiggjøring», ble presentert som sentralt i det helsefremmende arbeidet som en prosess for å øke noen kapasitet til å gjøre valg, samt å forme valgene inn til handling (Tveiten & Boge, 2014). Ottawa charteret la grunnlaget for et paradigmeskifte i folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2010), ved å fremme fokus på helsefremmning fremfor sykdomsforebygging (Catford, 2011). Ifølge McCarley (2009) kan ikke endring forekomme hvis ikke brukere selv medbestemmer i målsettinger og argumentene for endring. Det motiverende intervjuet respekterer dette og kan fremme en «empowering» følelse hos sine brukere (McCarley, 2009).

Empowerment forklares på individ, gruppe og samfunnsnivå (Tveiten & Boge, 2014). Empowerment på individnivå beskrives som psykologisk empowerment. Psykologisk empowerment handler om tro på egen evne til å mestre, selvkontroll, mulighet til å ta beslutninger og ha kontroll i eget liv (Tveiten & Boge, 2014). Psykologisk empowerment omhandler brukerens muligheter til å ta beslutninger og oppnå kontroll i eget liv (Tveiten & Boge, 2014). MI fungerer ved å aktivere brukerens egne motivasjon for endring og evne til å binde seg til endringsprosessen (Rollnick, Miller, & Butler, 2008) og relateres på den måten til empowerment, da også empowerment handler om å hjelpe mennesker til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres liv (Gibson, 1991).

Empowerment virker å samspille med verdigrunnlaget i MI som oppfordrer til at hjelperen skal støtte brukernes autonomi, møte brukeren med en ikke-bedømmende og samarbeidende tilnærming, fremme aktiv kommunikasjon med aksept og respekt, og sammenfatte det hele med empatisk tilnærming (Barth et al., 2016).

Det finnes ingen konsensusdefinisjon av begrepet empowerment, men sentralt i begrepet står emner som selvstendigjøring, mestringskompetanse i forhold til egen helse, maktfordeling fra fagpersonell til bruker, medvirkning til egne helse-valg og bruker som ekspert på seg selv (Tveiten & Boge, 2014). Begrepet kan deles inn i tre hovedprinsipper:

«medvirkning», «anerkjennelse av brukeren som ekspert på seg selv» og «maktfordeling fra fagperson til bruker» (Tveiten & Boge, 2014).

Begrepet medvirkning omhandler fra et brukerperspektiv om den innflytelsen brukeren har i beslutningsprosesser og utformingen av de tjenestetilbudene som angår brukeren selv (Sigstad, 2004). Dagens helsetjeneste skal være kunnskapsbasert og en forutsetning for det er at brukerne selv deltar i beslutningsprosesser som angår egen helse (Dahlgren & Johansen, 2013). Brukeren går med det fra å være erfaringsbærer til å bli kunnskapshåndterer (Dahlgren & Johansen, 2013). I denne studiens perspektiv handler det om at brukerne ved frisklivssentralen skal evne å mestre egen helsesituasjon i størst mulig grad gjennom medvirkning i målsetting og medbestemmelse i tiltakene som gjøres for å nå målene. Ved frisklivssentralen er tilbudet kortvarig og det legges opp til at brukeren selv skal formulere sine mål (Helsedirektoratet, 2016), uansett hva frisklivsveilederen eller en lege eventuelt måtte mene om det fra et faglig perspektiv. I den forstand er forventningene og tilretteleggingen om brukers medvirkning stor. Det kan være uenighet om hva som er brukers beste, men det er uansett brukers perspektiv som vektlegges (Helsedirektoratet, 2016) gjennom anerkjennelse av brukeren som ekspert på seg selv.

Begrepet anerkjennelse kan ses på som et nøkkelbegrep (Aamodt, 2003) på frisklivssentraler, gjennom forventningen om likeverd og gjensidighet mellom hjelper og bruker framfor ensidighet og asymmetri (Aamodt, 2003). Gjennom kunnskapssynet til empowerment forventes det at hjelper skal styrke brukers ressurser, myndiggjøre og styrke mestringsevne. Begrepet anerkjennelse kan fungere brobyggende fordi det innebærer at brukeren deltar i like stor grad som hjelperen (Aamodt, 2003). I denne sammenheng er trolig anerkjennelsen av brukeren som ekspert på seg selv vesentlig for samarbeidet mellom frisklivsveileder og bruker i helsesamtalen ved frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2016). Det å bli tatt på alvor, få aksept for sine vaner, samt sosial støtte er helt avgjørende for en god dialog mellom bruker og frisklivsveileder og dermed avgjørende for selve endringsprosessen (Helsedirektoratet, 2016).

Hovedideen bak empowerment-tenkingen er omfordeling av makt (Tveiten & Boge, 2014). Askheim & Starrin (2007) presenterer to atferds-orienterte definisjoner av makt: «*makt kan defineres som det å få andre til å gjøre noe de ellers ikke ville ha gjort*» og «*makt kan være den kapasiteten noen personer har til å produsere intenderte og forutsette effekter på andre*». Ofte relateres makt-begrepet til noe negativt (Askheim & Starrin, 2007). Tveiten & Boge

(2014) skriver derimot at makt kan forstås som noe positivt i det at man kan ha makt i kraft av noe. I empowerment-tenkningen ønskes det å hjelpe folk til å få best mulig kontroll i eget liv, for egen helse og situasjon (Tveiten & Boge, 2007). Det kan sees på som å hjelpe personer til å få mer makt i kraft av seg selv. Dette kan være en utfordring hvis systemet vanskeliggjør en slik form for makt og det vil da bli vanskelig både å være den som hjelper og den som trenger hjelp (Tveiten & Boge, 2007). Det kan spekuleres i hvordan makt-begrepet balanseres av frisklivsveiledere på frisklivssentraler i helsesamtalen når man så gjerne vil gi råd for å hjelpe, men låses av rammene for MI. Det kan også undres over hvordan maktfordelingen fra fagperson til bruker foregår i helsesamtalen. Dette blir drøftet i kapittel 5.

I masterstudien handler det om brukeres opplevelser av MI. En bruker defineres som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter pasient og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015). Det vil si helsearbeid som foregår uten medisinsk behandling og opphold på institusjon. Frisklivssentralen skal være et generelt og diagnose-uavhengig tilbud (Helsedirektoratet, 2016), og dermed benyttes begrepet «bruker» og ikke «pasient» om deltakerne. I den forstand anses ikke tilbudet ved frisklivssentralene med helsesamtale og MI som helsehjelp slik loven definerer det.

Helsetjenesten skal være kunnskapsbasert og forutsetter at brukerne bidrar i beslutningsprosesser (Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2013). Brukeren går fra å være erfaringsbærer til å bli kunnskapshåndterer og det er dette som kalles brukermedvirkning (Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2013), når det overføres mer makt til brukeren selv, slik som det ser ut til å gjøre i MI. Empowerment er sentralt relatert til brukermedvirkning (Sigstad, 2004) og det omhandler innflytelsen brukeren har til å ta beslutninger og utformingen av tilbud der brukeren er berørt. Brukeren skal ha en aktiv rolle i egen helsesituasjon (Sigstad, 2004), og slik samspiller det med MI.

Samhandlingsreformen beskriver at brukermedvirkning, forebyggende- og helsefremmende arbeid skal styrkes, og tilbudet for livsstilsendring skal forbedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Livsstilsendring krever kognitive og emosjonelle ferdigheter, samt motivasjon, støtte og innsats over lang tid (Borge, Christiansen og Fagermoen, 2012). Det er aktuelt å endre livsstil for mennesker som er i risikozonen eller allerede har utviklet livsstilsrelaterte sykdommer eller lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Tro på egen evne til å gjennomføre endringer er viktig for å oppnå atferdsendring (Borge et al.,

2012). Bandura (1997) mener at tro på egen mestringsevne påvirker hvordan en person vurderer sine sjanser for å lykkes. Motivasjonsintervensjoner med utforskning av en brukers ambivalens om endring kan være nyttig hjelp i beslutningstaking, og MI er et eksempel på en motivasjonsintervensjon (Borge et al., 2012). Empowerment-tenkning kan anses som et slags rammeverk for helsefremming (Rootman, 2001). Empowerment kan handle om endring, og det referer til løsninger fremfor problemer (Tveiten & Boge, 2014).

Askheim (2012) beskriver individorienterte tilnærminger til empowerment og nevner disse som markedsbasert konsumentorientering, empowerment som individuell selvrealisering og en terapeutisk posisjon (Askheim, 2012). Med en markedsbasert konsumentorientert tilnærming til empowerment menes ideen om det selvstendige og frie individet. Det er tenkt fra et politisk perspektiv og omhandler at politikken skal bygges rundt individet (Askheim, 2012). I empowerment som individuell selvrealisering rettes fokuset med den enkeltes individuelle livsverden. Det handler om å få frem det autentiske i individet uten at det knyttes til sosiale relasjoner eller strukturer (Askheim, 2012). Opplevelser av avmakt presenteres her som individuelle mentale fenomener (Askheim, 2012). Terapeutisk posisjon knyttes til selvhjelpsgrupper som et viktig tiltak for å bistå mennesker med å ivareta egen helse resurser. Målet innebærer å styrke individets evne til å delta aktivt i sin endringsprosess og oppnå ny styrke og kraft til å håndtere hverdagen ved hjelp av selvhjelpsgruppe (Askheim, 2012).

Det sies at fellestrekkene ved individorienterte tilnærminger til empowerment er et fokus på styrke i den enkelte for utvikling av kraften og ressursene den enkelte personen har (Askheim, 2012). Videre beskrives at vi gjennom mobilisering av indre styrke og egne ressurser kan nå våre mål (Askheim, 2012). Etter endt frisklivsresept oppfordrer frisklivssentralen til at brukerne deltar i selvorganiserte selvhjelpsgrupper for å fortsette prosessen på egenhånd (Helsedirektoratet, 2016). I den sammenheng vil det trolig være en fordel at brukeren har evnet å frigjøre sine ressurser og egen indre styrke for å mestre veien videre på egenhånd, da mestring ser ut til å handle om mobilisering av ressurser.

2.5 Mestring og salutogenese

Helsefremming kan i stor grad relateres til mestring (Tveiten & Boge, 2014). Et mestringperspektiv på folkehelsepolitikken omhandler tilrettelegging for alle slik at man har verktøy til å utnytte egne evner og muligheter (Regjeringen, 2015). Mestringsevnen er ofte

størst hos de med allerede god mental helse, og lavere hos de med dårligere mental helse (Schorr et al., 2009). Mestring kan defineres på flere måter. Det kan angå psykologisk motstandskraft, mestring av stress og emosjonelle utfordringer, mestringstro, selvregulering, kontroll og endring (Svartdal, 2018).

I Antonovsky's teori om salutogenese legges begrepene meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet frem som avgjørende for å oppnå en «sense of coherence» (opplevelse av sammenheng: OAS) (Antonovsky, 1996). En sterk opplevelse av sammenheng forbindes med økt følelse av mestring (Helsedirektoratet, 2010). En person med sterk OAS vil under stress mobilisere forskjellige ressurser for å håndtere et problem. De kan være følelsesmessige, kognitive, interpersonelle eller materielle (Antonovsky, 2002). Salutogenesen fokuserer på det friske, hva som kan hindre sykdom og hvordan opprettholde god helse (Tveiten, 2016).

Mestring kan også forstås som foranderlige, atferdsmessige og kognitive anstrengelser for å håndtere krav som overskrider ressurser eller oppleves belastende (Drageset, 2013). Det er en individuell og kontinuerlig prosess (Drageset, 2013). Mestring kan handle om at individer endrer atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, og bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og gir forbedret livssituasjon (Olsson & Vågan, 2015).

Mestring er avhengig av en følelse av kontroll og empowerment (Tveiten, 2016). Det handler om å evne tilgang på rette ressurser, kunnskap, ferdigheter og utstyr, og ikke minst, evnen til å benytte dem. Sosial støtte og relasjoner der man kan gi omsorg har vist seg å være positiv på OAS og livskvalitet (Tveiten 2016). Mestringsfremming i et Empowerment perspektiv kan virke styrkende og redusere negative tanker (Ozer, Bandura, & Sarason, 1990).

Frisklivssentraler er et kommunalt lærings- og mestringstilbud (Helsedirektoratet, 2016) og et mestringstiltak kan være MI.

3.0 METODISK TILNÆRMING

Metodisk tilnærming, også kalt «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2015), blir beskrevet i dette kapitlet. Her blir innholdet og målet med undersøkelsen lagt frem sammen med undersøkelsens hvorfor, hva og hvordan.

Overordnet for forskningsprosessen står begrepene tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing, verifisering og rapportering (Kvale og Brinkmann, 2015). Videre blir det forklart hvordan de ulike begrepene er forstått og utført i masterstudien.

3.1 Prosessen trinn for trinn

- 1) Tematiseringer handler om å formulere undersøkelsens formål. Det består av å kartlegge undersøkelsens «hvorfor» og «hva», deretter «hvordan» og metodevalg (Kvale & Brinkmann 2015). I masterstudien innebærer dette formulering av problemstilling, forskningsspørsmål, teoretisk perspektiv som grunnlag og utarbeiding av metode.
- 2) Planleggingen omhandler å legge en plan for hele gjennomføringen med tanke på å hente ut den kunnskapen som er ønskelig og av hensyn til undersøkelsens moralske implikasjoner (Kvale & Brinkmann 2015). Dette har vært en overveiende del av prosessen fra begynnelse til slutt. Det knyttes til vurderinger av mulige funn, eventuelle konsekvenser og forhåpning om virkninger masterstudien kan ha. Det er tett knyttet mot studiens hensikt og formål.
- 3) Intervjuing handler om selve gjennomføringen av intervjuene, intervjuguiden og hensyn som bør tas under intervjuet (Kvale & Brinkmann 2015). Mange etiske vurderinger er kontinuerlig tatt i henhold til dette. Vurderingene er gjort gjennom kontakt med NSD og REK, samt bekreftelse fra frisklivsveiledere om at brukerne faktisk tålte å stille til intervju om sin helsesituasjon. Intervjuet ble tatt opp på en lydopptaker og forhåndsregler ble tatt i forhold til det i henhold til OsloMet's standardisering. Intervjuprosessen beskrives i kapittel 3.4.3-3.4.5.
- 4) Transkriberingen omfatter klargjøringen av intervjumateriale for analysen (Kvale & Brinkmann 2015). I masteroppgaven var dette en tidkrevende, men viktig og svært opplysende prosess. Dette skrives mer om i kapittel 3.5.1.

- 5) Analyseringen handler om å velge riktig metode i forhold til undersøkelsens formål og emne, samt gjennomføring av selve analysen (Kvale & Brinkmann 2015). I masteroppgaven og hele prosessen har det definitivt vært en krevende del av arbeidet. Det skrives mer om analysen i kapittel 3.5.2.
- 6) Verifisering handler om hvorvidt undersøkelsen er generaliserbar, pålitelig og valid (Kvale & Brinkmann 2015). Dette er tatt med i utvelgelsen av intervjupersoner, metodevalg og analysering. Det har vært viktig å gjøre alt «riktig» i henhold til etiske hensyn for intervjupersonene, samt skape overførbarhet til videre forskning. Metodiske retningslinjer har vært veiledende for denne oppgavens verifisering i samspill med tidligere forskning om oppgavens tema. Det har også vært et fokus å ivareta intervjuundersøkelsens funn på best mulig måte, samt å faktisk gjøre intervjuer som gir svar som er i tråd med studiens formål og hensikt.
- 7) Rapporteringen består av den endelige formidlingen av funn og metodebruk (Kvale & Brinkmann) 2015). Et krevende, men spennende og lærerikt arbeid. Rapporteringen her er selve formidlingen av hele masteroppgaven. Det er forstått som at det omhandler helheten av oppgaven med rød tråd fra begynnelse til avslutning.

3.2 Bakgrunn for valg av metode

Denne masterstudien er en kvalitativ semistrukturert intervjuundersøkelse som forankres i et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv. Bakgrunn for valg av metode til masterstudie er basert på min egen forforståelse, lært metodisk kunnskap, innspill fra veileder og fra undervisning. I tillegg er metodiske valg styrt av utgangspunktet i studiens forskningsspørsmål som ledet veien mot det som var ønskelig å få besvart. Kvalitativ metode ble valg på grunnlag av spørsmålene det var ønskelig å få svar på, og fordi det virket hensiktsmessig å gå i dybden gjennom intervjuer for å finne svarene. I tillegg begrunnes valget med at min tidligere erfaring var med kvantitativ metode og det var ønsket å tilegne seg ny kunnskap.

«Det kvalitative forskningsintervju» av Kvale & Brinkmann (2015) og «kvalitative metoder i medisinsk forskning» av Malterud (2013) er benyttet som faglig metodisk forankring, inspirasjon og utgangspunkt.

Malterud (2013) beskriver kvalitative metoder som forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved fenomener som skal studeres. Videre påpekes at kvalitative metoder kan bidra til å representere mangfold og nyanser. En og samme virkelighet kan beskrives ut ifra forskjellige perspektiver, til tross for at ikke alle perspektiver er like relevante for selve problemstillingen (Malterud, 2013)

Kvalitative metoder kan brukes til å finne ut mer om menneskelig egenskaper, motiver, holdninger, erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger (Malterud, 2013). Kvalitative metoder kan få oss til å undersøke mening, betydning, nyanser, atferd og hendelser. De kan bidra til å styrke forståelsen vår av hvorfor mennesker gjør slik de gjør (Malterud, 2013).

Kvalitativ tilnærming passer ifølge Malterud (2013) godt for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Hvis sykdom og helse skal kunne anses som dynamiske prosesser hos mennesket behøves mer generaliserbar kunnskap (Malterud, 2013). Det behøves vitenskapelige tilnærminger som anerkjenner at prosessene utvikles spesifikt hos det individuelle mennesket i en sosiokulturell sammenheng. Kvalitative forskningsmetoder kan åpne mulighetene for vitenskapelig innsikt i disse prosessene (Malterud, 2013).

I kvalitative metoder får forskerens perspektiv og posisjon stor betydning for hvilken kunnskap som kommer frem (Malterud, 2013), og kvalitativ tilnærming virket riktig i henhold til studiens hensikt og formål. Min forståelse av hermeneutikken og fenomenologien baseres på Kvale og Brinkmann (2015) og Malterud (2013).

3.3 Hermeneutisk fenomenologisk vitenskapsteori

Kvalitative metoder bygger ifølge Malterud (2013) på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologien) og fortolkning (hermeneutikken). Målet med kvalitativ forskning er ikke direkte forklaring, men forståelse (Malterud, 2013). Denne masterstudien er forankret i et hermeneutisk fenomenologisk vitenskapsteoretisk perspektiv.

Fenomenologien ble grunnlagt som filosofi på 1900-tallet av Edmund Husserl. Filosofien handlet i begynnelsen om bevissthet og opplevelse. Senere ble den utviklet til å også omhandle menneskets livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre skulle den omfatte kroppen og menneskers handlinger i historisk sammenheng. En fenomenologisk tilnærming i

ikke-filosofisk forstand er utbredt i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015).

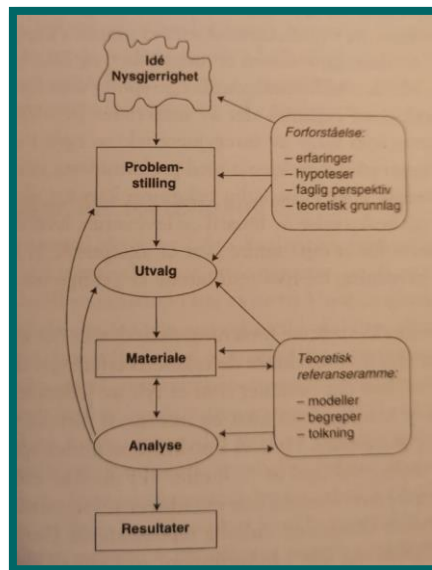
Fenomenologien er et felt innenfor filosofisk teori som representerer en forståelsesform der menneskers erfaringer anses som gyldig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015), slik som i denne masterstudien.

Kvalitative metoder hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon som omhandler tolkning av meninger i menneskelig uttrykk (Malterud, 2013). Det er ikke nødvendig for forskeren å fordype seg tungt i den filosofiske grunnlagsstoffet ved hermeneutikken, selv om det kan bidra til å sette forskerens kunnskapsforståelse i en større sammenheng (Malterud, 2013). Hvis forskeren ikke har dybdekunnskap om hermeneutisk filosofi skal det erkjennes at forholdet til begrepet hermeneutikk er overfladisk og det skal håndteres med respekt. I masterstudiens betydning handler det om å tolke menneskelig mening og opplevelse. Med denne vinklingen er det ikke tilfredsstillende å alene beskrive forskningsmetoden som hermeneutisk metode fordi når begrepet er såpass overordnet vil det si for lite om den spesifikke framgangsmåten som brukes i prosjektet (Malterud, 2013).

For å skape en tillitsfull ramme for utveksling av kunnskap og data må det bygges en tillitsfull arena med intervjupersonen. Forskeren må ta ansvar for å sammenfatte kunnskapen på en måte som er lojal mot brukerens uttrykk og erfaringer (Malterud, 2013). Likevel har forskeren en forpliktelse til å sammenfatte og ha en overordnet forståelse. Med et slikt utgangspunkt kan et fenomenologisk perspektiv være til nytte (Malterud, 2013). En slik innfallsvinkel kan være viktig for forskeren som ønsker å belyse menneskers erfaringer. Det kreves bakgrunnskunnskap fra fagfilosofisk litteratur for å kunne benytte fenomenologisk betegnelse alene på metodisk tilnærming. Dersom bakgrunnskunnskapen ikke er tilstrekkelig anbefaler Malterud (2013) å ikke bruke begrepet.

Et prosjekt kan være hermeneutisk fenomenologisk, men det krever mer begrunnelse enn at kvalitativ metode er tilnærmingen (Malterud, 2013). En mellomposisjon mellom hermeneutikken og fenomenologien er en vanlig innfallsvinkel og tyngdepunktet mellom beskrivelse, tolkning, sentrale punkter i mønsterdannelse og påvirkning av resultater skal erkjennes (Malterud, 2013).

Figur 6 av Malterud (2013) «forskerens rolle gjennom forskningsprosessen» har vært til god hjelp for å forstå helheten i forskningsprosessen (Malterud, 2013).



Figur 6 Forskerens rolle gjennom forskningsprosessen. Hentet fra *kvalitative metoder i medisinsk forskning* (Malterud, 2013)

Det er valgt en induktiv tilnærming etter ønske om å kunne si noe generelt om en bestemt gruppe gjennom intervjuer. Induktiv tilnærming faller ofte naturlig i kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2015). Fenomenologien er relevant for det kvalitative forskningsintervjuet og denne masterstudien fordi den siler ut den opplevde betydningen av en intervjupersons livsverden fra intervjuet, og kan gi forklaring og forståelse av et kvalitativt forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Når man innsnevrer et intervju til den opplevde betydningen av intervjupersonens livsverden, kan fenomenologien bidra til relevant avklaring av forståelsesformen i det kvalitative forskningsintervjuet (Malterud, 2013).

Hermeneutikken kommer frem i masterstudien gjennom fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2015) og de hermeneutiske fortolkningsprinsippene er tenkt som retningslinjer i analyseprosessen. Hermeneutikken fremmer ingen «trinn-for-trinn-metode», men heller noen generelle prinsipper som lenge har vist seg å være nyttige i fortolkning av tekster (Kvale & Brinkmann, 2015). De hermeneutiske fortolkningsprinsippene fremstilles i kapittel 3.5.2 om studiens analyse og fortolkning.

Kvale & Brinkmann (2015) beskriver det semistrukturerte kvalitative forskningsintervjuet gjennom de fenomenologiske nøkkelordene; livsverden, mening, kvalitativt, deskriptiv, spesifisitet, bevisst naivitet, fokusert, flertydighet, forandring, sensitivitet, mellommenneskelig og positiv opplevelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Hermeneutikken

kommer frem i fortolkningen som skal gjøres av intervjuet og forforståelsen bringer inn i hele prosessen.

3.3.1 Forforståelse

Forforståelse er den kunnskapen vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet begynner. Den påvirker oss hele veien i måten vi samler og leser data (Malterud, 2013).

Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie og er skrevet i et beskrivende, utforskende design innenfor et hermeneutisk fenomenologisk syn. Det å forstå meningen i det som blir fortalt gjennom intervjuer er i fokus.

Min forforståelse baseres på personlige erfaringer, faglige interesser, motiver og ståsted. Det er dette som avgjør hvilke forskningsspørsmål jeg har valgt å utforske, hvordan metode og utvalg som skal benyttes, hvilket perspektiv som velges, hvilke resultatet som skal besvare spørsmålene og hvordan konklusjoner formidles. Forforståelsen handler dermed ikke *om* forskeren påvirker prosessen, men om *hvordan* forskeren påvirker prosessen (Malterud, 2013).

Som regel er en forskers forforståelse en viktig del av motivasjonen forskeren har for å sette i gang med forskning rundt et tema (Malterud, 2013). Alle deler av forforståelsen kan være nyttige for forskningsprosessen, men det kan også være en begrensende faktor. Det kan være et hinder for å lære av materialet eller begrense horisonten. Dette kan heldigvis forebygges hvis man har et bevisst forhold til egen forforståelse gjennom prosessen (Malterud, 2013).

Min forforståelse innebærer at endring av livsstil er sammensatt og krevende, og at det ikke alene kan gjøres med fokus på fysiske faktorer. I tillegg innebærer den en tanke om at et mentalt fokus må være tilstede, og at MI som intervensjon kan være et nyttig hjelpemiddel. Masterstudien begynte med uvisshet om hvordan det kan oppleves å gjøre en slik endring med MI som intervensjon.

Slik det kan forstås må en forsker på fenomenologisk vis vende bort ifra egne begreper og forsøke å skape åpenhet for tekstene slik de fremstår, mens en hermeneutisk vinkling tillater forforståelse som en del av det å være et menneske (Malterud, 2013). Måten dette ble arbeidet med i masterstudien var gjennom analysering av transskriberte tekster så nøytralt som mulig, men med tillatelse til å inkludere det non-verbale fra intervjusituasjonene som del av helheten

ved analysen. Samtidig er det valgt å anerkjenne egen forforståelse, samt å huske på at arbeidet med masteroppgaven er i henhold til hensikt og formål.

3.4 Metode for datainnsamling

En semistrukturert intervjuform er valgt fordi det ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er det mest naturlige å benytte når temaer fra dagliglivet skal forstås fra intervjupersonens eget perspektiv. Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2015). Målet er å få frem betydning av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden. Det å skape mening og forståelse om et bestemt tema er i fokus (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskningsintervjuet innebærer en sammensetning av samtaleferdigheter og utnyttelsen av ferdighetene kan være utfordrende. Intervjuet har et tosidig perspektiv som innebærer den personlige relasjonen og kunnskapen det produserer (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.4.1 Intervjuet som metode

Til masteroppgaven er det valgt en semistrukturert intervjuform for individuelle intervjuer. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) ligger vanlige intervjuundersøkelser på 15+/-10 intervjupersoner. Antall intervjuer i masterstudien ble det bestemt å gjøre seks-åtte intervjuer, da tid er en begrensende faktor. Sju intervjuer ble i praksis gjennomført.

Et semistrukturert livsverden intervju benyttes ifølge Kvale og Brinkmann (2015) når temaer fra intervjupersonens liv ønskes å forstås fra intervjupersonens perspektiv. Livsverden kan forstås som selve emnet for kvalitative forskningsintervjuer og er intervjupersonenes levde hverdagsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Livsverdenen innebærer verden slik den møtes i hverdagen, slik den fremstår i opplevelse, uavhengig av alle forklaringer. Det kvalitative forskningsintervjuet er dermed en forskningsmetode som gir unik tilgang til menneskers personlige opplevelser av livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kan tenkes at det som skiller det kvalitative forskningsintervjuet fra andre typer intervjuer handler om den metodiske bevisstheten i forhold til intervjuundersøkelsens hensikt og formål, bevissthet om samspillet som foregår mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet med etiske og moralske hensyn, samt kritisk bevissthet over intervjuerens egne tolkninger av det som sies (Kvale & Brinkmann, 2015).

Intervju som metode velges fordi det ønskes å undersøke intervjupersonenes egen opplevde erfaring og videre undersøke om det er generaliserbart (Kvale & Brinkmann, 2015). Endring av levevaner er et viktig fokus for intervjupersonene, og det kan være et følsomt tema. Det kan tenkes at det gis mest ærligere og utfyllende svar gjennom intervjuer.

Ønsket er å oppnå større forståelse angående opplevelser og erfaringer fra intervjupersonens perspektiv, og det semistrukturerte intervjuet kan være en god måte å oppnå det på.

3.4.2 Utarbeidelse av intervjuguide

Utarbeidelse av intervjuguide begynte så snart de overordnede metodiske valgene var lagt til grunn, og undersøkelsens formål, hensikt og forskningsspørsmål var avklart.

Første steg i utarbeidningen bestod av å fordype seg i kapittelet «intervjukvalitet» i Kvale og Brinkmann (2015). Det første som ble ansett som relevant var at kvaliteten på intervjuet er avgjørende for kvaliteten på senere analysering, verifisering og rapporteringen av intervjuet. Det ble ansett som en viktig del av arbeidet. Det ble også tidlig forstått at hvis man vet hva man skal spørre om, hvorfor man spør om det og hvordan det skal gjøres, kan man gjøre korte intervjuer som likevel kan være innholdsrike (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble raskt et ønske om å få dette til.

Det ble tidlig i prosessen opplevd som mer krevende enn forventet og det ble en utfordring å ferdigstille intervjuguiden. Å stille de rette spørsmålene for å få mest mulig informasjon viste seg å være krevende og derfor ble det valgt å legge frem masterstudiets intervjuguide under masterseminaret da det skulle holdes fremlegg. Den opprinnelige intervjuguiden, første utkast, er ikke ivaretatt i sin helhet, men utviklet og bearbeidet videre fra utgangspunktet. Justeringen innebar formuleringer, tilførsel av introduksjon før intervju spørsmålene, og endring fra litt lukkede til mer åpne spørsmål. Det viktigste innspillet fra masterseminaret handlet om formuleringer slik at spørsmålene som ble stilt var det samme som jeg hadde til hensikt å få frem. Det gjaldt tydeliggjøring, konkretisering og refleksjoner om hvordan spørsmålene kunne stilles best mulig for å få de svarene som var ønsket.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bør intervjuerens spørsmål være korte og enkle. Dette ble det forsøkt å ha som utgangspunkt i formuleringen av spørsmålene gjennom å bruke enkle ord som skulle være forståelig for intervjupersonen og ikke bli forkludret med vitenskapelige

begreper. For eksempel ble det valgt å bruke begrepet «helsesamtale» fremfor «motiverende samtale/MI» da «helsesamtale» er det kjente begrepet for brukerne på frisklivssentralen.

Videre formulerer Kvale og Brinkmann (2015) seks kvalitetskriterier for et intervju. Det første punktet handler om grad av spontanitet, hvor innholdsrikt, spesifikt og relevante svar man fra intervjupersonen. Det andre punktet beskriver at jo kortere spørsmålene er og jo lengre svar man får, desto bedre. I det tredje punktet nevnes grad av oppfølgingsspørsmål og klargjøring av betydningen for de relevante delene av svaret. Punkt fire beskriver at idealintervjuet i stor grad tolkes mens det pågår. Punkt fem nevner at intervjueren i løpet av intervjuet forsøker å verifisere sine fortolkninger av intervjupersonens svar. Det siste punktet beskriver at intervjuet skal være «selvkommuniserende», og at det derfor ikke skal kreve tilleggskommentarer og forklaringer, men være en selvstendig fortelling (Kvale & Brinkmann, 2015). Disse kriteriene ble en viktig del å forsøke å inkludere videre utarbeiding av intervjuguiden.

Etter mye bearbeiding, frem og tilbake og flere innspill fra veileder og medstudenter ble intervjuguiden ferdigstilt. Det virket på tidspunktet som at oppgavens intervjuguide ville gi svar på forskningsspørsmålene. Ferdigstilt intervjuguide kan leses i vedlegg 3.

3.4.3 Utvelgelse av intervjupersoner

I prosessen med utvelgelse av intervjupersoner ytret jeg ønske om at ansvarlige ved frisklivssentralen kontaktet en eller flere av sine tidligere brukere, vilkårlig utvalgt. De måtte ha fullført et tre måneders løp fra helsesamtale til helsesamtale, altså en frisklivsresept, med minst to helsesamtaler. De måtte være over 18 år og delta på grunn av livsstilsrelaterte utfordringer, noe som i seg selv er utgangspunktet for deltakelse på frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2016). Forespørsel som ble sendt til frisklivssentralen kan leses i vedlegg 4. Etter mange uker med kommunikasjon over mail og telefonsamtaler ble sju intervjuer avtalt ved tre ulike frisklivssentraler. Tre intervjupersoner tilhørte en frisklivssentral, to fra en annen og to fra en tredje. Seks kvinner og en mann stilte til intervju. De hadde alle ulike årsaker til sin frisklivsresept, men alle hadde i større eller mindre grad livsstilsrelaterte utfordringer. Det gjaldt enten psykiske lidelser, fysiske lidelser eller begge deler.

Etter oppnådd kontakt og bekreftelse på at syv brukere var interessert, ble det sendt ut skriv om forespørsel til frisklivsveilederne. De ansvarlige ved sine frisklivssentraler bisto med

utlån av møterom og med booking av intervjutider. Noen av intervjuene ble holdt på en cafe av årsaken mangel på kapasitet ved frisklivssentralen. Ved disse tilfellene ble telefonnummer utvekslet. Disse numrene ble slettet fra mobiltelefonlogg så snart intervjuene var gjennomført.

Intervjupersonene er vilkårlig utvalgte brukere ved ulike frisklivssentraler. De har ulike årsaker for sin deltakelse ved frisklivssentralen, men de har alle hatt behov for å gjøre en form for livsstilsendring. Plagene deres var forskjellige, men de hadde alle mye av den samme motivasjonen for deltakelse og ønsket selv å gjøre en endring. Alle frisklivsveilederne hadde vært gjennom helsedirektoratet sine kurs i motiverende intervju i regi av Korus, kompetansesenter innen rusfelt i Norge.

3.4.4 Gjennomføring av intervjuene

Før intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju. Der ble det undersøkt om rekkefølgen hadde god flyt, om den skriftlige formuleringen av spørsmålene gjorde seg godt muntlig og om det ble lagt til rette for utfyllende svar. I pilotintervjuet ble det opplevd at både flyt og intervju spørsmålene fungerte godt og det fremsto på tidspunktet klart for gjennomføring av intervjuene. Det ble gjort små endringer i introduksjon og avslutning, men hovedspørsmålene ble stående. Pilotintervjuet inngår ikke som en del av datamaterialet, da intervjuet ikke ble gjennomført på en frisklivsbrukere. Intervjuet ble gjennomført på en medstudent og intervjusituasjonen opplevdes dermed noe kunstig. Intervjuopplevelsen opplevdes annerledes i situasjonen med intervjupersonene, og pilotintervjuet forekom dermed ikke som veldig nyttig i dette tilfellet.

Selve gjennomføringen av intervjuene ble delt inn i tre hoveddeler inspirert av Kvale & Brinkmann (2015); brifing, semistrukturert intervjuguide og debriefing. Brifingen inkluderte hilsing og småprat før det ble gitt en påfølgende forklaring av situasjonen og hva som skulle skje videre. Signering av informert samtykke ble forklart, godtatt og signert av samtlige intervjupersoner. Masterstudiens samtykke skjema finnes i vedlegg 5. Videre ble det informering om formålet med intervjuet, hva lydopptakeren skulle gjøre og hvordan materialet skulle forvaltes. Til sist fikk intervjupersonene mulighet til å stille eventuelle spørsmål før intervjuet begynte. I intervjuguiden ble det stilt elleve åpne hovedspørsmål med rom for refleksjoner og narrativ. Oppfølgingsspørsmål/tilleggsspørsmål var også tilgjengelig vedlagt. De skulle brukes hvis det virket naturlig, hvis intervjupersonen opplevdes

tilbakeholden eller flyten i intervjuet stagnerte. Flere av oppfølgingsspørsmålene ble tatt i bruk når det opplevdes å få korte svar, men mest naturlig ble det å stille spontane oppfølgingsspørsmål utenfor manus. Debrifingen inneholdt å stille intervjupersonen spørsmål om han/hun ønsket å tilføye noe til slutt og om hvordan opplevelsen av å delta på intervjuet hadde vært. Avslutningsvis ble intervjupersonen takket for bidraget og at han/hun våget å dele sine opplevelser.

3.4.5 Masterstudent som intervjuer

Intervjuet må være av høy kvalitet for å få en god transkribering og videre troverdig analyse og resultat (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg er i denne sammenhengen selve forskningsinstrumentet og kvalifikasjoner og forberedelser til intervjuet anses som svært viktig.

Det ble valgt å følge Kvale og Brinkmann (2015) sine kvalifikasjoner for intervjueren med å fokus på kunnskapsrik om temaet. I tillegg ble Malterud (2013) benyttet med sin prosessbeskrivelse av forskerens rolle gjennom forskningsprosessen om å bruke seg selv, forutsetning for fortolkning, forforståelse, teoretisk referanseramme, samt beskrivelse og tolkning (Malterud, 2013). Min forståelsen er at det kreves personlige forberedelser som intervjuer for å få et solid og innholdsrikt intervju. Intervjuprosessen ble tidlig erfart som spennende på grunn av ønsket om å gjøre intervjusituasjonen best mulig for intervjupersonene, samt å få størst mulig utbytte. Det opplevdes som hyggelige og givende samtaler og inntrykket var at det virket gjensidig. Likevel opplevdes det krevende å skaffe relevant og essensielle informasjon. Flere ganger oppsto avsporinger fra intervjuguiden fordi det var ønskelig å være en god lytter. Trolig kunne fremtoningen som intervjuer vært mer direkte, men det falt seg ikke naturlig i situasjonen. Dette var under forbedring og refleksjon gjennom intervjuprosessen. Det var ønskelig å bli en tydeligere intervjuer som mestrer å kontrollere intervjuet samtidig som det opprettholdes å være en god lytter. I tillegg å skape et trygt rom for åpenhet. Det opplevdes å fungere bedre underveis og det gav en mestringsfølelse. Likevel er veien fortsatt lang å gå for å bli en god intervjuer.

3.5 Metode for analyse av data

Malterud (2013) har bidratt med en større helhetsforståelse av den kvalitative analyseprosessen og til «sortering» av funn for analyse. Meningsbærende enheter som setninger eller ord, er plukket ut og sortert ved hjelp av Malterud (2013) for å strukturere funn fra intervjuene. Det handlet om skille ut det som var relevant i teksten og sortere ut de elementene som kunne tenkes å belyse oppgavens forskningsspørsmål. De meningsbærende enhetene er benyttet som en måte å sortere transkripsjonsteksten med hensikt å belyse studiens forskningsspørsmål. De kunne være både korte og noe lengre (Malterud, 2013).

Det bør påpekes at flere av underkategoriene av de meningsbærende enhetene er overlappende, og kanskje passer flere inn i ulike kategorier. Det innebærer at det i hovedkategoriene har vært tydelige skiller, men at underkategoriene innad i hver hovedkategori har vært mer overlappende. I sorteringen ble disse først markert med flere underkategorier, og videre ved ny gjennomlesing og grundigere refleksjon, sortert ut til en underkategori. Samtidig som meningsbærende enheter plukkes ut begynner systematiseringen. Denne delen av prosessen kaller ifølge Malterud (2013) for koding. Kodene er i seg selv ikke et mål, men et verktøy for videre analyse. Videre gjenstår tolkning, sammenfatning og abstraksjon for å kunne skape overførbarhet i materialet (Malterud, 2013).

Analysen er satt i system i tabell ved hjelp av Kvale & Brinkmann (2015) sitt struktureringssystem i en form for omvendt meningsfortetning som vist i tabell i kapittel 3.4.2. Tre hovedkategorier ble formulert ut ifra studiens forskningsspørsmål og undertemaer ble formulert under hver hovedkategori. Videre ble utsagn fra transkripsjoner sortert til relevante kategorier. Analysen etter koding av funn fortsatte inn i en kvalitativ meningstolkning, inspirert av Kvale og Brinkmann (2015) sin intervjuanalyse om meningsfortolkning, hermeneutiske fortolkningsprinsipper, samt emnene selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. I den kvalitative meningstolkningen går fortolkeren utenfor det som blir sagt i intervjuene og er tillat å finne mening og betydning som ikke umiddelbart fremkommer i transkribert tekstmateriale (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne oppgaven forekommer meningstolkningen med en hermeneutisk tilnærming. Malterud og Kvale & Brinkmann har i denne oppgaven bidratt i samspill. Malterud med overblikk i kvalitativ forskning og Kvale & Brinkmann med detaljer i den kvalitative analyseringen. Det har vært et vesentlig samspill for å oppnå en fornuftig forståelse i eget arbeid.

3.5.1 Bearbeidelse av innsamlede data

Bearbeiding av innsamlede data foregikk i hovedsak gjennom transkribering før selve analysen. Malterud (2013) beskriver transkripsjon som et indirekte bilde av virkeligheten, mens Kvale & Brinkmann (2015) beskriver det som å transformere noe, og å skifte fra en form til en annen.

Når intervjuene omskrives fra muntlig til skriftlig form vil intervjusamtalene bli strukturert og dermed bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann 2015). Jeg utførte all transkribering på egenhånd. Syv intervjuer ble gjennomført og intervjuene hadde avvik på omtrent tretti minutter mellom det korteste og det lengste intervjuet. Transkripsjonen ble gjort ved å spille av lydopptaket og sette det kontinuerlig på pause mens skrivingen pågikk. På dette tidspunktet var materialet aidentifisert ved at personlige opplysninger om intervjupersonene, som navn, ikke på noen måte var knyttet til verken lydopptakene eller det transkriberte materialet. Disse var kun merket med tall fra en til sju i tilfeldig rekkefølge.

Det måtte ofte spoles tilbake for å sjekke at alt ble skrevet ned ordrett. Fokuset i transkripsjonen lå i ordrett avskrivning. I tillegg er tenkepauser og ord med ekstra trykk uthevet. All transkripsjon ble skrevet ned i et word-dokument på privat pc.

Etter fullført transkribering ble materialet sendt til veileder for en gjennomlesning. Deretter ble det planlagt veiledningstime der jeg og veileder reflekterte rundt transkriberingen og veien videre i analysen.

Den kvalitative analysen avhenger av at materialet er sammenfattet til en nedskrevet tekst på en håndterbar måte (Malterud 2013). Struktureringen som gjøres i transkriberingen kan sees på som en begynnelse på analysen (Kvale & Brinkmann 2015).

3.5.2 Analyse og fortolkning

Selve analysen ble satt i gang etter ferdigstilt transkribering. Likevel ble tanker og refleksjoner om analysen påbegynt allerede under intervjuene.

Gjennomlesning av transkribert materiale ble neste trinn i analyse prosessen. Først en rask gjennomlesning, deretter flere grundige gjennomlesninger med nedskrivning av notater, og til sist ble førsteinntrykket diskutert med veileder. Førsteintrykket innebar først og fremst en nysgjerrighet over funnene og en spenning knyttet til det. Det var mye å forholde seg til i

forhold til sortering og strukturering av funn, samt at det ble bevissthet om at materialet gjerne kunne vært av større omfang.

En prosess om å finne meningsbærende enheter ble satt i gang som beskrevet i kapittel 3.5. Tre hovedtemaer ble valgt ut ifra forskningsspørsmålene. Hvert hovedtema representerer hvert sitt forskningsspørsmål. De utvalgte hovedtemaene var empowerment ved brukermedvirkning, mestring og motivasjon. Temaene både overlappet hverandre og skilte seg tydelig ut til en kategori. Denne delen av analysen kan tenkes å være selve abstraksjonen i oppgaven fordi det omhandler refleksjoner som skal føre til sortering av meningsbærende enheter og dermed tanker om fellestrekk. De meningsbærende enhetene har ført veien fra ulike temaer til koder og sortering. Det har også inneholdt kondensering gjennom overføring fra koder til mening (Malterud, 2013). Inspirasjon til denne strukturen er hentet fra Malterud (2013)'s oversikt om «intervjuguide → tema → kode → kategori».

Etter flere runder med gjennomlesning og fargekoding av enheter ble essensen av hvert intervju oppsummert i en kort avhandling. Prosessen gikk her over til kondensering gjennom en omformulering fra kode til mening. Deretter ble ord og utsagn notert ned på et eget ark i sorterte kategorier. De meningsbærende enhetene ble deretter satt i system med tre hovedkategorier og fire underkategorier til hver hovedkategori. I systemet ble utsagn og setninger komprimert til kortere utsagn og til slutt kategorisert. De utvalgte meningsbærende enhetene er som følger i tabell 2 om «meningsbærende enheter».

Tabell 2 meningsbærende enheter. Inspirasjon hentet fra Malterud (2013)

HOVEDKATEGORI	UNDERKATEGORI
Empowerment gjennom brukermedvirkning i helsesamtalen (MI)	Bruker som ekspert på seg selv
	Medvirkning
	Maktomfordeling fra fagpersonell til bruker
	Empowerment ved økt kontroll over egen helsetilstand
Opplevelse av mestring og OAS i helsesamtalen (MI)	Opplevelse av meningsfullhet i/etter helsesamtalen
	Opplevelse av situasjonen som forståelig
	Opplevelse av endringsprosessen som håndterbar
Opplevelse av motivasjon i helsesamtalen (MI)	Tanker om motivasjon under helsesamtalen
	Motivasjon for å starte endringsprosessen
	Motivasjon for å gjennomføre frisklivsresepten
	Motivasjon for veien videre
Endringsprosess gjennom helsesamtalen (MI)	Opplevelse av helsesamtalen som påvirkning til endring

Kvale & Brinkmann (2015)'s hermeneutiske fortolkningsprinsipper ble benyttet som veiledning i analysen. De har inneholder følgende:

- Det begynner med den hermeneutiske sirkel. Den kan anses som en kontinuerlig frem – og tilbake prosess (Kvale & Brinkmann, 2015), og fungerer som en spiral som åpner opp for en mer og mer dyp forståelse av meningen, og kan i denne sammenheng tenkes å være et overordnet blikk på analysen. Det har kommet frem i masterstudien gjennom stadig nye refleksjoner og dypere forståelse av studiens funn og metodiske tilnærming.
- Trinn to innebærer at meningsfortolkningen ender når man kommer til et punkt der det er en indre enhet i teksten (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne oppgaven handler det om sorteringen av meningsbærende enheter og fortrolighet om at sorteringen er rett. Prinsippet har bidratt til overordnet innsyn og sammenfatning av fortolkningen.
- Testing kommer som et tredje prinsipp og består av testing av delfortolkninger i forhold til tekstens mening og eventuelle sammenligninger med andre tekster (Kvale & Brinkmann, 2015). I masterstudien innebærer det forankringen av studiens funn mot tidligere forskning på samme emne. I tillegg inkluderer det de meningsbærende enhetene satt i system og benyttet som en slags delfortolkning, mens sammenligningen med andre tekster fremkommer gjennom drøfting mot tidligere forskning.
- Prinsippet om autonomi handler om at teksten bør forstås ut ifra sin egen referanseramme og hva teksten sier om et bestemt tema (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne masterstudien er det transkribert med fokus på nøytralitet, og med et kritisk blikk til egen forforståelse. Fortolkningene kan innebære større forståelsesramme enn intervjupersonen egen. Men dette kan allmenn kunnskap inkluderes utover uttalelsene innhold, og uttalelsene kan dermed presiseres og berikes med ytterligere kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Her trekkes de teoretiske perspektivene inn og drøftes med studiens funn.
- Det femte prinsippet omhandler kunnskap om temaet og kan knyttes til teoretisk forforståelse og det teoretiske perspektivet som materialet er lest gjennom (Kvale & Brinkmann, 2015). Det innebærer at uttalelsene kan krydres med teoretisk forståelse og inkludering av teoretiske perspektiver (Kvale & Brinkmann). I masterstudien er det tolket som at fordypelse i kunnskapen som er relevant til oppgavens hensikt og forskningsspørsmål er vesentlig.

- Prinsipp seks innebærer at en tekst ikke er forutsetningsløs og at det ikke er mulig å tre helt ut fra egen forforståelse, men at man kan være bevisst og ta nødvendige hensyn (Kvale & Brinkmann, 2015). Det innebærer selvforståelse gjennom at man forsøker å ivareta formuleringene av det intervjupersonen selv oppfatter som meningen med sine uttalelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette kan virke utfordrende da intervjupersonen mening kun kommer frem gjennom uttalelsene i intervjuet. Det er tatt hensyn til i masterstudien gjennom utarbeidingen av intervjuguide, forskningsspørsmål og fortolkning.
- Det syvende og siste prinsippet forteller at enhver fortolkning rommer fornyelse og kreativitet. Det handler om at fortolkningene strekker seg utover det umiddelbare og styrker forståelsen gjennom å frembringe nye syn og innspill, slik at også tekstens mening utvides (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne oppgaven har dette prinsippet handlet om drøfting av intervjufunn med tidligere forskning og teoretiske perspektiver. Det er tolket som tillatelse til å fortolke studiens funn med formål å relatere det til studiens hensikt.

3.6 Validitet og reliabilitet i masterforløpet

Reliabilitet betyr pålitelighet og hvor pålitelige resultatene er (Kvale & Brinkmann, 2015). Det handler om forskningens konsistens og troverdighet. Hvis den samme målingen foretas mange ganger er den reliabel hvis vi får det samme svaret hver gang (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er kanskje ikke mulig i kvalitativ forskning, men man kan gjøre så godt man kan for å likevel skape troverdighet. I intervjuprosessen har det handlet om å gjøre godt begrunnede etiske og metodiske valg, i tråd med forskningsetiske hensyn. I transkripsjonsprosessen kan det forekomme ulike oppfatninger fra ulike personer. Det kan også oppdages nye funn ved flere gjennomlesninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor ble det valgt å lytte gjennom lydopptakene flere ganger i transkriberingen. Hensyn i forhold til reliabilitet har videre inkludert metodisk forankring i henhold til tidligere forskning, teoretisk perspektiv og studiens funn. Den metodiske forankringen har med andre ord vært viktig for masterstudiens reliabilitet.

Validitet betyr gyldighet og handler om hvor godt man klarer å måle det man har som hensikt å undersøke (Malterud, 2013). Det handler om tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering, de syv stadiene av validering (Kvale

& Brinkmann, 2015), som er redegjort for i kapittel 3.3.1. Validitet innebærer fornuftige og overbevisende argumenter, det handler om hvorvidt en metode er egnet for å undersøke det den skal, og det omhandler vitenskapelig forskning (Malterud, 2013). Det er tolkningen av dataene som valideres. Det handler om hva studien forteller om og hvilken overførbarhet funnene har (Malterud, 2013). «Hva er en korrekt transkripsjon?» er ifølge Kvale & Brinkmann (2015) et umulig spørsmål å svare på. Det finnes ingen objektiv og sann oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Det kan heller stilles spørsmålet «hva er riktig transkripsjon for min forskning?». Ordrette transkripsjoner er viktig for å kunne gjennomføre analysen. For den psykologiske fortolkningen er det relevant å inkludere pauser, gjentakelser og tonefall (Kvale & Brinkmann 2015). Dette er tatt hensyn til og prioritert i oppgavens transkriberinger.

3.6.1 Forskningsetiske overveielser og betraktninger

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) preger etiske problemstillinger hele forløpet i en intervjuundersøkelse. Problemstillingene oppstår fordi man utforsker menneskers privatliv og videre legger beskrivelsene ut i det offentlige (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kan dermed handle om å ivareta menneskers integritet og verdighet, samt unngåelse av å bruke mennesker som et middel for forskningens og samfunnets skyld. Retningslinjene Kvale & Brinkmann (2015) beskriver innebærer informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle som konsekvent overveid og gjennomtenkt gjennom helse prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Helsinkideklarasjonen, helseforskningsloven og forskningsetikkloven er benyttet som forskningsetiske retningslinjer. Denne masterstudien faller riktignok utenfor helseforskningsloven da det ikke var krav om å søke REK.

Helsinkideklarasjonen belyser noen generelle etiske krav i forhold til forskning.

Helsinkideklarasjonen omhandler blant annet anonymisering av detaljer for å ivareta personlige opplysninger og å behandle sensitive data med forsiktighet (Helsinkideklarasjonen, 2013). Informert og frivillig samtykke skal gis og belysning av nytteverdi og eventuell risiko må forekomme. I hele intervjuprosessen skal ansvaret ligge på forskeren. Det må forekomme forhåndskontroll av uavhengige komiteer, det skal være demokratisk kontroll, og hensyn må tas til sårbarhet (Helsinkideklarasjonen, 2013). Ut ifra helsinkideklarasjonen befinner masterstudiens intervjupersoner seg ikke i en sårbar gruppe. Det kan likevel tenkes at en person som har utfordringer med sin livsstil og manglende evne til å mestre den på egenhånd

likevel vil føle seg sårbar. Det ønskes å ta hensyn til dette. Masterundersøkelsen skal ikke være en belastning for deltakerne, men ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan det etter et endt intervju oppstå anspenhet hos intervjupersonene fordi de har åpnet seg personlig og emosjonelt, og en følelse av tomhet etter å ha delt mye om seg selv kan oppstå. Oftest rapporteres det om at intervjuet har vært en berikelse, og at det følte godt å kunne snakke åpent og dele. Intervjuer bør derfor være åpen for at ulike respons kan komme fra intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det informerte samtykke står sentralt i helsinkideklarasjonen (Helsinkideklarasjonen, 2013). Det informerte samtykke setter hensynet til det enkelte individ først. Krav som må tilfredsstilles for at intervjupersonene kan gi sitt samtykke er at de må være kompetente og forstå hensikten og konsekvensene av deltakelsen, de må kunne vurdere egen situasjon, de må gjøre en selvstendig og frivillig avgjørelse om de vil delta og de må frivillig kunne kommunisere sin avgjørelse (Ruyter, 2003). I denne intervjuundersøkelsen var alle intervjupersonene samtykkekompetente til det informerte samtykke. Konfidensialitet og aidentifisering ble ivaretatt ved at intervjupersonene i notater ble oppnevnt ved et tall. Det representerte tallet og navnet til intervjupersonene ble holdt separate. Et håndskrevet skjema inneholdt navn og tall, mens et annet håndskrevet skjema inneholdt tallet nummerert på transkripsjonen. Disse to skjemaene ble oppbevart i papirform i to forskjellige mapper og ble oppbevart innelåst. Under transkriberingen ble kun tallet og transkribert tekst oppbevart i dokumentet på en ekstern minnepenn, aldri med navn. Lydopptak og transkribert materiale ble oppbevart på to ulike enheter.

En telefonsamtale ble gjennomført med REK (regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), og det ble bestemt at det skulle sendes inn en «fremleggingsvurdering». Dette ble gjort fortløpende og det ble vurdert at prosjektet ikke var fremleggs pliktig og at prosjektet kunne iverksettes. Svaret fra REK om dette var som følger: *«I henhold til helseforskningslovens § 4 forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. REK har vurdert at formålet med prosjektet ikke vil gi direkte ny kunnskap om sykdom eller helse. Prosjektet faller dermed utenfor bestemmelsene i helseforskningsloven, jf. helseforskningslovens § 4. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig for REK.»* Meldingen kan sees i vedlegg 6.

Ifølge NSD (norsk senter for forskningsdata) behøves det ikke å melde inn prosjektet dersom det kun skal behandles anonyme data. Det står videre at det skal meldes hvis personopplysninger skal samles inn gjennom lydfiler, men at et anonymt datamateriale ikke inneholder personopplysninger (NSD, 2017). Dette ble oppfattet som at søknad til NSD ikke behøvedes, men ble sendt inn likevel for helgardering. Søknad ble sendt inn i samråd med veileder. Prosjektet ble godkjent og jeg fikk klarsignal til å sette i gang. En endringsmelding ble gjort på bakgrunn av utfordringer med rekrutteringen og innebar en justering av inklusjonskriterier. Svaret fra NSD om dette var: *«Det er ikke så store endringer det er snakk om her, og det vil ikke endre noe vesentlig ved tilrådingen vår. Jeg kan registrere i systemet vårt at du endrer rekrutteringsprosess»*. Senere kontakt med NSD innebar status for behandling av personvernopplysninger og bekreftelse på slettet eller anonymisert materiale fordi det ifølge innmeldingen av prosjektet nå skulle blitt gjort. Dette ble bekreftet da både lydopptak og transkribert materiale var slettet fra eksterne minnepinner, og kun utskrift av transkripsjonstekst uten navn, nummer eller andre personopplysninger var tilstede. Melding fra NSD kan sees i vedlegg 7.

En Sony diktafon ble kjøpt til lydopptaket for intervjuet. Diktafonen ble oppbevart i et låst skap utenom ved selve intervju situasjonen. Ved avspilling av filen på datamaskin ble internett- tilkoblingen avsluttet midlertidig. Etter transkriberingen ble datamaterialet slettet fra lydopptakeren og lydopptakeren ble destruert. Notater som inneholdt noen form for informasjon om intervju personene ble makulert.

Risiko (ulemper) og nytteverdi (fordeler) skal belyses og formidles til intervju personene før intervjuet begynner og de fremmes i samtykkeskrivet (Kvale & Brinkmann, 2015). I utgangspunktet var det ingen ulemper med å delta i denne intervjuundersøkelsen, men som Kvale & Brinkmann (2015) nevner, så vet man aldri på forhånd hvilke dører man kan komme til å åpne uten hensikt. Varsomhet i framtoning ble valgt både under utarbeiding av intervjuguide og under selve møte med intervju personene. Aktuell informasjon ble gitt på forhånd og det ble avsluttet med en briefing.

4.0 PRESENTASJON AV EMPIRISKE FUNN

Empiriske funn har kommet frem etter gjennomføring av 7 semistrukturerte intervjuer, transkribering og analyse med sortering av meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er utvalgt ut ifra oppgavens forskningsspørsmål. Videre i fremstillingen av funn vil det komme frem sitater fra intervjuene tilknyttet ulike forskningsspørsmål og meningsbærende enheter som er benyttet i analysen. MI blir i fremstillingen omtalt som helsesamtale. Intervjupersonene forteller om opplevelser av helsesamtalen, opplevelser av helsesamtalens påvirkningskraft på endringsprosessen de har gått gjennom og om helhetsopplevelser ved frisklivssentralen. Inndelingen i kapittelet struktureres etter analysens hovedkategorier. Funnene baseres på svarene som ble delt etter 11 hovedspørsmål som kan leses i vedlegg 3, i tillegg til noen spontane oppfølgingsspørsmål.

4.1 Empowerment gjennom brukermedvirkning i helsesamtalen (MI)

4.1.1 Bruker som ekspert på seg selv og medvirker

En Intervjuperson ytret tidlig at hun selv visste hva hun trengte: *«jeg trenger et lavterskel tilbud»*. Frisklivssentralen er nettopp dette og hun fortalte opp noe hun hadde oppdaget underveis: *«du tror du egentlig er verdensmester, men kroppen din er helt nedkjørt»*. Hun fortalte om gode opplevelser av situasjonen i helsesamtalen: *«hun var der for meg, og hun visste ... hva jeg sleit med da»* (...), om hvordan hun ble møtt: *«respekt, og at det var ... akkurat sånn som jeg har det nå»* (...) og hvordan hun opplevde sin frisklivsveileder i samtalen *«jeg er en del helsebevisst sjøl så hun akseptere tankene mine som gode tanker»*.

Hun forteller om å ha blitt møtt akkurat der hun er og med respekt. Hun fortalte om opplevelse av anerkjennelse for sine egne tanker om sin helse. Hun var selv bevisst på hva hun trengte og at hun ble sett.

En annen intervjuperson forteller om utfordringer med å gjenfortelle sin opplevelse av helsesamtalen: *«det er jo litt sånn som kan være ekkelt å tenke på. At det blir litt sånn dårlig stemning akkurat inni her»*. Han snakket om en magefølelse, og er også rask med å tilføye: *«men jeg synes egentlig det bare er positivt til sist»* om følelsen som kom mot slutten av samtalen. Han beskriver videre om at han trenger tid på seg i endringsprosessen og å møte medgang og forståelse hos frisklivssentralen for det: *«og så prøver jeg å skynde meg*

langsomt. Ja, for det er viktig tror jeg» (...) «den veien har jo gått MED meg, så jeg er veldig fornøyd».

En tredje intervjuperson var tydelig bevisst på at hun selv var sin egen ekspert. Hun fremsto trygg på seg selv og egen kunnskap, samtidig som det for meg kunne virke som at det var en slags forsvarsmekanisme. Intervjupersonen omtalte helsesamtalen som hyggelig, men opplevde ikke i like stor grad å bli sett som første intervjuperson grunnet frisklivsveilederens mangle kunnskap om hennes sykdom: *«jeg mener jo sjøl at jeg er forholdsvis oppegående på trening, for det har jeg drevet med i mange år av livet» (...) «jeg hadde ingen forventninger om at hun hadde noe kunnskaper om min sykdom, for det er det nesten ingen som har. Og det stemte jo ... jeg skulle ønske at dem hadde det. At dem på en måte hadde satt seg mere inn i det når ... før man kommer (...) jeg tror kanskje ikke det er på den arenaen her at jeg blir utfordra, jeg tror jeg må inn på andre arenaer».*

En uttrykte tydelig, og omtrent på en skamfull måte, hvordan hun visste hva sin utfordring innebar og hva hun måtte gjøre for å få det bedre: *«jeg veit jo hvorfor jeg er uføretrygda, jeg veit jo hva som feiler meg, og jeg veit jo hva jeg må gjøre for å få det bedre».*

Intervjupersonen forteller videre at hun er bevisst jobben skal gjøres, men trenger drahjelp: *«det er ikke noen andre som kan komme inn og bare gi meg bedre helse eller tynnere og mindre mage eller bedre kondis. Det må jeg gjøre sjøl. Men det er greit å bli motivert til å gjøre det».* Hun tar kontroll over egen situasjon og vet selv hvilken støtte som trengs og får anerkjennelse fra sin veileder: *«jeg opplever jo at veilederen min ser at jeg har koll».*

En femte intervjuperson beskriver å ha opplevd seg selv som ekspert på egen helse gjennom helse prosessen: *«det har hele tiden vært JEG som har bestemt»*, og en femte intervjuperson oppgir lignende opplevelse *«du bestemmer jo sjøl hva ditt mål er»*, mens en annen forteller om trygg kompetanse på egen kropp og å bli møtt med anerkjennelse for dette: *«jeg hadde god innsikt i min egen kropp. Og det fikk jeg full forståelse for i samtalen».*

Samtlige intervjupersoner beskrev opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv, men når vi kom inn på spørsmål som omhandlet medvirkning beskrev mange opplevelser av å bli sett og hørt. En intervjuperson fortalte i møte med sin frisklivsveileder i helsesamtalen: *«hu hadde sånne spørsmål som gikk rett inn sånn som jeg hadde det» (...) «spørsmåla traff meg.....for du har jo ofte svara sjøl veit du» (...).* Det ble også nevnt at det opplevdes: *«trygt»* og at: *«jeg følte at jeg fikk sagt sånn som jeg hadde det».*

En annen intervjuperson fortalte om en «vi-holdning» med sin veileder: «*åssen VI skal gjøre det*» og videre om samspillet mellom seg selv og frisklivsveileder: «*og så gir hu med noen hint og så justerer jeg litt*».

Om frisklivsveileder som samtalepartner ble det sagt: «*jeg trengte noen til å løfte meg opp da, og da var det jo godt å ha prate med et menneske som skjønner seg på det*» av en intervjuperson om sin opplevelse av medvirkning.

En annen intervjuperson fortalte følgende: «*jeg synes jeg blir respektert*» på spørsmål om medvirkning. Videre fortalte hun: «*så kan jeg få lov til å styre det sjøl*». Videre på spørsmål om medvirkning fortalte intervjupersonen at: «*det handler jo også om tillitt. Jeg føler jo aldri at den har blitt brutt. Og derfor så føler jeg at jeg kan åpne meg mer og mer*». Tillitt var tydelig en viktig døråpner for å dele om egen situasjon.

En fortalte på spørsmål om medvirkning: «*det var helt på mine prinsipper da*» (...) *ja dem i ivaretok deg da, og det var du sjæl som måtte sette forpliktelsene*». Denne intervjupersonen beskrev tydelig om ivaretagelse og medvirkning i egen endringsprosess. En siste intervjuperson fortalte om opplevelse i helsesamtalen: «*da får du litt tilbakemelding på... Hvordan det er og åssen du SJØL synes det har vært*» i spørsmål om medvirkning.

4.1.2 Maktomfordeling og empowerment-følelse

Maktomfordeling fra fagpersonell til bruker virker å komme frem i samtlige intervjuer. Det kommer godt frem at frisklivsveilederne fremtrer med empatisk kommunikasjon og at brukerne ikke skal pålegges formaninger. Dette kommer for eksempel frem i et sitat der deltager beskriver veileders fremtoning på et problem: «*men synes du det er ditt ansvar da? Istedenfor å si det er jo ikke ditt ansvar. Da har jeg jo svaret sjøl*».

Et annet sitat fra en intervjuperson om maktomfordeling var: «*at vi hele tiden prøver å strekke oss til å gjøre noe som er bra for oss sjølv da. Som er riktig for oss. Det føler jeg er ånden på frisklivssentralen.*» Flere intervjupersoner meddelte at «*jeg ble mottatt med respekt*». Dette var en tydelig gjenganger i intervjuene.

En annen form for maktomfordeling kom frem i følgende sitat: «*jeg synes veilederen min er veldig flink til å veilede liksom, og bare stille de rette spørsmålene og bare ... la meg få lov til*

å komme inn i det da, og bestemme tempoet selv». Bruker fortalte om å oppleve kontroll og samtidig få den hjelpen hun trenger.

En annen intervjuperson beskrev at «dem tok hensyn» og uttrykte å ha bli sett og hørt, mens en siste intervjuperson ytret følgende om omfordeling av makt: «jeg skulle ønske de pårørende rundt meg kunne blitt med en gang eller to, for at de kanskje kunne skjønt litt mer hva det handler om». Dette ble ikke gjennomført og vedkommende bestemte seg etter intervjuet og ta opp dette på nytt som et tema for endring ved sin frisklivssentral.

En intervjuperson snakket om endring fra første til siste helsesamtale: «det var ganske interessant å sammenligne ... da skjønner du at det har skjedd noe». Det var snakk om at sammenligning ved oppstart og avslutning av frisklivsresepten var en vesentlig åpenbaring for henne, som plutselig kunne se en endring som ikke var oppdaget før da. En annen intervjuperson beskrev om egen helsetilstand etter helsesamtale at: «jeg tror det er viktig at det er samme person som du har møter med, det er en trygghet». Trygghet kom frem som noe viktig.

En intervjuperson fikk spørsmål om flere helsesamtaler var noe den kunne tenke seg og svaret var: «hvis jeg kjenner at det kan være viktig med en samtale, at det er det igjen jeg sitter igjen med, og ... og kunnskap og erfaring». Tankemønster kom frem fra en annen intervjuperson: «Jeg har jo på en måte endra tankemønsteret. Jeg er mye mer Lettere til sinns». Hun snakket om opplevelsen av egen helse etter helsesamtale. Usikkert om man kan kalle dette økt kontroll, men eventuelt økt livskvalitet. En annen intervjuperson uttrykte at det som gav kontroll var: «det måtte jo være det å få det på papir da. Og få den forpliktelsen». Altså det å forplikte seg til noe fast som ikke bare innebar den selv var essensielt.

En intervjuperson beskrev følgende: «det jeg synes har vært veldig fint, det er at hvis jeg setter meg for høye mål, så er det ingen som sier at «nei det blir altfor høyt». Jeg kan på en måte finne det ut sjøl da». Videre fortalte intervjupersonen om konkrete mål: «for et drøyt år siden så bestemte jeg meg bare for å begynne å gå en tur en gang i uka... mens nå går jeg tur to ganger i uka... Og nå gjennomfører jeg det hver uke». Denne intervjupersonen uttrykte tydelig økt kontroll over egen helsetilstand.

En siste intervjuperson beskrev endringer i sitt tankemønster under helsesamtalen «helsesamtalen har vært med å spille inn... Den har gjort at jeg har blitt streng på

treningstidene mine». Faste rutiner ble poengtert som viktig for opprettholdelsen av gode vaner.

4.2 Opplevelser av mestring og OAS i helsesamtalen (MI)

En intervjuperson forteller om både blitt sett og hørt, samt opplevelse av mestring gjennom følgende sitat: «å snakke med et nøytralt menneske her som... forstå åssen jeg hadde det, visste hva jeg snakka om og.... Det var så utrolig deilig å ha en som ... ja, visste hva det..... var da» (...) «jeg opplever at jeg har nådd måla mine». Helsesamtalen hadde tydelig bidratt til måloppnåelse.

En annen forteller om meningsfullhet gjennom belønning er underveis «*jeg fikk en nøkkel her så jeg kan låse opp hver gang når vi skal ha treninger onsdag kveld og hun gir meg noen sånne guleroter ikke sant!*» det blir videre sagt ting som «*så ser du jo at det har gått litt framover*» (...) «*i ettertid så ser jeg jo at det HAR jo gått mye bedre*» (...) «*jeg ser framover, og så er det en god erfaring*» (...) «*for meg er det mestring det skjønner du. For jeg, jeg får liksom sånn «JESS!», og det er bra og det er viktig*».

En intervjuperson fortalte om opplevd meningsfullhet i helsesamtalen: «*Og etter hvert så ble vi jo en... en gjeng som.... som jeg følte at jeg hadde litt sosial tilhørighet med*». Denne intervjupersonen fortalte om at den opplevde ensomhet. En annen fortalte følgende: «*så jeg har rett og slett bare tatt hensyn og lytta til kroppen*» (...) «*jeg endelig har slutta å røyke*» (...) «*målet er jo å være i god form. Og jo, jeg er i bedre form både fysisk og psykisk*». Det hadde tydelig skjedd en endring for denne intervjupersonen etter helsesamtale og frisklivsresept. Videre ble det fortalt av en annen intervjuperson: «*når jeg på en måte kan si atte NÅ skal jeg gjennomføre det. Og så har jeg på en måte klart å holde på det*». Den fortalte også at: «*jeg tror kanskje tankene mine har endra seg til noe mer positivt*».

En annen intervjuperson fortalte om en skepsis i forkant av helsesamtalen og en endring underveis i samtalen: «*det var jo veldig... behagelig liksom, og ikke noe fordomsfullt da*». Men en siste intervjuperson snakket om en endring: «*formen DEN ble mye bedre! Og det påvirker både at det blir positivt og... selv om man blir sliten og får litt vondt, så blir du mer positiv*» (...) «*jeg ble veldig innstilt på å fortsette å trene.... Så jeg ønska jo å fortsette, og det har jeg gjort og*».

Forståelighet over sin helsetilstand ble beskrevet som en anerkjennelse over egen helsesituasjon: «*og så bare, innse at jeg ikke orka det*». Hun snakket om å innse egen kapasitetsgrense. En annen intervjuperson snakket om ny oppfattelse over egen helsesituasjon etter helsesamtalen og fortalte følgende: «*jeg har lært meg å trives på en annen måte*».

En beskrev forståelighet over situasjonen slik: «*det som også var veldig vanskelig for meg, det var å komme i en situasjon der jeg også kunne få litt sosial kontakt*». Videre fortalte en intervjuperson: «*det har påvirket meg sånn at jeg er mye mer klar over egen situasjon, sånn at jeg ikke lever i benektelse liksom*». Begge disse intervjupersonene fortalte om en anerkjennelse over egen situasjon viktig i helsesamtalen. En annen snakket om en forståelse for selvbestemmelse: «*JEG må på en måte bestemme det selv, og da er det lettere å gjennomføre ting og*». Hun hadde uttrykt å ha forstått at den selv måtte gjøre endringen.

Forståelighet over egen helsesituasjon gjennom helsesamtalen ble også beskrevet slik: «*det har jeg jo kanskje lært meg at.... Det å gå veldig hardt ut da... det lykkes jeg ikke med*». Og en syvende intervjuperson fortalte følgende om samme tema: «*jeg fikk være med på det jeg klarte, og var det noe jeg ikke klarte så sto jeg bare over litt grann og gjorde andre øvelser*». De ble fortalt om ny erfaringsbasert kunnskap.

Flere intervjupersoner fortalte at helsesamtalen har bidratt til endret tankemåte og at flere i nettopp den situasjonen begynte å føle en form for håndterbarhet over situasjonen. En fortalte om hvordan den opplevde egen helsesituasjon etter helsesamtale: «*jeg begynner å bli litt sterkere*» (...) «*det og er sånn fint egentlig. At ikke alle er verdensmestere med en gang*». Hun virket å slå seg til ro med å være tålmodig og opplevde en form for mestring over situasjonen av den erkjennelsen.

Av en annen intervjuperson ble det ytret en slags åpenbaring som hadde gått opp for han etter helsesamtale: «*da ser du at det har gått framover, at det går rette veien*» (...) «*Aldri gjort det før! Og jeg trives veldig godt med det*». Det var tydelig skjedd en endring og intervjupersonen uttrykte positivitet rundt det. En annen hadde tilsynelatende kontroll selv, og opplevde i stor grad håndterbarhet over situasjonen: «*jeg mener jo sjøl at jeg er ganske oppegående, og... tak i livet mitt sjøl, sånn som det har vært. Og skjønner mitt eget beste i forhold til den sykdommen*». Likevel hadde denne intervjupersonen valgt å delta på frisklivssentralen på eget initiativ.

Et utsagn om håndterbarhet var som følger: *«Det har jo påvirket meg positivt, at jeg TENKER mer positivt. Og har mer innsikt i egen helse»*. Dette fortalte en intervjuperson om hvordan hun opplevde situasjonen sin som håndterbar. Denne intervjupersonen håndterte sin helsesituasjon helt annerledes etter helsesamtalene enn før gjennom endret tankemønster og aksept over egen helsesituasjon. En annen fortalte om en prosess som etter helsesamtalen hadde skapt bevisstgjøring: *«tankene har jo alltid vært der, men etter hvert så har det på en måte vært lettere å komme inn i, bestemme seg for å gjøre ting da»*. Det samme fortalte en annen intervjuperson: *«jeg er jo mere aktiv. Asså mere, ikke minst bevisst mere bevisst»*.

En siste intervjuperson oppsummerer godt om håndterbarhet til egen helsesituasjon: *«jeg tok hensyn til meg sjøl»*. Noe som var en merkbar endring etter helsesamtale ved at hun hadde begynte å ta hensyn til eget behov framfor å la seg styre av omgivelsenes forventninger.

Flere av intervjupersonene fortalte om å finne motivasjon i løpet av helsesamtalen gjennom et endret syn på egen helse og endring i hvordan de videre valgte å møte sine utfordringer. En intervjuperson sa: *«det er bare måten dem spør på. Det gjør at du begynner å tenke i en annen bane (...) «så har jeg vel det året lært mye, om meg sjøl»*. En annen snakket om en viss lettelse etter helsesamtalen: *«for da detter skuldrene litt ned»*.

De hadde alle ulike årsaker til sin deltakelse ved frisklivssentralen og en snakket om at samtalen gjorde at hun fikk håp for fremtiden: *«det gav meg håp om at jeg skulle få et litt mer sosialt liv»*. Helsesamtalen var altså et bidrag til nytt håp. En intervjuperson snakket om hvordan helsesamtalen påvirket måten å se ting på i et nytt lys: *«det setter ting i perspektiv»*, og en tredje fortalte om å komme seg framover: *«jeg føler jo at jeg hele tiden kommer litt videre, gjennom de samtalene»*. En siste intervjuperson beskrev sin opplevelse av helsesamtalen slik: *«det påvirker at det blir positivt»*. Dette representere oppsummerer godt en totalopplevelsen etter alle intervjuene. Til tross for noe kritiske tilbakemeldinger innimellom landet samtlige 7 intervjupersoner på at totalopplevelsen uansett var positiv fordi det gjorde noe med hvordan de valgte å tenke.

4.3 Opplevelse av motivasjon i helsesamtalen (MI)

På spørsmål om motivasjonen for å starte endringsprosessen i første helsesamtale beskrev intervjupersonene motivasjon på ulike måter. En fortalte om følelsen etter sin første helsesamtale: *«jeg følte når jeg gikk ut at «akkurat sånn», nå har jeg sagt akkurat åssen det*

er. *Jeg følte at jeg fikk sagt sånn som jeg hadde det. Og at hun forstod åssen jeg hadde det, nå, på en måte*». Hun fortalte videre om et viktig element: *«at det er noen som ser deg*». For denne intervjupersonen virket det tydelig viktig å få delt tankene og å bli sett for å trigge en motivasjon for å begynne endringsprosessen.

En annen intervjuperson snakket om å få motivasjon i form av kunnskapsrik innputt: *«det gikk ikke så veldig fort oppi her. Så jeg bare tok imot alt*». Han fortalte om kognitive utfordringer og stor åpenhet og mottakelighet for informasjon og råd. En annen fortalte om sin opplevelse: *«Jeg... trenger hjelp for å komme videre med... både fysisk og psykisk helse. Det har det hjulpet meg til!*». Dette ble fortalt om opplevelsen etter sine helsesamtaler og om motivasjonen for fortsettelse.

En intervjuperson delte om sin erfaring med motivasjon etter helsesamtalen: *«Det må jeg gjøre SJØL. Men det er greit å bli motivert til å gjøre det*». Hun hadde erfart at den selv måtte gjøre jobben, men at det var greit og fint å ta imot hjelp. To andre fortalte om at motivasjonen lå i en endring mentalt: *«det skjer noe med tankene da»* og *«da får man satt ord på tanker og følelser*». Dette om hva som de opplevde underveis i helsesamtalen.

En annen intervjuperson fortalte om en tydelig bestemmelse hun gjorde seg i løpet av helsesamtalen: *«nå skal jeg gjøre dette her»* og hun la trygg på det som omhandlet *«forpliktelsen*». En siste intervjuperson rapporterte om å finne motivasjonen på egenhånd, men oppsøkte frisklivssentralen for å få starthjelp: *«hadde vært dårlig, hadde vært sengeliggende i... nesten tre måneder for noen år tilbake, og prøvde å komme meg opp igjen. Så derfor ønska jeg å være med på friskliv*». Hun fortalte om et ønske om drahjelp for å komme i gang med en normal tilværelse igjen.

Mange av intervjupersonene fortalte om et positivt møte med frisklivssentralen, og mange gav uttrykk for at det sopplevde annerledes i møte med frisklivssentralen i helsesamtalen enn andre ting de tidligere hadde forsøkt. Det ble uttrykt en form for trygghet. En intervjuperson sa følgende om sin motivasjon for å gjennomføre frisklivsresepten: *«det er mange som meg*». Hun følte seg tydelig ikke aleine, og fortalte videre om anerkjennelse: *«du får bekreftelse også på en måte at det du tenker er bra da» (...)* *«at jeg kom hit, det var redningen for meg» (...)* *«det er et fantastisk sted» (...)* *«bare det å være sammen med andre som har det samme hjelper*». Samhold og anerkjennelse kom frem som viktige faktorer for gjennomføring.

En annen intervjuperson sammenlignet frisklivssentralen med andre typer treningsentre og sa: *«her er det jo helt annerledes»*. Hun snakket om en annen atmosfære og en annen måte å bli møtt på. En fortalte om at måten den ble møtt på var betydningsfull for å gjennomføre: *«så synes jeg det var VELDIG positivt å bli møtt på en sånn måte»*. Hun beskrev her møtet med frisklivsveileder i sin første helsesamtale.

En intervjuperson snakket om endret fokus på hvorfor den skulle trene: *«jeg ser jo viktigheten av å trene både kondisjon og styrke. Ikke for å SE bra ut, men for å VÆRE bra. Og når du trener så går det på det psykiske også. Du får det bedre»*. Det var tydelig at denne intervjupersonen hadde tatt til seg mye kunnskap, og at hun hadde endret tankemønster fra et utseendefokus til et funksjonsfokus.

Det ble også sagt av en intervjuperson om motivasjon for å fullføre: *«jeg har det mye bedre. Jeg er mere positiv, jeg tenker mer positivt, jeg klarer å gjennomføre de tingene jeg setter meg som mål»*. Denne intervjupersonen brukte ny tro på seg selv som motivasjon for å gjennomføre. En annen beskrev motivasjon for å gjennomføre frisklivsresepten slik: *«da jeg blir fulgt opp da eller har en forpliktende avtale der jeg på en måte må møte opp da, så gjennomfører jeg det som er avtalt på en måte» (...)* *«det er en modningsprosess i deg sjæl og at du kommer hit og forplikter deg da. Så ble jeg enda mere moden til å kunne gjennomføre» (...)* *«hele opplevelsen av å gå hit var positiv»*. Og en siste intervjuperson fortalt følgende: *«motivasjonen var definitivt der til å fortsette. Veldig sterk. For jeg skjønnte jo det at... jeg fikk en mye bedre hverdag»*. Bevissthet om at hverdagen var bedre med endringstiltak i forhold til egen helse ble tydelig en motivasjon.

De fleste intervjupersonene fortalte om god motivasjon for veien videre med nye verktøy for å håndtere sine utfordringer. En intervjuperson fortalte om hva helsesamtalen hadde bidratt med for motivasjon for veien videre: *«nå har jeg blitt mye mer tilstede her og nå... her og nå, det er det som gjelder»*. Hun fortalte videre om en ny bevissthet om eget behov: *«jeg må ha... stabilitet, eller bakkekontakt»* og om ny lærdom: *«at det går ann å skynde seg langsomt»*. Den rundet av med å dele en stolt og stor motivasjonsfaktor for veien videre: *«jeg er ikke ufør, jeg jobber»!* En annen intervjuperson fortalte følgende om motivasjon videre: *«navnet friskliv, det er ganske fint. «friskt liv», ikke sant» (...)* *«det er en helt ny verden.... Jeg har ikke tenkt på det før.... Det pusher meg hele tiden til å trene»*. Han hadde innsett at endringsprosess betydde å kunne leve et friskt liv, og at det var en ny måte å se det på.

En intervjuperson fortalte om en endret måte å snakke til seg selv på: «*Jeg er mye flinkere til å gi meg sjøl tillatelse istedenfor å gi meg sjøl dårlig samvittighet*». Hun fortalte om dette som en motivasjon for sin fortsettelse i endringsprosessen, mens en annen snakket om forbedret livssituasjon etter frisklivsresepten: «*livssituasjonen min er mye bedre*» og videre om kraften av helsesamtalen: «*for meg har det vært veldig positivt. En veldig positiv del av livet mitt*» (...) «*jeg har hatt ganske mange samtaler og kommer til å ha fler... så det ser jeg på som veldig positivt*». En annen intervjuperson snakket om motivasjon fordi det gav mening å fortsette: «*for å lykkes over tid da, så er det nok viktig å følges opp over tid også*». Hun snakket om kort varighet på frisklivsresepten og et ønske om forlengelse. Videre fortalte hun om en huskeregel for å opprettholde motivasjon: «*jeg har gjort det for et formål*».

Videre fortalte en intervjuperson om motivasjon for veien videre på grunn av en selvopprettede treningsgruppe som valgte å hjelpe hverandre med treningsmotivasjon etter endt frisklivsresept: «*når man slutter på friskliv så kan man få fortsette å være med på treningsgruppa vår*». Det ble fortalt som vesentlig for å mestre opprettholdelsen av endringen av levevaner. En siste intervjuperson fortalte følgende: «*jeg tror kanskje ikke det er på den arenaen her at jeg blir utfordra, jeg tror jeg må inn på andre arenaer*». Denne intervjupersonen fortalte om det å finne motivasjon som svært krevende, og mente selv at det var andre arenaer som passet den bedre.

4.4 Endringsprosess gjennom helsesamtalen (MI)

4.4.1 Helsesamtale for endring

På spørsmål som handlet om opplevelser helsesamtalen som mulig påvirkningskraft i intervjupersonenes endringsprosess svarte en «*ja, jeg har tenkt atte... at jeg kom hit, det var redningen for meg. For akkurat det, jeg visste ikke at det var det jeg trengte, men jeg har sett i ettertid at det var akkurat noe sånn som det her jeg trengte. Så... så jeg grøsser bare jeg sier det nå, for atte det er så viktig detta her!*» En annen fortalte: «*jeg trengte noen til å løfte meg opp da, og da var det jo godt å ha prate med et menneske som skjønner seg på det*».

Det ble av en presisert viktigheten av å ha samtalene med den samme veilederen: «*jeg tror det er viktig at det er samme person som du møter med, det er en trygghet*». En annen beskrev å ikke føle store endringer i tankesett, men i initiativ: «*det må være å få dratt meg litt mer utenfor døra*».

Bevissthet om egen helse ble av noen beskrevet som et viktig element for endring som kom frem i helsesamtalen: *«det har påvirket sånn at jeg er mye mer klar over egen situasjon, sånn at jeg ikke lever i benektelse liksom. At jeg er... jeg vet hva jeg skal gjøre og det er ingen andre som kan gjøre det for meg. Det har jo påvirket meg positivt, at jeg tenker mer positivt. Og har mer innsikt i egen helse»*. Varighet ble av en intervjuperson fremmet som viktig for endring da hun selv hadde fornyet sin frisklivsresept ytterligere etter de tre opprinnelige månedene: *«det er vanskelig å sette ord på akkurat hvordan endringsprosessen har vært, for det har skjedd så gradvis. Men... det skjer jo noe med tankene da, det gjør jo det. Jeg tror kanskje tankene mine har endra seg til noe mer positivt»*.

En intervjuperson fortalte om målsetting som et viktig punkt i helsesamtalen og som en trigger for endring: *«det var jo det å sette klare mål da. Og, asså snakke om liksom hva, hvorfor kom du hit, hva tenker du at du skal få ut av det da. Prøve å skrive det ned på papiret det her skal jeg klare. Eller, dette håper jeg å klare da, og jeg jobber for det»*.

4.4.2 Helsesamtale for endring med spor av nudging

Det som i nudging kan forstås som en kontrast til MI er det som omhandler tillitt. Nudgingen kan virke tillitsvekkende, men MI skal alltid være tillitsfullt. Andre ting som fremkommer som særtrekk, men som samtidig virker ganske likt som MI er at hensikten med nudging er å påvirke i en bestemt hensikt, samt at det er godhjerta manipulering. Gjennom funn fra intervjusamtalene kommer det frem at samtlige har opplevd situasjonen som tillitsfull og at de selv som intervjuperson har funnet svarene. Det flere derimot har nevnt er at de stadig har blitt «anbefalt» å gjøre ulike tiltak. En beskrev om å ha fått opplysninger og informasjon: *«jeg fikk opplyst om hva som var tilbudet» (...)* *«da fikk jeg bare informasjon om hva dem hadde av trening og sånn» (...)* *«jeg skulle få lov til å starte på varmtvannstrening»*. En annen fortalte om rådgivning i helsesamtalen: *«jeg får noen gode tips og noen gode råd og så får man litt motivasjon»*. En annen fortalte det samme: *«og så kan man få noen gode tips og råd»*. Informasjon og rådgivning kom frem som viktige elementer for endring.

Av en intervjuperson som hadde opplevd utmattelse ble det fortalt: *«det var så utrolig deilig å ha en som visste hva det med utmattelsessyndrom var da. At det er veldig vanlig, og at det ikke var noe hokus pokus, og at det kan ta tid og at jeg måtte være tålmodig. Og at jeg måtte slutte, ikke tenke på sånne harde treningsøkter, men at jeg måtte Så anbefalte hu meg*

pilates og å komme i gang med en gruppe med damer som hadde hatt kreft, som var i sånn fatigue da, det utmattelsessyndromet». Anbefalinger kom her frem på viktig for endringsprosessen. En annen fortalte: «det er bare måten dem spør på ... det gjør at du begynner å tenke i en annen bane (...))». Det var måten veilederen stilte spørsmål på som førte til at intervjupersonen endret tankemønster.

En intervjuperson fortalte: «og så gir hu meg noen hint og så justerer jeg litt, og så ser du at det har gått litt framover og det er veldig bra» «hun sier til meg at, kan vi ta en samtale på tirsdag til uka da? Om liksom, åssen ståa er. Og da er du jo litt klar for det da». Videre fortalte han om å oppleve utspørring i helsesamtalen og å bli dytta litt ut av komforsonen: «det er noen som sier at de ønsker ikke at vi skal grave i det lengre nå, det sykdommen vi har hatt og sånn, men jeg synes jo bare det er bra jeg å gjøre det». Han kaller det for graving, men summer likevel opp med at opplevelsen er positiv.

En intervjuperson fortalte om at hun i helsesamtalen ble satt litt på plass ved behov og at det var viktig for vedlikehold av hennes endring: «det er det derre med at noen ser deg og sier at, skjerp deg, eller «nå begynner det å gå den gale veien igjen»». I dette som omhandler nudging kan det tenkes at intervjupersonene har blitt nudged inn mot et valg, da det ikke ble beskrevet som at det ikke ser ut til at det ble spurt om tillatelse før rådgivningen ble gjort.

5.0 DRØFTING AV STUDIENS FUNN

I helsefremmende arbeid kan empowerment-tankegangen bidra til bedre livskvalitet (Gibson, 1991). Livskvalitet relateres til begreper som motivasjon, mestring og empowerment (Helsedirektoratet, 2010) og er en betegnelse på det å ha et godt liv (Barstad, 2014). Empowerment gjennom brukermedvirkning, mestring gjennom salutogenese og OAS, motivasjon for endring av livsstil, og nudging i helsesamtalen drøftes med studiens funn og teoretiske perspektiver i dette kapitlet.

5.1 Hvordan opplever brukerne ved frisklivssentralen empowerment gjennom brukermedvirkning i helsesamtalen ved frisklivssentralen?

I forskningsspørsmål 1 som omhandler opplevelse av empowerment og brukermedvirkning i helsesamtalen, nevnes det å bli møtt med respekt og annerkjennelse som en meningsfull gjenganger. Ifølge Tveiten & Boge (2014) kan respekt også forstås som en form for empowerment. Medvirkning, annerkjennelse og maktomfordeling i studiens funn blir drøftet her.

«Empowerment betyr ikke at mennesker bare skal klare seg selv og ha lov til å dø i rennesteinen, hvis de ønsker det». Dette forklarer Askheim (2012) med hensikt å skildre et vrengebilde av empowerment der brukere får dårligere hjelp på grunn av det store kravet til selvbestemmelse og brukermedvirkning (Askheim, 2012). Han stiller videre spørsmål vedrørende om brukeren egentlig vet sitt eget beste i den sårbare situasjonen den er i. Mennesket skal sees på som et aktivt og handlende individ som vet sitt eget beste så lenge forholdene legges til rette. Det kan kalles et humanistisk syn på helse- og sosialfaglig arbeid som deler empowerment-tilnærmingens ståsted (Askheim, 2012). Fagpersonellet er pålagt å ta hensyn til brukermedvirkning, og må dermed akseptere at brukeren selv kan gjøre valg som fagpersonen ellers ville ha hindret. Her problemstilles fagpersonellets umyndiggjørende omsorg og hvorvidt den er etisk forsvarlig (Askheim, 2012). En intervjuperson snakket om egen kompetanse og beskrev frisklivsveileders kompetanse som mangelfull. Denne opplevelsen kan trolig forklares ut ifra Askheim (2012) sin teori. Kanskje har frisklivsveilederen i denne settingen nettopp fokusert på annerkjennelsen av brukerens kompetanse om seg selv og vært redd for å trække over en grense. I den forstand kan man undres om opplevelsen av helsesamtalen ville vært en helt annen hvis ikke veilederne var

pålagt å anerkjenne brukeren som ekspert på seg selv i like stor grad. Kanskje ville det ikke ha opplevdes like trygt og respektfullt, og dermed ikke skilt seg ut fra andre tilbud som brukerne tidligere har benyttet. Man kan anta at det ville bydd på mer motstand og skepsis til å ta imot tilbudet, og i verste fall; brukeren kunne opplevd helsesamtalen som noe anklagende og negativt, og dermed valgt å ikke benytte seg av det i det hele tatt. Som en intervjuperson fortalte om hvordan hun ble møtt av frisklivsveilederen i helsesamtalen med respekt og anerkjennelse for egne tanker. Det virket å være viktig og ganske vesentlig for tillitsforholdet og åpenheten mellom bruker og frisklivsveileder.

Askheim (2012) skriver om den tyske filosofen Axel Honneth og hans syn på anerkjennelse som et gjennomgripende menneskelig behov, og beskriver videre fraværet av anerkjennelse som menneskelig opplevd krenkelse. Med dette perspektivet kan en refleksjon være at fordi brukerne opplever anerkjennelsen av sin situasjon som en viktig del av helsesamtalen, kanskje tidligere i møte med andre deler av helsesektoren ikke har opplevd denne anerkjennelsen.

Ved frisklivssentralen kommer ikke brukerne med en konkret diagnose, men med livsstilsrelaterte utfordringer (Helsedirektoratet, 2016). Det kan spekuleres i om det manglende diagnosebegrepet ha ført til manglende anerkjennelse i møte med leger eller annet helsepersonell og at det videre har ført til mangelfull informasjon og valgmuligheter. Her er det trolig ulike opplevelser for de brukerne som fikk sin frisklivsresept av legen og dermed trolig fikk anerkjennelse, sammenlignet med de brukerne som selv oppsøkte frisklivssentralen direkte. Frongillo (2012) presenterer at brukere som ikke får presentert alle mulige tiltak av fagpersonellet, også får utilstrekkelig valgmuligheter. Dette skaper en spenning for brukeren mellom et ønske om rådgivning fra fagpersonell og ønske om delt beslutningstaking (Frongillo et al, 2012). Frongillo (2012) presenter videre at i resultatene fra deres studie hadde brukerne størst grad av involvering når de fikk ulike forslag fra fagpersonellet. Det ser ut til at intervjupersonene i denne studien fikk nettopp det.

Når det gjelder utfordringer i MI om endring tar Bart (2016) opp fire hovedpunkter: at folk vil bestemme selv, at folk vegrer seg for å sette søkelyset på sine egne feil, ambivalens til endring og usikkerhet på egen mestring (Barth et al, 2016). Det har kommet fram i masterstudiens funn at mange av intervjupersonene har opplevd å bestemme over egen situasjon, opplever en ny forståelse for egen helsesituasjon og har opplevd en form for mestring, enten gjennom helsesamtalen eller totalopplevelsen under sin frisklivsresept. Et funn som ble oppdaget

angående utfordringer i MI var en intervjuperson som uttrykte skepsis over sin frisklivsresept ved at hun trodde hun måtte inn på andre arenaer for å bli utfordret. Dette kan tolkes som en slags ambivalens til endring og har trolig satt en demper på videre utvikling av brukeres endringsprosess. En mangelfull anerkjennelse av helsesituasjon kan også trolig sees her, og kanskje har helsesamtalen kommet til kort i å bistå brukeren med dens prinsipper og verdier. På en annen side kan helsesamtalen ha bidratt til nettopp den anerkjennelsen intervjupersonen hadde og likevel bidratt til å hjelpe henne med veien videre.

En kan undres om brukerne går glipp av viktig og aktuell informasjon eller råd fordi veilederen ikke våger eller klarer å bevege seg inn på sensitive temaer av frykt for å gå over streken og bryte denne anerkjennelsen. For eksempel fortalte en intervjuperson om opplevelse fra helsesamtalen om å selv vite hva som var galt og hva som skulle til for å få det bedre. Det kan tenkes at frisklivsveilederen i det tilfellet har måttet «svelge noen kameler». Personen befinner seg tydelig i en sårbar posisjon som uføretrygdet, men frisklivsveileder er pålagt å anerkjenne og støtte brukeren. Utfordringen ligger i at brukeren har kommet til frisklivssentralen av en årsak, og at den ikke har klart å håndtere utfordringene sine på egenhånd. Det er kanskje greit at det er sånn, men det er fornektelsen om at den egentlig kunne hatt fordel av noen gode råd og litt veiledning som trolig utgjør problematikken. Dette kan jeg se for meg at kan være en stor utfordring for veilederen som må velge mellom å ikke strekke til med kunnskapen den har eller å risikere å tråkke over brukerens grense og dermed sette hele frisklivsresepten i fare. Som en intervjuperson gav uttrykk for å ikke ønske råd, men hjelp med motivasjonen til å gjennomføre. Disse refleksjonene kan se ut til å samspille med det Gibson (1991) skriver om at empowerment er et positivt konsept, at det skal være løsningsfokusert, at det er en langsiktig prosess og ikke minst, om at det ikke nødvendigvis er det å ha mer makt, men å føle seg mer kraftfull (Gibson, 1991). Det skal presiseres at det ikke har fremkommet spesifikt at frisklivsveilederne har unnlatt å gi informasjon eller råd og at det er fullt mulig det ble gjort.

Videre i tilknytning forskningsspørsmål 1 kommer opplevelsen av medvirkning og det å sitte i førersetet av egen endringsprosess frem som en opplevelse hos flere intervjupersoner. Tveiten & Boge (2014) beskriver begrepet medvirkning som en rettighet, et av prinsippene i empowerment og samtidig som et vidt begrep. Det kan være medbestemmelse, selvbestemmelse, selvstyring, beslutningsmyndighet og aktiv deltakelse (Tveiten & Boge, 2014).

Om det for brukerne i helsesamtalen handlet om ønsker å bli fortalt konkrete ting de kunne gjøre, om det var tilfeldig og ubevisst eller om det omhandler formuleringen av intervju spørsmålet er vanskelig å si. En utfordring ved medbestemmelse kan være at bruker og fagpersonell har ulike oppfatninger av situasjonen og ulike tolkninger av det som blir sagt (Sigstad, 2004).

Flere intervju personer meddelte at å bli mottatt med respekt. I det kan det tenkes at det ligger en form for maktfordeling ved at respekten gjør de to partene mer likeverdige og på samme nivå. Respekten virker å sette brukeren i førersetet. I noen tilfeller er ikke medvirkning engang mulig fordi det kan være mangel på valgmuligheter (Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2013). På frisklivssentralen er tilbudet generelt og diagnoseuspesifikt innenfor helsefremmende tiltak (Helsedirektoratet, 2016), og det kan i seg selv tenkes å for noen oppleves mangelfullt. Med tanke på at det i dag er langt flere som overlever -og lever med kroniske lidelser enn før (Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2013) er dette i seg selv en utfordring ved at hvert individ har ulike behov. Austvoll-Dahlgren & Johansen (2013) påpeker videre at tilgangen på helseinformasjon og kompetanse er avgjørende for god pasientmedvirkning. Som en intervju person fortalte om et ønske om å ha med seg de pårørende slik at de kunne få samme informasjon som han da han hadde utfordringer med hukommelse. Dette ble ikke gjennomført, trolig fordi det var et individuelt behov og frisklivssentralen ikke hadde kapasitet til å bistå med pårørendeopplæring. For denne brukeren kan dette trolig ha betydd mangel på helseinformasjon og dermed også redusert brukermedvirkning. Vedkommende bestemte seg etter intervjuet og ta opp dette på nytt som et tema for endring ved sin frisklivssentral.

I nasjonal plan for selvhjelp (2014) beskrives frisklivssentraler som informatører, pådrivere og tilretteleggere. De oppfordres til å informere om selvorganiserte selvhjelpgrupper etter endt frisklivsresept, men det påpekes viktigheten av at det ikke skal være et offentlig tilbud da det bryter med den enkeltes mulighet til å ta tak i eget liv (Helsedirektoratet, 2014). Det kan forstås som at frisklivssentralen skal være en igangsetter, men at brukerne i størst mulig grad skal klare seg selv. I den forstand kan helsesamtalen anses som viktig for perioden med frisklivsresept. Om møte med frisklivsveileder ble det fortalt om at det var godt å bli hørt og forstått, at det var tillitsfullt og at det var rom for åpenhet. Det kan forstås som at de beskriver en form for trygghet og et sted å dele sine tanker.

I samhandlingsreformen (2009) omtales maktomfordeling som en forventning. Maktomfordeling skjer gjennom medvirkning, men medvirkning innebærer samtidig maktomfordeling (Tveiten & Boge, 2014). Et kritisk blikk på dette innebærer refleksjon om at hvis det er snakk om maktomfordeling i form av ansvar og endringsmuligheter, vil det kanskje ikke kunne forstås som empowerment (Tveiten & Boge, 2014). En intervjuperson fortalte om sin helsesamtale at hun syntes veilederen var flik til å veilede og la henne få komme med svarene selv. Brukerne ved frisklivssentralen virket å oppleve medvirkning og makt over sin situasjon på frisklivssentralen. Samtidig kan det virke som at frisklivsveilederen ikke bare anerkjente, men også var trygg på gjennomføring av helsesamtalen. Samtidig er det vanskelig å si om denne veilederen styrte brukeren inn mot «de rette» svarene i større grad enn det den selv opplevde. En annen vinkling kan være hvis brukeren tilstrebede stor grad av medvirkning med større ansvar for egen helse, også gikk glipp av gode råd og veiledning og at den med dette sto igjen med reduserte endringsmuligheter.

Det siste hovedfunnet i forskningsspørsmål 1 innebærer en opplevd følelse av styrket forhold og eierskap til egen helse og situasjon. Ifølge Tveiten & Boge (2014) kan et første steg i retningen av å realisere seg selv som myndig/empowered være å få en opplevelse av deltakelse og kontroll i egen liv. En intervjuperson beskrev at helsesamtalens påvirkning på egen helsesituasjon innebar endret tankemønster. Trolig er møtet med frisklivssentralen i helsesamtalen nettopp denne plattformen for brukerne. Det kan antas at en samtale med psykolog eller en mentaltrener ville gitt en lignende opplevelse, men fordi frisklivssentralen er et lavterskeltilbud vil det trolig oppleves enklere å ta et første skritt der, særlig når det kommer på anbefaling av fastlegen. En annen intervjuperson beskrev mer konkret hvordan helsesamtalen hadde påvirket henne til kontroll i egen helsesituasjon gjennom at hun hadde gått fra å være inaktiv til å nå gå tur fast to ganger i uka. En tydelig og trolig viktig endring.

En empowerment-prosess kan være tidkrevende (Tveiten, 2016) og en begrensning ved frisklivssentraler i den sammenheng kan være den korte varigheten av en frisklivsresept på kun 3 måneder (Helsedirektoratet, 2016).

5.2 Hvordan opplever brukerne ved frisklivssentralen mestring og motivasjon i/etter helsesamtalen?

I forskningsspørsmål 2 innebærer første hovedfunn gjennomgående økt motivasjon og mestringsopplevelser hos intervjupersonene ved helsesamtale. Her blir salutogent mestringsperspektiv med OAS i endringsprosess drøftet med studiens funn. I MI ønsker man at motivasjonsprosessen er fokuset i samtalen (Barth et al, 2016). Dette forplantes videre i helsesamtalen ved frisklivssentraler, ettersom den baseres på prinsippene i (Helsedirektoratet, 2016). I MI ønskes det at brukeren skal gå fra å tenke «*hvorfor* skal jeg gjøre en endring» til «*hvordan* skal jeg utføre endringen» (Barth et al, 2016). Nettopp det ser ut til skjedd for samtlige intervjupersoner i masterstudien, kanskje heller ubevisst enn bevisst fra brukernes perspektiv. En form for mestring ved håndterbarhet ser ut til å være viktig for å opprettholde motivasjon over tid. Mestring handler om hvordan mennesker møter utfordrende situasjoner og den omhandler tilgang til ressurser, kunnskap, ferdigheter, samt evnen til å benytte ressursene (Tveiten, 2016).

Dette bygger også videre på det andre hovedfunnet som handler om økt OAS i et salutogent perspektiv. Salutogenesen fokuserer på det friske og på hva som opprettholder god helse (Tveiten, 2016). OAS representerer i salutogenese individuell motstandskraft og mestringssevne og oppnås når den det gjelder opplever sin situasjon som meningsfull, forståelig og håndterbar. Mestring er i tillegg avhengig en opplevd følelse av kontroll og empowerment (Tveiten, 2016). Det kan virke som om de fleste av intervjupersonene har opplevd sin situasjon som mer forståelig, mer håndterbar og derfor også mer meningsfylt etter sine helsesamtaler. En intervjuerspn fortalte om en mental holdningsendring som meningsfullt ved at hun nå tenkte mer positivt. En annen intervjuperson fortalte om en fysisk endring som hadde kommet av en holdningsendring. Intervjupersonen hadde tydelig en mer forståelighet til sin helsesituasjon, hva endringsprosessen faktisk innebar, og ikke minst, gav hun uttrykk for at situasjonen opplevdes mer håndterbar. I folkehelsemeldingen (2015) beskrives hovedbudskapet som en oppfordring til hverdags trim, bevegelsesglede og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Aktiviteten skal helst snikes inn i hverdagslige aktiviteter, det skal være lystbetont og ikke minst gi grunnlag for å mestre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette er relevant for brukerne ved frisklivssentralen da fysisk aktivitet er en stor del av tiltakene for bedre helse (Helsedirektoratet, 2016), og mestring fremkommer som et viktig fokus intervjupersonene i masterstudien.

Ifølge Antonovsky (2002) innebærer begrepet OAS, som nevnt, forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet og han utdyper disse som følger. Forståelighet handler om opplevd stimuli av indre og ytre miljø, det kognitive, sammenheng, struktur og informasjon framfor å oppfatte støy, tilfeldighet og at noe er uforklarlig (Antonovsky, 2002). Håndterbarhet innebærer en opplevd tilgang på de ressursene som trengs for å mestre en oppgave (Antonovsky, 2002). Det motsatte kan være en følelse av å være et offer eller å ha blitt behandlet urettferdig.

Meningsfullhet beskriver kan som et uttrykk for motivasjon (Antonovsky, 2002). OAS handler om følelsesmessig forståelse, at problemer og krav som stilles er verdt å investere energi i og at man kan glede seg over utfordringer framfor å se dem som byrder (Antonovsky, 2002). Beskrivelser fra intervjupersonene om forståelighet innebar erkjennelse over egen kapasitetsgrense på grunn av helsa og forståelse om at det er mulig å ha det godt selv om det er annerledes enn nå enn før. Håndterbarheten lå i annerkjennelsen av at det er de små tingene som teller og at endringsprosessen tar tid. En intervjuperson fortalte om at måloppnåelse hadde bidratt til meningsfullhet og motivasjon. Det ble ikke nevnt om det var store eller små mål, men det virket ikke som om det var av betydning. Målet var nådd og det betydde alt.

Det tredje hovedfunnet innebærer håp for egen helsesituasjon i framtid. En antagelse kan være at det har sammenheng med økt OAS og økt empowerment-følelse. Barth (2016) beskriver endring som en prosess ved hjelp av endringshjulet. Det innebærer en føroverveielse, overveielse, forberedelse, vedlikehold og utgang eller tilbakefall (Barth et al, 2016). En tanke om det gryende håpet hos frisklivsbrukerne kan ligge i at økt OAS og mestringsfølelse, samt kjennskap til endringsprosessen gir en form for trygghet. Tilbakefall fremstilles som en naturlig del av prosessen (Barth et al, 2016) og i den forstand gis det også rom for at det er lov å feile. Kanskje kan håpet trigges av senkede skuldre på grunn av den økte mestringsfølelsen over egen helsesituasjon.

En annen og supplerende antakelse kan være forbundet med økt kompetanse. For at brukere skal kunne ta beslutninger angående egen helse trenger de tilgang til kunnskap og kompetanse i å benytte kunnskapen. Med det endrer brukeren rolle fra å være erfaringsbærer til å bli en kunnskapshåndterer (Tveiten, 2016). I masterstudiets intervjuundersøkelse var ønsket å finne ut mer om intervjupersonenes opplevelse av MI. Likevel viste det seg at det var helhetsopplevelsen av helsesamtalen (MI) og den fysiske aktiviteten som utgjorde det største inntrykket for samtlige. Som en intervjuperson beskrev om opplevd mestring gjennom tillitsbaserte handlinger der han fikk sin egen nøkkel til frisklivssentralen for å trene når han

ville. Det kan tenkes at brukerne ved frisklivssentralen i helsesamtalen har fått ny teoretisk kunnskap, og at den praktiske kompetansen har blitt utviklet med veiledning i fysisk aktivitet. Det kan dokumenteres for at frisklivssentralen tilbud med støtte til endring av levevaner gir resultater (Helsedirektoratet, 2016). Det kan spekuleres i om dette har sammenheng med økt OAS, samt at sterk OAS vil lede til bedre livskvalitet.

5.3 Hvordan beskriver brukerne ved frisklivssentralen å oppleve helsesamtalen som påvirkning til endring og hvordan fremkommer det at helsesamtalen gjøres i samspill med MI's- verdigrunnlag og/eller eventuelt om det glir over i nudging?

I forskningsspørsmål 3 ligger undringen i hvordan MI i helsesamtalen oppleves som påvirkningskraft i en endringsprosess. MI og nudging blir drøftet med studiens funn her. Tidligere forskning av MI støtter opp under masterstudiets funn (Baker, 2002; DiLillo & West, 2011; Greaves, 2010; Tripp, 2011). Det har ikke vært vanskelig å finne litteratur både i form av bøker og artikler som gjør det. Det som derimot har vært problematisk er å finne kritisk litteratur som ser på metoden med et annet perspektiv. Mistanken om at MI blant skeptikere har blitt kalt for «manipulerende» hvis det ikke brukes slik det er ment, er nærmest ikke å spore. I uformelle samtaler med andre som jobber med MI, og erfaringsdeling i en kronikk skrevet av en tidligere rusmisbruker på nettstedet rus og samfunn (Sjåfjell, 2019) har det blitt delt at dette er problematisk. Det virker ikke som at det finnes forskningsforankringer som kan utgreie ob begrepet manipulering i MI. «Nudging» derimot, kan trolig ansees som en slags lignende motpol til MI når det gjelder verdiene MI står for: støtte brukers autonomi, en ikke-bedømmende og samarbeidene tilnærming, aktiv kommunikasjon av aksept og respekt og empatisk tilnærming (Barth et al., 2016).

En intervjuperson fortalte om sin opplevelse i helsesamtalen at det var måten hun ble spurt om ting på som førte til andre tanker. Dette kan ansees å være midt i MI-ånden. McCarley (2009) reflekterer i en studie om empowerment med MI og så på hvordan samtalemotoden kunne bidra til å engasjere pasienter til forvaltning av sin egen omsorg til seg selv. McCarley (2009) anerkjenner at samtaler med MI kan bidra til å myndiggjøre pasienter og henviser til at atferdsendring kun kan lykkes hvis pasienter selv setter sine egne mål og anerkjenner eget

behov for endring. Som en intervjuperson fortalte om at hun visste hun måtte gjennomføre det selv, men satt pris på hjelp med motivasjonen for å komme i gang.

Pignataro & Huddleston (2015) så på bruken av MI i fysioterapi med hensikt å myndiggjøre pasienter til selvledelse. De oppfordrer til diskusjon og flere vurderinger av faktorer knyttet opp mot MI. Det kan videre tolkes slik at de ønsker å benytte MI i sammenheng med å oppfordre brukere til å spille en aktiv rolle i å fremme egen helse og velvære, men at det knyttes noe usikkerhet til metoden. En antakelse om dette kan være at de retter et kritisk blikk på metoden, og kanskje er dette i tråd med det som kan oppfattes som manipulering ved feilbruk.

En refleksjon innebærer om MI kan gjenkjennes i nudgingen. I helsesamtalen ved frisklivssentralene presiseres det ikke, så vidt meg bekjent, at brukerne skal «utsettes» for MI, men de fleste opplever å sitte igjen med en «empowered» følelse. Med andre ord, det kan spekuleres i om det foregår skjult atferds påvirkning, som stort sett ser ut til å ha et positivt utfall. En undring ved det kan være om det er som Nylenna (2017) nevner, tillitsvekkende hvis brukeren får nyss om det eller om den bare er takknemlig for det positive utfallet uansett. Det kan spekuleres i om man bør informere deltakerne ved frisklivssentraler om hvordan samtaleteknikk de skal «utsettes for» i helsesamtalen. Kanskje har de rett til å vite det, men man kan spekulere i om det egentlig er nødvendig, og om det eventuelt heller kan det være ødeleggende for flyten i samtalen. Det kan tenkes at så lenge den som veileder i samtalen har gode hensikter, vil det uansett ikke skade brukeren, og kanskje ville noen også satt pris på å vite.

Ifølge Cohen (2018) avhenger den etiske vurderingen om å benytte nudging av hva begrepet refereres til. Han mener også at det handler om hva man i sammenhengen kan oppnå med nudgingen (Cohen, 2018). Slik det kan forstås er betydningen at fagpersonellet selv er ansvarlig for å vurdere om det er etisk forsvarlig eller ei. Dette kan virke å være et stort ansvar som hviler på fagpersonellet, som trolig ikke vet helt hvordan det vil virke på forhånd.

Gjennom Ploug & Holm (2015)'s fremstilling av nudging som unnlattende av beskyttelse av personlig selvstendighet, kan det antas at man i denne sammenheng kan sammenligne brukerens personlige selvstendighet med brukermedvirkning. I den forstand kan det se ut til å dannes et skille mellom nudging og MI ved at nudging kan virke å undergrave brukerens autonomi, og at det dermed ikke er en legitim form for påvirkning. Nylenna (2017) beskriver

nudging som et valgarkitektur med små planlagte grep som endrer folks atferd på en forutsigbar måte uten å forby alternativer (Nylenna, 2017). Det kan virke som at det innebærer å skreddersy noe slik at der ut som en har et valg, men en har kanskje ikke det. For eksempel hvis man setter frem et fruktfat, men gjemmer bort sjokoladen. I den forstand vil nudging som metode for atferdsendring trolig ikke fungere i samspill med MI's verdigrunnlag med mangel på autonomi, og brukermidvirkning med mangel på informerte valg.

Broers (2017) gjorde en analyse om effekten av nudging for å øke valg av frukt og grønnsaker blant overvektige. Her ble nudging presentert som et positivt verktøy før økt valg av frukt og grønt i samråd med øking av kompetanse (Broers et al, 2017). I helsesamtalen på frisklivssentralen er et av temaene kostholdvaner (se vedlegg 1 og 2) og det kan tenkes at brukerne kunne hatt nytte av en slik type nudging. Rodriguez-Arias & Morgan (2016) diskuterer om nudging kan anses som en liberalistisk fremgangsmåte med individuell frihet i senter eller om det er manipulasjon. En ny undring innebærer om det er ok å dulte/nudge så lenge det er vennlig, og hvis det kan kalles manipulering, hva så hvis brukeren ender opp fornøyd. Mortensen (2018) argumenterer med at nudging kan være et nyttig verktøy for å hjelpe brukeren bort fra lidelse og mot helsefremming så lenge det samspiller med brukerens mål og verdier. Ved mindre avgjørelser kan det både være nyttig og mentalt energi besparende for brukeren å bli nudget, men ved større avgjørelser skal det vises tillitt til brukerens egen autonomi og gis informert samtykke (Mortensen et al., 2018). Det kan spekuleres i om avgjørelsene som tas i helsesamtalen er små eller store, og kanskje kan det også oppfattes ulikt av bruker og frisklivsveileder.

Munoz (2015) spekulerer i om brukere forventer å bli nudget i noen situasjoner og mener at informert samtykke innebærer nudging (Munoz et al., 2015). En tanke om rettferdiggjøring av eventuell nudging i helsesamtalen ved frisklivssentraler kan innebære at en form for samtykke er når brukeren møter opp til samtalen. Brukerne kommer dit fordi de er rådløse og ikke selv vet hvordan de skal håndtere sin situasjon og gjøre det bedre for seg selv. Det at de i det hele tatt møter opp kan være et stort steg og det er en usnakkert sannhet at de trenger hjelp, eller om du vil, å få et vennlig dult i riktig retning. De etiske prinsippene kommer først i vurderingen, men det kan tenkes at det er en sannhet i det Munoz (2015) fremstiller.

Tveiten & Boge (2014) nevner at empowerment-tenkingen har blitt kritisert for å innebære en form for liberal styringsstrategi. På en side fremstilles brukeren med iboende autonomi, ansvarlighet og evne til å ta selvstendige valg. En annen måte å se det på er at disse

kvalitetene ikke er realisert hos folk flest. Empowerment tar utgangspunktet i en slik tanke med mål om å sette i gang disse kvalitetene (Tveiten & Boge, 2014). Det kan spekuleres i hvordan dette integreres i helsesamtalen og det kan tenkes at det gjennom veiledning med prinsippene fra MI tas sikte på å øke brukerens autonomi, slik at han/hun kan ta selvstendige og informerte valg etter sin frisklvsresept. Slik det kan forstås av Mortensen (2018) er det legitimt å benytte nudging som virkemiddel for å nå dette målet, da trolig vil gagne brukeren positivt.

Hva intervjupersonene i denne masterstudien tenkte på forhånd, underveis og hva som eventuelt har kommet en tid etter helsesamtalen og frisklvsreseptens utløp er uvisst. Det kan være vanskelig å holde seg til MI-prinsippene i samtalen (Codem-Bove, 2014), og god opplæring i metoden ser ut til å være vesentlig når man benytter den (Østlund, 2015). Barth (2016) presiserer at det i MI alltid skal fremmes samarbeid og reduseres motstand. Et sentralt prinsipp er at hjelperen skal understreke brukerens egen autonomi og frihet til å velge (Barth et al, 2016). En intervjuperson beskrev sin opplevelse av helsesamtalen som behagelig og fordomsfritt. Det virker tydelig å ha vært et godt samarbeid mellom bruker og veileder. Om vegring for å sette søkelys på egne feil sier Barth (2016) at det i MI legges vekt på formidling av respekt, empati og respekt for klienten som den er. Både livssituasjon, egenskaper, problemer og svakheter skal anerkjennes og brukerne skal møtes med en ikke-dømmende og samarbeidende stil (Barth et al, 2016). Å bli møtt med respekt var en gjenganger i flere av denne masterstudiens intervjuer og framkom som en viktig del av møtet med frisklivssentralen i helsesamtalen. Om ambivalens til endring nevnes begrepet som motivasjon i sin naturlige form. Motsetningsfulle tanker og ønsker skal aksepteres (Barth et al., 2016). Det skal anses som et håp om at hjelperen skal kunne veilede brukeren fram til fornuftige og helsefremmende beslutninger (Barth et al, 2016). Intervjupersonene nevnte i master-intervjuet ting som at helsesamtalen ført til håp for et mer sosialt liv, at det gav perspektiv og det førte til å komme seg videre i livet. Dette kan se ut til å fremstille helsesamtalen som velfungerende ut ifra ivaretagelse av MI-prinsippene. Om usikkerhet i forhold til egen mestring legges det til grunn at folks valg, prioriteringer og atferds sekvenser er komplekse og skal respekteres (Barth et al, 2016). Det presiseres også relevansen av en beslutning om forpliktelse til endring som en motkraft til sosiale, psykologiske og biologiske krefter og at det er her motivasjonen for endring kommer tydelig fram (Barth et al, 2016). En intervjuperson fortalte i masterintervjuet at det var forpliktelsen til frisklivssentralen som

gjorde endringsprosessen. Igjen, en bekreftelse på at MI-prinsippene kommer tydelig fram i helsesamtalen.

Det er ingen grunnlag for å anslå at nudging har forekommet i helsesamtalene til intervjupersonene i denne masterstudien, men det er likeså vanskelig å anta at det ikke har skjedd. Til tross for at nudgingen trolig bryter med noen av verdiene i MI, kan det kanskje føre til igangsettelse av en positiv endringsprosess uansett. Det kan derimot antas at opplevelsen vil være bedre i en MI enn i en samtale med nudging som intervensjon.

6.0 DRØFTING AV STUDIENS METODE

I det siste drøftingskapittelet vil det drøftes styrker og svakheter ved oppgavens metodiske tilnærming. Intervjukvalitet, troverdighet, overførbarhet, etiske overveileder, samt kritisk blick på egen forforståelse og rollen som masterstudent i forhold til tolkning i masterstudien blir drøftet.

6.1. Metodevalg for masterstudien

Malterud (2013) og Kvale & Brinkmann (2015) er brukt som inspirasjon, struktur og kvalitativ forankring. Innledningsvis opplevdes det som å måtte benytte metodikk enten fra Kvale & Brinkmann eller Malterud. Etter grundigere refleksjon og veiledning ble det valgt å benytte en kombinasjon mellom begge metodikkene. Malterud (2013) gir en god breddeforståelse over kvalitative metoder, mens Kvale & Brinkmann (2015) gir dybdeforståelsen for det kvalitative forskningsintervjuet. Denne kombinasjonen gir oppgaven en solid metodefaglig plattform.

Det kan argumenteres for at metodevalget for masterstudien kunne vært annerledes. En kvantitativ metodisk tilnærming var kjent fra tidligere akademisk arbeid. Etter forarbeidet med Malterud (2013) og Kvale & Brinkmann (2015) forsto jeg at det ikke ville være rett tilnærming, da erfaringer og opplevelser ikke lar seg undersøke med kvalitative metoder. I tillegg var det ønskelig å utforske kvalitativ metode som tilnærming i den hensikt å anskaffe breddeforståelse for forskningsmetode.

6.1.1 Refleksjoner fra masterseminar

Oppgavens intervjuguide er en avgjørende faktor for den metodiske validiteten (Kvale & Brinkmann, 2015). På bakgrunn av dette ble utkastet til intervjuguiden lagt frem i plenum for medstudenter under et masterseminar. Denne eksponeringen gav mange innspill fra andre medstudenter og faglig tilsatte ved høyskolen. Flere av innspillene var gode og produktive, men flere var også divergerende og motsigende. Kjernen i tilbakemeldingene var likevel at selvstendige valg, med solide faglige begrunnelser gir en solid intervjuguide. Konkrete tilbakemeldinger som medførte endringer i intervjuguiden var blant annet begrepene «motiverende intervju» og «informanter» som ble endret til «motiverende samtale/MI» og

«intervjupersoner», da samtale er mer presist for intervensjonen og intervjupersoner fremstår som mindre objektiverende.

Etter at intervjuguiden var drøftet med innspill fra masterseminaret ble den ytterligere faglig forsterket gjennom en fordypning i kvalitativ metode, i den hensikt å gjøre begrepene og visjonen mer presis. Det jeg presenterte fremsto så tydelig i mine tanker, men masterseminaret bidro til bevissthet om at jeg ikke var tydelig nok i formidlingen utad. Intervjuguiden er resultatet av et solid selvstendig faglig dypdykk, og en bred drøfting med medelever og faglig tilsatte ved høyskolen, noe som styrker intervjuguidens metodiske troverdighet.

6.1.2 Utvalg

Studiens utvalg av intervjupersoner er også avgjørende for valide resultater (Kvale & Brinkmann, 2015). For å få et så godt representativt utvalg som mulig ble det tatt kontakt med flere frisklivssentraler spredt over et større geografisk område. Til tross for mye positiv respons fra frisklivsveilederne, var det mange som ikke kunne støtte med intervjupersoner på grunn av en for travel hverdag. Resultatet av utvelgelsen kan derfor anses som tilfeldig, da mange frisklivssentraler ble kontaktet og det var vilkårlig hvem som kunne ta seg tid. Dette er en styrke ved utvelgelsesprosessen, da et tilfeldig utvalg intervjupersoner fra et større geografisk område trolig vil øke sannsynligheten for at utvalget er representativt for befolkningen forøvrig.

Selve seleksjonen av intervjupersoner ble gjort av frisklivsveiledere. Til tross for at det ble presisert at utvalget skulle være tilfeldig, men innenfor et sett av inklusjonskriterier, er det ingen garanti for at utvalget ble tilfeldig. En vil med dette utvalget ikke kunne sikkert om frisklivsveilederne har valgt ut intervjupersoner de visste var godt fornøyde med helsesamtalen. I tillegg kan det stilles spørsmålstegn rundt hvorfor intervjupersonene valgte å si ja til deltakelse. Dette kan anses som en svakhet ved studiens utvalg.

I de fleste tilfellene hadde jeg, intervjuer, ingen kontakt med intervjupersonene i forkant av intervjuet. Disse intervjuene ble avholdt på frisklivssentralene intervjupersonene tilhørte. Andre intervjuer ble avtalt ved at frisklivsveileder tok kontakt med sine brukere og undersøkte hvem som kunne tenke seg å stille til intervju, og derfra videreformidlet kontaktinformasjon om de interesserte. Derfra avtale jeg selv tid og sted med

intervjupersonene gjennom tekstmelding (uten å lagre telefonnumre med navn). Disse intervjuene ble holdt på en cafe etter ønsket sted fra intervjupersonene.

6.2 Datainnsamling og etiske aspekter

6.2.1 Datainnsamling

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver at kvaliteten på det originale intervjuet er avgjørende for kvaliteten på analysen, verifiseringen og videre, rapporteringen av intervjuet. Med dette er standarden for intervjuet satt med høye krav.

Jeg har reflektert mye over mulig betydning av de ulike omstendighetene i intervjusituasjonene og om det kan ha påvirket intervjuene. Faktorer som kan ha påvirket kvaliteten og validiteten på intervjuene er det fysiske miljøet det ble gjennomført i. Generelt var intervjuene som ble gjennomført på offentlig sted, en cafe, kortere de som ble gjennomført på frisklivssentraler. Det kan tenkes at intervjupersonene følte seg mer komfortable når intervjuene ble gjennomført isolert, enn på offentlig sted. Cafe-intervjuene kan trolig ha gitt mindre rom for åpenhet og trygge rammer, og dermed ført til kortere svar på intervju spørsmålene. I lukket møterom på frisklivssentralen var det bedre tilrettelagt for tenkepauser og ro, og det kan spekuleres i om det følte tryggere. Det kan med det tenkes at alle intervjuene burde blitt gjennomført på tilhørende frisklivssentral, da det trolig kunne ført til bedre intervju kvalitet. En styrke ved intervjusituasjonene er derimot at intervjupersonene oppgav å oppleve situasjonen som trygg og hyggelig, noe som var det viktigste for meg som intervjuer.

Gjennomføringen av selve intervjuet kan også sies å være en avgjørende faktor for resultatet (Kvale & Brinkmann, 2015). Oppgavens metodiske tilnærming baserer seg på gode, utfyllende og ærlige svar fra intervjupersonene. Det ble opplevd å få mindre utfyllende svar på intervju spørsmålene enn forventet til tross for at de i forkant virket å være åpne spørsmål. Ferdigstilt transkribert materiale var på 42 A-4 sider, noe som er forstått å være lite i kvalitativ forskning. Det var relativt stort avvik mellom det korteste og det lengste intervjuet. Intervjuets metodiske kvalitet kunne trolig vært sterkere dersom det ble gjennomført av en erfaren intervjuer. Lite erfaring med intervjuing gjorde det vanskeligere å få gode og utfyllende svar. I tillegg var jeg så nervøs som intervjuer i forkant og under intervjuene, at det kan ha påvirket kvaliteten da det ble krevende å forholde seg til intervjuguiden. Bekymring

for å trække noen på tærne spilte i stor grad inn og det gikk utover flyt i samtalen og førte til fravær av spontane oppfølgingsspørsmål. Dette kan riktignok tenkes å være normalt i en slik situasjon, og kan handle like mye om at jeg ikke har gjort det før. Forebyggende tiltak for bedre intervju kvalitet kunne trolig vært gjennomføring av flere pilotintervjuer.

I intervjuguiden ble det valgt å stille spørsmål som hadde bakgrunn i genuin undring og nysgjerrighet. Eksempler på det er: «Opplevde du at det var noe med tankene eller holdningene dine som endret seg etter samtalen?», «hvordan opplevde du at dine egne kunnskaper om din helse, situasjon og kropp ble hørt og tatt imot?» og «kan du fortelle litt om hvordan du har opplevd at samtalene påvirket din endringsprosess hos frisklivssentralen?» Det kan argumenteres for at dette utgangspunktet var svakt. Trolig ville en bedre løsning vært å gjennomføre flere pilotintervjuer med påfølgende justeringer, kombinert med en større søken etter tilbakemeldinger andre. Her ble eget ønske om å mestre oppgaven alene, overstyre for det objektive behovet for en sterkere intervju kvalitet.

En annen tanke er om intervjuresultatene kan skyldes ledende spørsmål og dermed være upålitelige (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette oppleves som vanskelig som masterstudent å unngå på bakgrunn av egen forforståelse. Utgangspunktet var som det var og det ble forsøkt å formulere spørsmål med perspektiv. Erfaringer gjort i forbindelse med masteroppgaven viser at dette er svært krevende. Intervjuspørsmålene fremsto som åpne i forkant, men viste seg å ikke være tilstrekkelig god i praksis. Likevel kan det antas at sterke faglige kombinasjonen fra Malterud (2013) og Kvale & Brinkmann (2015) gjør at oppgaven står på en solid metodisk plattform. Intervjuguiden er utviklet i samspill med både medelever og faglig tilsatte på høyskolen, men med stor grad av selvstendighet. Utvelgelsen av intervju personer er gjort med bredde fra flere frisklivssentraler, og er upåvirket av intervjuer. Metodisk kunne oppgaven vært sterkere gjennom et enda mer tilfeldig utvalg, nøytrale og trygge fysiske miljøer for intervjuene, samt med mer erfaring som intervjuer. Likevel opplever jeg å ha fått gode nok data, da det har vært mer enn nok til å gjøre analyse og komme frem til hele fire hovedkategorier.

At oppgaven er skrevet av meg som er uerfaren med kvalitativ forskningsmetode, vil naturlig nok påvirke forskningsprosessen. Det i form av at mye av arbeidstiden har gått med til å lese om kvalitative metoder i forskningsintervjuet, samt etiske retningslinjer. Det har stadig dukket opp kunnskapshull og nye elementer som har måttet blitt tatt hensyn til. Lærdommen har kommet gjennom kontinuerlig fordyping i faglitteratur, tilbakemeldinger fra veileder,

observasjoner på masterseminarer, samt prøving og feiling. Det er først når det har nærmet seg innspurten at det er klart å se hvor svak kunnskapen var i begynnelsen, og hvor mye som er lært i prosessen. Med Kvale & Brinkmann (2015) sine kvalifikasjons kriterier om at forskeren skal være kunnskapsrik, strukturerende, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, erindrende og tolkende, er det mange kriterier å forholde seg til. Noen kom lett, mens andre var utfordrende på grunn av frykt for å skape ukomfortabel situasjon for intervjupersonene. I rollen som intervjuer, kan det argumenteres for at det burde vært gjennomført mer praktisk øving i forkant av selve datainnsamlingen. Dette ble besluttet nedprioritert med bakgrunn i tidsperspektivet for masterprosessen.

6.2.2 Etiske aspekter

Et kjent etisk dilemma er når en forsker ønsker å gjøre et dypt og undersøkende intervju med fare for å krenke intervjupersonen, samtidig som den ønsker å være så respektfull som overhode mulig, da med fare for at det empiriske materialet kun skraper i overflaten (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette kom tydelig fram i gjennomføringen av intervjuene. En opplevelse av frykt for å krenke og ønske om respektfull varsomhet trumfet i stor grad nysgjerrigheten. Dette kan ha påvirket studienes funn, og bidratt til mangelfulle svar. Når det er nevnt, så føles det riktig å ha ivaretatt respekten i intervjusamtalen.

De etiske utfordringene er mange og kan knyttes opp mot de syv forskningsstadiene: tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysering, verifisering, rapportering (Kvale og Brinkmann, 2015). Gjennom tematiseringen i prosessen ble ikke bare formålet med undersøkelsen og vitenskapelig verdi vurdert. Det ble også tatt hensyn til den menneskelige situasjonen som ble undersøkt gjennom refleksjon over hvordan intervjuet eventuelt kunne påvirke intervjupersonene.

Frisklivssentralen er et lavterskeltilbud som er ment å forebygge fysiske og psykiske plager (Helsedirektoratet, 2016). Det ble i stor grad gjort refleksjoner om det som omhandler psykiske plager. Hvordan det skulle håndteres i situasjonen hvis en intervjuperson fortalte om psykiske utfordringer eller hvis intervjupersonen måtte kjenne på vonde følelser i intervjusituasjonen og gav uttrykk for det, ble reflektert over på forhånd. Det kunne riktignok ikke bekreftes på forhånd om det var aktuelt fordi det ikke var satt krav til spesifikke årsaker til deltakelsen på frisklivssentralen. Det ble derfor bestemt å stille spørsmål med varsomhet og

ydmykhet, samt å presisere at intervjupersonene ikke skulle behøve å svare hvis de ikke var komfortable i situasjonen. I tillegg stilte jeg meg beredt på å ta imot det som kunne komme.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) omhandler de etiske aspektene av selve planleggingen om å skaffe informert samtykke, konfidensialitet og vurdering av mulige konsekvenser undersøkelsen kan ha for intervjupersonene. I ettertid kan det tenkes at det med fordel kunne vært en mer konkret plan i vurderingen av konsekvenser. I gjennomføringen foregikk dette uten problemer, og i henhold til planen. Dersom det skulle dukket opp en situasjon burde det likevel foreligget en konkret handlingsplan for å håndtere saken profesjonelt.

I intervjusituasjonen sies det at forskeren skal legge frem om undersøkelsens konfidensialitet og eventuelle konsekvenser ovenfor intervjupersonene (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette ble gjort, men kunne trolig i større grad vært utdypet. Situasjonen opplevdes likevel som om det var lite behov for avklaring om konfidensialitet og konsekvenser fra intervjupersonenes side. Intervjupersonene virket oppriktig fortrolige med å dele, og også med sin nåværende situasjon.

I transkriberingsfasen skal konfidensialitetshensynet vurderes på nytt og det skal tas hensyn til hva det innebærer å skrive en lojal, skriftlig transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2015). I det kan det ligge til grunn å ikke «tukle» med intervjupersonens uttalelser, og bare renskrive det som blir sagt. Det opplevdes utfordrende å ikke forkludre transkriberingen med deltagerens uttrykk og kroppsspråk ettersom det satt friskt i minnet under transkriberingen. Det ble valgt en dedikert tilnærming til kun det som ble sagt, men frihet til å markere pauser og ord med ekstra trykk ble tatt.

Videre nevner Kvale & Brinkmann (2015) at de etiske sidene av analyseringen innebærer refleksjon om hvor dypt og kritisk intervjuene skal analyseres, samt om intervjupersonene bør ha medbestemmelse i hvordan uttalelsene deres skal tolkes. Når det gjelder intervjupersonenes innflytelse på tolkningene av uttalelser kan det anses som problematisk. Både når det gjelder ren praktisk gjennomførbarhet, men også angående hvor mye man skal kreve av dem og hvordan dette kunne påvirket tolkningen av det. Transkripsjonene ble gjennomlest mange ganger av meg, men også av min veileder fordi det anses som en styrke at flere parter leser gjennom. Dette bidro til flere refleksjoner og gav gode inngangsverdier til analysen.

Forskeren har et ansvar som innebærer å sikre kunnskap som er så verifisert som mulig. I det tillegges undring om hvor kritiske spørsmål man kan stille til intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2015). I intervjuet kjentes det verken hensiktsmessig eller aktuelt å stille intervjupersonen kritiske spørsmål. Det som derimot er lagt i begrepet verifisering gjelder forankring av påstander og evalueringer i faglig dokumentasjon. Den siste etiske problemstillingen gjelder rapporteringen. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) nevnes igjen konfidensialitetsprinsippet, i tillegg til eventuelle konsekvenser rapporten kan ha for intervjupersonene. Det antas at masterstudien/rapporten ikke har negative konsekvenser for intervjupersonene. Intervjupersonene kommer trolig ikke til å lese den, i tillegg til at de fortsatt antagelig ivaretas av sin frisklivssentral ved behov. Forhåpentligvis kan det ha positive konsekvenser ved at masterstudien kan bidra til forbedring ved frisklivssentralen og gjennomføring av helsesamtalen ved hjelp av brukernes innspill i intervjuene.

En gjennomgående utfordring med undersøkelsen i forhold til intervjuene innebar det at intervjupersonene selv ofte knyttet opplevelsen av helsesamtalen (MI) sammen med endringen og helhetsopplevelsen. Det ble dermed vanskelig å opprettholde tanken om at opplevelsene de beskrev kun gjaldt den. Dette blir ansett som en svakhet fordi undersøkelsen i hovedsak skulle dykke inn i helsesamtalen konkret. På en annen side kan det sees som positivt fordi det sier noe om viktigheten av sammenhengen mellom det fysiske og det mentale i en situasjon som innebærer endring av livsstil. Dette stemmer med min forut antakelse og kommer frem selv om det ikke bevisst bes om det. Av egen interesse for emnet er dette funnet en fin bekreftelse.

En annen svakhet i undersøkelsen er manglende kontroll og dokumentasjon om i hvilken grad frisklivsveilederen som har gjennomført helsesamtalene på de ulike frisklivssentralene har fulgt MI-prinsippene. De har alle oppgitt at de bruker dem, men om de følges slavisk eller sporadisk er umulig å anslå. Med andre ord, at helsesamtalene er gjennomført av ulike veiledere med ulik bruk av MI-prinsippene kan også ha påvirket brukernes opplevelse av den.

I masterstudien vil jeg stille meg både kritisk og stolt i egen rolle som forsker. Kritisk i den betydning at alle formelle etiske hensyn opplevdes som ukjent og at jeg følte meg lite selvstendig med liten opplevelse av kontroll i oppstarten. Stolt med tanke på utviklingen av forståelsen og moralsk fremtoning i møte med intervjupersonene.

6.3 Metode for analyse av data

Fortolkninger av intervjuer er ikke intersubjektive, men subjektive, ettersom forskjellige lesere finner forskjellige meninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Malterud (2013) skriver at forforståelsen er en viktig del av forskerens motivasjon for å igangsette undersøkelsen av et spesielt tema, men at det på en annen side kan føre til at forskeren beveger seg inn i et prosjekt med skylapper, begrenset horisont eller manglende evne til å lære av undersøkelsen sin (Malterud, 2013). Med et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse kan det forebygges (Malterud, 2013). Om en annen leser hadde reflektert annerledes over intervjuvarene enn meg kan godt være. Min tilstedeværelse under gjennomføringen av intervjuene kan selvfølgelig ha preget fortolkningen, men håpet er å ha klart å forholde meg relativt objektiv, i den grad det er mulig.

En annen utfordring som har blitt reflektert over er som Kvale & Brinkmann (2015) nevner at intervjuresultatene kan ikke generaliseres fordi det er for få intervjupersoner. I denne masteroppgaven er det syv intervjupersoner. Med hensyn til tidsbegrensning og min tidligere manglende erfaring som forsker føler jeg meg trygg på at dette var et hensiktsmessig utvalg, men generaliserbarheten begrenses naturligvis.

6.4 Studiens reliabilitet og validitet

«Et liv er ikke mer enn et biologisk fenomen så lenge det ikke er tolket» er ifølge Kvale & Brinkmann (2015) sagt av den hermeneutiske filosofen Paul Ricoeur. Det har blitt reflektert mye over tolkning i denne prosessen og vurdert argumenter for og imot for å komme til bunns i hvor grensen går. Slik det kan forstås er også litteraturen uenig her (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble bestemt å ivareta konkrete transkriberinger, men å tillate frihet til å trekke inn refleksjoner og teoretiske perspektiver som kanskje gikk utenom intervjupersonens opprinnelige mening i drøftingskapittelet.

Når resultatene av en intervjuundersøkelse er pålitelig flyttes fokuset videre til om resultatene er overførbare til andre intervjupersoner, kontekster eller situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015). Ulike former for generalisering beskrives som naturalistisk med fokus på personlige erfaringer, statistisk generalisering som baseres på representative intervjupersoner som er tilfeldig valgt fra en befolkning, det er formelt og eksplisitt (Kvale & Brinkmann, 2015), og analytisk generalisering som baseres på analyse mellom likhetene og forskjellene mellom

ulike situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne masterstudien sikter mot en naturalistisk generalisering basert på intervjupersonenes personlige erfaringer. Det håpes at det kan bidra fra å være tanker og opplevelser til å formes til konkret kunnskap. Generalisering av denne masterstudien kan virke vanskelig på grunn av få intervjupersoner, men ansees likevel som nok i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015). Som en intervjuer uten erfaring virket likevel ikke syv intervjuer å være nok, da svarene både var kortere og mindre utfyllende enn forventet. En erfaren intervjuer kan trolig klare seg med færre intervjuer av høyere kvalitet, da det potensielt vil generere en større datamengde.

Studiens validitet er sikret gjennom hele prosessen ved å følge Kvale & Brinkmann (2015)'s validering i syv stadier, som tidligere er presentert i kapittel 3.1. Når det gjelder tematisering har det handlet om å skape sammenheng mellom studiens teoretiske perspektiv og forskningsspørsmålene. I planleggingen innebar det sikre kvalitet i intervjuguiden og metodene som ble benyttet i forhold til studiens tema og formål. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) bør et gyldig forskningsdesign fra et etisk perspektiv produsere kunnskap som er fordelaktig for mennesket og minimaliserer skadelige konsekvenser. Når det gjelder intervjuet handlet valideringen om intervjupersonens troverdighet og intervjuingens kvalitet. Kvale og Brinkmann (2015) presenterer her at intervjuingen bør omfatte grundig utspørring om meningen ved det som blir fortalt og samtidig kontrollere informasjonen som gis underveis i intervjuet. Der kunne det i denne masterstudien med fordel blitt gjort en bedre jobb.

Nervøsitert som intervjuer med hovedfokus på å ivareta tryggheten i situasjonene ovenfor intervjupersonene satt begrensninger for kontrollering og oppfølgingsspørsmål, og har trolig vært en begrensning for datamaterialet som kunne vært mer omfattende med bedre oppfølging. Det er også viktig å beskytte intervjupersonenes konfidensialitet og ta etiske hensyn. Lydopptakene ble lagret trygt, det samme gjelder transkribert materiale. Opptakene ble slettet når de ikke lengre brukes og intervjupersonene anonymiseres (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette var et viktig fokus da ønsket var at intervjupersonene skulle kjenne at det var trygt å delta. En grundig plan ble lagt og informasjon gitt til intervjupersonene før intervjuet. I transkriberingen ble det reflektert over hvordan den språklige stilen i transkribert materiale kunne være av betydning for senere gjennomlesning. Språklig stil ble vurdert som mest rettferdig ovenfor intervjupersonene, og derfor ble det gjort slik. Det er ikke stilt spørsmålstegn ved oppriktigheten i brukerens uttalelser, og følelser, stemning eller annet eksternt som ikke ble skildret i transkribert tekst. Analyseringen baseres på gyldigheten av spørsmålene som stilles i intervjuene og hvorvidt fortolkningene er logiske. Analysen er

basert på en tilnærmet objektiv opplevelse av situasjonen, i den grad det er mulig i hermeneutisk, fenomenologisk vitenskapsteoretisk forankring. Med det menes et ønske om å stille så nøytral som mulig, uten å la bakgrunn og forforståelse ta overhånd. I stadiet om validering forstår jeg det som at det bør gjøres vurderinger og refleksjoner underveis. Det handler om gjennomføring, avgjørelser som tas og om resultatenes gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det siste stadiet, rapportering, utgjør selve masteroppgaven i sin helhet. Dette handler i stor grad om at leseren er validitetsbedømmer og om rapporten gir valid beskrivelse av hovedfunnene i studien (Kvale & Brinkmann, 2015).

Til sist i dette kapitlet rettes kritikk mot egen referanse-bruk. Mange ganger i prosessen har det vært ønskelig å gå til originalkilden i referanseutvalget, men av tidsbegrensende faktorer er stort sett den leste kilden i Kvale & Brinkmann (2015) og Malterud (2013) brukt som referanse. Det har gjort det ryddig, forståelig og enklere, samtidig som det sannsynligvis har begrenset utforskningen av det metodiske feltet. Masterstudien anses likevel trolig som metodisk sterk nok til å bidra til nysgjerrighet rundt studiens funn. Det ønskes å skape overførbarhet til frisklivssentraler, folkehelsearbeidet samt til videre forskning.

7.0 AVSLUTNING

7.1 Oppsummering av svar på forskningsspørsmålene

Gjennom denne masterstudien har jeg forsøkt å redegjøre for å beskrive brukeres erfaringer og opplevelser fra helsesamtale med MI ved frisklivssentraler, sett i et helsefremmende perspektiv. Opplevelser av motiverende samtale/MI ble studert i forhold til endring av livsstil. Jeg har forsøkt å belyse aktuelle forskningsspørsmål og finne svar på disse gjennom teoretiske perspektiver, tidligere forskning og metodiske analyseprinsipper. Konkluderende svar blir vanskelig å finne, men oppsummerende refleksjoner beskrives videre.

Hvordan brukerne ved frisklivssentralen opplevde empowerment gjennom brukervedvirkning i helsesamtalen ved frisklivssentralen kan oppsummeres med tanker om å bli møtt med respekt og annerkjennelse, medvirkning til egen endringsprosess og styrket følelse til egen helsesituasjon. De opplyste å ha opplevd motivasjon, økt OAS, håp for framtid og egen helsesituasjon. Videre ble det fortalt at helsesamtalen på frisklivssentraler ser ut til å ha ulik påvirkning på ulike utfordringer, men virker utelukkende å være positivt. Det virker som det er helhetsopplevelsen gjennom en sammensetning av helsesamtalen, fysisk aktivitet og oppfølgingen som gjøres med respekt og brukeren i førersetet, som bidrar til varig endring.

På frisklivssentralen virker helsesamtalen å være en igangsetter og viktig for å starte en endringsprosess på brukerens egne premisser. Det kan virke som at MI's-verdigrunnlag gjennomgående ivaretas, men at det kan fremkomme innslag av nudging som har påvirket i svært liten negativ – eller kun i positiv grad. Oppsummert inntrykk innebærer at intervjupersonenes opplevelser av helsesamtalen/MI oppleves viktig. Både i form av annerkjennelse om utfordringer, motivasjon, mestring og håndtering av situasjonen med seg selv i førersetet. Det antas at opplevelsene av helsesamtalen har vært gode for intervjupersonene i masterstudien, ettersom det har ført til endring og ut ifra måten intervjupersonene fortalte om den. MI anses som et godt supplement til andre tiltak, særlig når hensikten er å forbedre fysisk form, selvtillit og mental helse, samt at samtalen gjøre flere ganger (Lai, 2011; Thomas 2012; Sekerei & Kitis, 2018). I tillegg beskrives samtalemetoden som mer effektivt enn tradisjonell rådgivning (Helsedirektoratet, 2013) og anbefales å benytte i daglig helsearbeid (Rubak et al., 2005). Det ser ut til at MI oppnår sin hensikt for intervjupersonene ved frisklivssentralen, og det oppfordres til å benytte MI i flere atferdsrelaterte helse utfordringer (Lundahl, 2013).

7.2 Oppfordring til videre forskning

Arbeidet ved frisklivssentraler, og kompetanse i forhold til veiledning i helsesamtalen ved frisklivssentraler fremstår som viktig i det kommunale folkehelsearbeidet. For å kunne hjelpe flere trengs flere hjelpere, og sett gjennom opplevelsene beskrevet av denne studiens intervjupersoner, er det noe som er verdt å prioritere. Det handler om å bidra til verdige og meningsfulle liv.

Det oppfordres derfor til videre forskning av MI i ulike sammenhenger:

Studiering av hvordan MI oppleves med regelmessig gjentakelse, og om opplevelsene er ulike hvis de veiledes av samme veileder eller mange ulike veiledere kan være nyttig.

Videre forskning bør inkludere MI og nudging, og gjerne med grundigere undersøkelse av nudging i helsesamtalen.

MI bør studeres på ulike grupper med spesifikke lidelser og utfordringer. Det er interessant å undersøke om MI's påvirkning på fysiske effekter samspiller med brukerens opplevelse av den og hvordan dette samspillet foregår.

Det oppfordres til undersøkelse av hvordan frisklivsveiledere og annet helsepersonell opplever å føre MI, sett fra veilederperspektivet.

Videre forskning av MI bør utvilsomt inkludere opplevelser fremfor fysiske effekter.

7.3 Avsluttende ord

Denne reisen avsluttes med mye ny kunnskap. En stor del av lærdommen innebærer ydmykhet for forskning, litteratur og kunnskap. Frustrasjon har oppstått i forhold til alt metodisk underveis, og det har lagt en demper på selve ønsket om fordypingen i emnene som lenge har interessert meg. Det har på en annen side vært den største læringskurven har vært og det er nettopp der mestringsfølelsen har vært størst.

Min største erkjennelse når denne masterstudien rundes av, er at prioritering av ressurser til frisklivssentraler er viktig for det lokale folkehelsearbeidet. Underveis i forløpet med masterstudien har jeg vært i kontakt med mange dyktige og engasjerte fagfolk; ansvarlig for frisklivssentraler i helsedirektoratet, ansvarlig for utdanning av fysisk aktivitet – og helse rådgivere ved høyskolen på Vestlandet og veiledere ved mange frisklivssentraler. Det kommer frem som et behov at utvidelse av antall ansatte på frisklivssentraler er nødvendig for å kunne gjøre ventelistene kortere og prioritere at folk flest får hjelpen når de trenger det.

Min erfaring som arbeidssøkende er at det ofte er fysioterapeuter, sykepleiere og kliniske ernæringsfysiologer som får stillingene ved frisklivssentralene, til tross for at vi, helse- og treningsterapeuter, stiller med skreddersydd bachelor/masterutdanning nettopp for å drive med denne typen arbeid. Det virker heldigvis som at det er under utbedring, og det har blant annet nylig blitt opprettet en norsk forening for helse- og trenings terapeuter, noe som kan bidra til at flere av oss kan få mulighet til å jobbe med det vi brenner for. Vi er en gjeng engasjerte folk som ønsker å bidra til at folkehelsen i Norge skal bedres, samt at flere skal få ha det godt med seg selv og leve lange, verdige og friske liv.

I januar 2019 ble jeg for første gang ansatt som frisklivsveileder ved en frisklivssentral. Det er en liten drøm som har gått i oppfyllelse, og det er takket være denne masteroppgaven. Nå gjenstår det bare å formidle det jeg har lært på denne reisen til andre frisklivsveiledere, og fortsette med arbeidet jeg brenner for.

8.0 REFERANSELISTE

- Aamodt, L. G. (2003). Sosialt arbeid og annerkjennelse: En problematisering av grunnlagstenkningen i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid* nr. 3.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11 (1) .
- Antonovsky, A. (2002). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Austvoll-Dahlgren, A., & Johansen, M. (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 225-230.
- Bahr, R. (2008). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (1. utgave). Oslo: Helsedirektoratet.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Terry, M. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*, 97 (10).
- Bandura, A. (1997) Self-Efficacy. The exercise of control. New York: *W.H. Freeman and company*.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P. (2016). *Motiverende intervju: Samtaler om endring* (1. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barth, T., Näsholm, C., & Sjøbu, A. (2007). *Motiverende samtale - MI : endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforl.
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien*.
- Broers, V. J. V., Breucker, C. D., Broucke, S. V. & Luminet, O. (2017). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of nudging to increase fruit and vegetable choice. *European journal of public health*.
- Catford, J. (2011). Ottawa 1986: back to the future. *Health promotion international*, 26 (2).
- Codern-Bove, N., Pujol-Ribera, E., Pla, M., Gonzalez-Bonilla, J. & Granollers, S. Motivational interviewing interactionas and the primary health care challenges

- presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. *BMC public health*, 14.
- Cohen, S. (2018) On nudging health. *Hastings center report*.
- Copeland, L., McNamara, R., Kelson, M., & Simpson, S. (2015). Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98 (4).
- Dahlgren, A. A. & Johansen, M. (2013) Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*, 23 (2).
- Day, P. (2013). Using motivational interviewing in the fight against obesity. *British Journal of School Nursing*, 8 (5).
- DiLillo, V., & West, D. S. (2011). Incorporating motivational interviewing into counseling for lifestyle change among overweight individuals with type 2 diabetes.(Report). *Diabetes Spectrum*, 24 (2).
- Drageset, S. (2013). Mestring før kreftoperasjon. *Tidsskriftet sykepleien*.
- Folkehelseinstituttet. (2016). PICO. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Folkehelse rapporten 2018 : helsetilstanden i Norge*. (2018). Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt : online), 4.
- Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne : nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. (2010). Oslo: Helsedirektoratet.
- NSD. (2017). Personvernombudet for forskning. Hentet fra: <https://nsd.no/personvernombud/>
- Frongillo, M., Feibelman, S., Belkora, J., Lee, C. & Sepucha, K. (2012). Is there shared decision making when the provider makes a recommendation?. *Patient education and counseling*, 90.
- Fruh, S. M. (2017). Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29 (1).
- Færevaaag, F. S. (2018). Hvordan kan nudging påvirke framtiden. Hentet fra:
<https://blogg.bjorkneshoyskole.no/nudging/>.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (3).

- Gourlan, M., Sarrazin, P. & Trouilloud, D. (2013). Motivational interviewing as a way to promote physical activity in obese adolescents: A randomised-controlled trial using self-determination theory as an explanatory framework. *Psychology & health*, 28 (11).
- Grøholt, E., Bøhler, L. & Hånes, H. (Red.). (2018). *Folkehelse rapporten- kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018* (Område for psykisk og fysisk helse avdeling for helse og ulikhet). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Greaves, C., Sheppard, K., Evans, P. (2010). Motivational interviewing for lifestyle change. *Supplement to Diabetes & Primary care*, 12 (3).
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (Meld. St. 16 (2002-2003)). Oslo: Departementet.
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet : veien til god helse for alle*. (Veileder: IS-1846). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonalt plan for selvorganisert selvhjelp*. Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2011, 2016, 2019). *Veileder for kommunale frisklivssentraler* (veileder IS-1896). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Utviklingen i norsk kosthold*. Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). Veileder for gjennomføring av helsesamtalen. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Frisklivssentraler/veiledning-til-gjennomforing-av-frisklivssamtalen.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015)). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Oslo: Departementet.
- Ivarsson, B. H., Hultqvist, H. L., & Gjestrud, G. (2017). *MI : motiverende samtaler : en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health, 101* (8)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2005). *Stress, mestring og endring av livsstil*. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Lai, D., Cahill, K. & Tang, J. (2011). Motivational interviewing for smoking cessation. *The cochrane collaboration*.
- Lindsay, E. & Mechen, C. (2018). Improving wellbeing and quality of life using motivational interviewing. *Wounds UK, 14* (5).
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counseling, 93* (2).
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCarley, P. (2009). Patient empowerment and motivational interviewing: engaging patients to self-manage their own care.(Sponsored Educational Supplement: AMGEN[R]). *Nephrology Nursing Journal, 36* (4)
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale : støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlag.
- Mortensen, A., Nordhaug, M. & Lohne, V. (2018). Nudging in nursing. *SAGE publications*.
- Munoz, R., Fox, M., Gomez, M. & Gelfand, S. (2015). Evidence-based nudging: best practices in informed consent. *American journal of bioethics*.
- Nylenna, M. (2017). Nudging på norsk: dulting. *Tidsskriftet: Den Norske legeforening*.
- Nylenna, M. (2019). Livsstil. Hentet fra: <https://sml.snl.no/livsstil>
- Olsson, V. & Vågan, A. (2015). Mestring. Hentet fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_mestring.pdf
- Ommundsen, Y. & Aadland, A. (Red.). (2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge: Hvem er inaktive- og hva motiverer til økt fysisk aktivitet* (Rapport i samarbeid mellom helsedirektoratet, den norske kreftforening og norges bedriftsforbund). Oslo: Helsedirektoratet.

- Ozer, E. M., Bandura, A., & Sarason, I. G. (1990). Mechanisms Governing Empowerment Effects: A Self-Efficacy Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3).
- Page, K. & Tchernitskaia, I. (2014). Use of motivational interviewing to improve return-to-work and work-related outcomes: a review. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 20 (1).
- Park, J., Esmail, S., Rayani, F., Norris, C. & Gross, D. (2017). Motivational interviewing for workers with disabling musculoskeletal disorders: results of a cluster randomized control trial. *Occupational Rehabilitation*, 28.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2015). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pignataro, R., & Huddleston, J. (2015). The Use of Motivational Interviewing in Physical Therapy Education and Practice: Empowering Patients Through Effective Self-Management. *Journal of Physical Therapy Education*, 29 (2).
- Ploug, T. & Holm, S. (2015). Doctors, Patients, and nudging in the clinical context: Four views on nudging and informed consent. *The American Journal of Bioethics*.
- Rodriguez-Arias, D. & Morgan, M. (2016). "Nudging" decreased donation through an opt-out system: a libertarian approach or manipulation. *American Journal of Bioethics*.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care : helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- Rootman, I. (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* WHO regional publications, European series, 92.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta analysis. *MBC public health*, 18.
- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk : beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schorr, G., Ulbricht, S., Baumeister, S., Rüge, J., Grothues, J., Rumpf, H.-J., Meyer, C. (2009). Mental Health and Readiness to Change Smoking Behavior in Daily Smoking Primary Care Patients. *Official Journal of the International Society of Behavioral Medicine*, 16 (4).
- Sekerci, Y. G. & Kitis, Y. (2019). Effects on the stages of change model-based education and motivational interview on exercise behavior in diabetic women. *Community health nursing department*.

- Sigstad, H. M. H. (2004). Brukermedvirkning - alibi eller realitet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Sjåfjell, T. (2019). Motiverende eller manipulerende?. Hentet fra <https://rus.no/motiverende-eller-manipulerende/>.
- Svartdal, F. (2018). Mestring. Hentet fra: <https://snl.no/mestring>.
- Taylor, A., Cable, N., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M., & Van Der Bij, A. (2004). Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Sciences*, 22 (8).
- Thomas, M., Elliot, J., Rao, S., Fahey, K., Paul, S. & Miaskowski, C. (2012). A randomized, clinical trial of education or motivational-interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. *Oncology nursing forum*, 39 (1).
- Tripp, S. B., Perry, J. T., Romney, S., & Blood-Siegfried, J. (2011). Providers as Weight Coaches: Using Practice Guides and Motivational Interview to Treat Obesity in the Pediatric Office. *Journal of Pediatric Nursing*, 26 (5).
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk : pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforl.
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk : nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2018). Helsepedagogikk. Hentet fra: <https://mestring.no/helsepedagogikk/>
- Helsinkideklarasjonen. (2013). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Wong, E. & Cheng, M. (2013). Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. *Journal of clinical nursing*, 22.
- Östlund, A.-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.-L., & Häggström, E. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15 (2).
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K. & Høigaard, R. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlag.

9.0 VEDLEGG

- 1) Helsesamtale oppstart
- 2) Helsesamtale fullført
- 3) Intervjuguide
- 4) Forespørsel til frisklivssentraler
- 5) Samtykkeskjema til intervjupersoner
- 6) REK: fremleggsvurdering
- 7) NSD: godkjenning og endringsmelding
- 8) ROS-skjema

1) Skjema for oppstart helsesamtale frisk

FRISKLIV OPPSTART **FRISKLIVSSENTRALEN**

Dato: _____ Navn: _____ Fødselsår: _____

Kvinne Mann

Henvist av: _____ Tatt kontakt selv

Behov for tolk? Ja Nei På hvilket språk? _____

1. Har du brukt frisklivssentralens tilbud tidligere?

Ja Antall oppfølgingsperioder: _____ Nei

Hvis ja, når avsluttet du din siste oppfølgingsperiode (oppgi i tall)? Måned: ____ År: 20 ____

2. Årsaker til deltakelse på frisklivssentralen (kryss av det som passer for deg, flere kryss mulig):

Overvekt Fysisk inaktivitet Kostholdsendring Muskel-/skjelettplager Psykiske plager

Ensomhet Søvnvansker Snus- og røykeslutt Alkoholvaner

3. Har du andre plager eller sykdommer (kryss av det som passer for deg, flere kryss mulig)?

Muskel/skjelettlidelse Psykisk lidelse Diabetes Høyt blodtrykk Hjerter-/karsykdommer

Lungesykdom Kreftsykdom Annet (hva?) _____

4. Bruker du noen reseptbelagte medisiner nå?

Nei Ja Hvis ja, for hva? _____

NEDENFOR FØLGER SPØRSMÅL OM ULIKE LEVEVANER

FYSISK AKTIVITET/MOSJON

5. Hvor ofte driver du mosjon? Med «mosjon» mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, svømmer, danser eller driver trening/idrett. Ta et gjennomsnitt.

Aldri Sjeldnere enn én gang i uka En gang i uka 2-3 ganger i uka Omrent hver dag

6. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor hardt mosjonerer du? Ta et gjennomsnitt.

Tar det rolig uten å bli andpusten og svett Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett Tar meg nesten helt ut

7. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor lenge holder du på hver gang? Ta et gjennomsnitt.

Mindre enn 15 minutter 15-29 minutter 30 min. - 1 time Mer enn 1 time

1
FRISKLIV OPPSTART

8. Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritids?

Ja Nei

9. Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? Regn med både arbeid og fritid. Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: _____

10. Omtrent hvor mye mosjon får du gjennom daglige gjøremål? (Hverdagsaktivitet som for eksempel å gå trapper, hus- og hagearbeid, lek med barn, handling etc.) Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: _____

11. Hvilke aktiviteter liker du eller kunne du tenke deg å drive med?

12. Hvor viktig er det for deg å være fysisk aktiv?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Dersom du ønsker endring i aktivitetsnivået ditt: Hvor stor tro har du på at du kan bli mer fysisk aktiv og komme i bedre form?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

KOSTHOLD

14. Måltidsrytme

Omtrent når spiser du vanligvis hovedmåltider? Sett ett kryss for hvert hovedmåltid. Med «hovedmåltid» mener vi mat og drikke som gir deg energi og protein og andre næringsstoffer i samme måltid (som f. eks. brød med pålegg eller melk og korn).

Ca. kl.

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12
 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Omtrent når spiser du vanligvis mellommåltider? Sett ett kryss for hvert mellommåltid. Inntak av snacks (godten og/eller frukt/grønnsaker) defineres ikke som et hovedmåltid, men som et «mellommåltid».

Ca. kl.

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12
 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24






15. Hvor mye drikker du vanligvis av følgende per dag? (1 glass = 1,5 dl)

	Aldri/sjelden	Mindre enn 1 glass	1 - 3 glass	4 - 6 glass	Mer enn 6 glass
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Let, ekstra lett, skummet melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søtet drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunstig søtet drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hvor ofte spiser du følgende matvarer i løpet av en uke?

	Aldri/sjelden	Mindre enn 1 gang pr. uke	1 - 3 ganger pr. uke	4 - 6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	2 ganger eller flere pr. dag
Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt og bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød/ rundstykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovbrød/ knekkebrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks/kaker/ godteri/søt kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transomega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hvor stor del av et vanlig middagsmåltid inneholder grønnsaker?

- Bruker ikke grønnsaker
 Mindre enn 1/3 
 Omtrent 1/2 
 Mindre enn 1/4 
 Omtrent 1/3 
 Mer enn 1/2 

18. Hvor viktig er det for deg å spise sunt?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Dersom du ønsker endring i kostholdet ditt: Hvor stor tro har du på at du kan få et sunnere kosthold?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TOBAKK

20. Røyker du?

- Ja, daglig
 Ja, av og til
 Nei, har aldri røykt
 Nei, har sluttet

21. Bruker du snus?

- Ja, daglig
 Ja, av og til
 Nei, har aldri brukt snus
 Nei, har sluttet

22. Svar på del/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

Hvor viktig er det for deg å være røykfri?

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

Hvor viktig er det for deg å være snusfri?

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

23. Svar på del/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan slutte å røyke?

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan slutte å snuse?

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

SØVN

24. Har du ofte (dvs. mer enn 3 ganger i uken) problemer med å sovne om kvelden, våkne for tidlig eller sove urolig i løpet av natta?

Ja Nei

25. Hvis ja: Opplever du at dette påvirker hvordan du fungerer i hverdagen?

Ja Nei

ALKOHOL

26. Hvor ofte drikker du alkohol?

Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-4 ganger i måneden
 2-3 ganger i uka 4-6 ganger i uka Daglig

27. Hvor mange glass (alkoholenheter) drikker du på en typisk dag når du drikker alkohol?

Antall glass (alkoholenheter): _____

En alkoholenhet er:



eller



eller



eller



33 cl øllusbrus

12-15 cl vin

8 cl hetvin

4 cl brennevin

28. Hvor viktig er det for deg å ha et alkoholforbruk som ikke går utover helsen din?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

29. Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan redusere alkoholforbruket ditt?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

HØYDE, VEKT OG MIDJE

30.

Høyde: _____ cm Vekt: _____ kg Midje: _____ cm (hvis aktuelt; måles av veileder ved frisklivsentreren)

SOSIAL STØTTE

31. Har du venner/familie som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Ja Nei

32. Har du venner/familie som du kan snakke trygt og fortrolig med?

Ja Nei





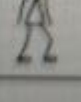
FUNKSJONSMÅLING (COOP/WONCA)

33. For å kunne følge din generelle helse/tilstand, trenger vi å vite hvordan du har det. Vi ber deg derfor svare på spørsmålene A til F nedenfor. Sett kryss til høyre for tegningen som beskriver din nåværende situasjon.

A. FYSISK FORM

De siste 2 uker:






Hva var den tyngste fysiske belastningen du greide/ kunne greid i minst to minutter?

MEGET TUNGT (f.eks.) Løpe fort		1 <input type="checkbox"/>
TUNGT (f.eks.) Jogge i rolig tempo		2 <input type="checkbox"/>
MODERAT (f.eks.) Gå i raskt tempo		3 <input type="checkbox"/>
LETT (f.eks.) Gå i vanlig tempo		4 <input type="checkbox"/>
MEGET LETT (f.eks.) Gå sakte – eller kan ikke gå		5 <input type="checkbox"/>

B. FØLELSESMESSIG PROBLEM

De siste 2 uker:

Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irriterbarhet?

Ikke i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare litt		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
En god del		4 <input type="checkbox"/>
Svært mye		5 <input type="checkbox"/>






C. DAGLIGE AKTIVITETER

De siste 2 uker:
Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?

Ikke vansker i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare lette vansker		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
En god del vansker		4 <input type="checkbox"/>
Har ikke greid noe		5 <input type="checkbox"/>






D. SOSIALE AKTIVITETER

De siste 2 uker:
Har din fysiske eller psykiske helse begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

Ikke i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare litt		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
Ganske mye		4 <input type="checkbox"/>
I svært stor grad		5 <input type="checkbox"/>






E. BEDRE ELLER DÅRLIGERE HELSE

Hvorledes vil du bedømme helsen din i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?

Mye bedre		1 <input type="checkbox"/>
Litt bedre		2 <input type="checkbox"/>
Omtrent uforandret		3 <input type="checkbox"/>
Litt verre		4 <input type="checkbox"/>
Mye verre		5 <input type="checkbox"/>

F. SAMLET HELSETILSTAND

De siste 2 uker:
Hvorledes vil du vurdere din egen helse, fysisk og psykisk i allmennhet?

Svært god		1 <input type="checkbox"/>
God		2 <input type="checkbox"/>
Verken god eller dårlig		3 <input type="checkbox"/>
Dårlig		4 <input type="checkbox"/>
Meget dårlig		5 <input type="checkbox"/>

MÅL OG PLANER

34. Hva er ditt/dine mål med å delta på frisklivssentralen?

35. Hva skal til for at du når målene dine?

BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

36. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Ikke fullført grunnskole Grunnskole Videregående skole
 Høgskole eller universitet, inntil 3 år Høgskole eller universitet, mer enn 3 år

37. Hva er din arbeidsstatus i dag?

- I jobb/yrkesaktiv _____ % Sykemeldt _____ %
 NAV-stenad _____ % type stenad: _____
 Pensjonist _____ % Student/skoleelev _____ %
 Annet (spesifiser) _____

TILLEGGSPPLYSNINGER

38. Plass for tilleggsopplysninger/kommentarer:

2) Skjema for avsluttende helsesamtale friskliv

FRISKLIV FULLFØRT **FRISKLIVSENTRALEN**

Date: _____ Navn: _____ Fødselsår: _____

Kvinne Mann

NEDENFOR FØLGER SPØRSMÅL OM ULIKE LEVEVANER

FYSISK AKTIVITET/MOSJON

1. Hvor ofte driver du mosjon? Med «mosjon» mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, svømmer, danser eller driver trening/idrett. Ta et gjennomsnitt.

Aldri Sjeldnere enn én gang i uka En gang i uka 2-3 ganger i uka Omtrent hver dag

2. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor hardt mosjonerer du? Ta et gjennomsnitt.

Tar det rolig uten å bli andpusten og svelt Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svelt Tar meg nesten helt ut

3. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor lenge holder du på hver gang? Ta et gjennomsnitt.

Mindre enn 15 minutter 15-29 minutter 30 min. – 1 time Mer enn 1 time

4. Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritiden?

Ja Nei

5. Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? Regn med både arbeid og fritid. Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: _____

6. Omtrent hvor mye mosjon får du gjennom daglige gjøremål? (Hverdagsaktivitet som for eksempel å gå trapper, hus- og hagearbeid, lek med barn, handling etc.) Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: _____

7. Hvilke aktiviteter liker du eller kunne du tenke deg å drive med fremover?

1
FRISKLIV FULLFØRT

8. Hvor viktig er det for deg å være fysisk aktiv?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Dersom du har økt aktivitetsnivået ditt: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være regelmessig fysisk aktiv?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

KOSTHOLD

10. Måltidsrytme

Omtrent når spiser du vanligvis hovedmåltider? Sett ett kryss for hvert hovedmåltid. Med «hovedmåltid» mener vi mat og drikke som gir deg energi og protein og andre næringsstoffer i samme måltid (som f. eks. brød med pålegg eller melk og korn).
Ca. kl.

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12
 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Omtrent når spiser du vanligvis mellommåltider? Sett ett kryss for hvert mellommåltid. Inntak av snacks, godteri og/eller frukt/ grønsaker defineres ikke som et hovedmåltid, men som et «mellommåltid».
Ca. kl.

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12
 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24






11. Hvor mye drikker du vanligvis av følgende per dag? (1 glass = 1,5 dl)

	Aldri/sjelden	Mindre enn 1 glass	1 - 3 glass	4 - 6 glass	Mer enn 6 glass
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Let, ekstra lett, skummet melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søtet drikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunstig søtet drikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hvor ofte spiser du følgende matvarer i løpet av en uke?

	Aldri/sjelden	Mindre enn 1 gang pr. uke	1 - 3 ganger pr. uke	4 - 6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	2 ganger eller flere pr. dag
Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt og bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød/ rundstykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovtbrød/ knekkebrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks/kaker/ godteri/et kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tran/omega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Hvor stor del av et vanlig middagsmåltid inneholder grønnsaker?

- Bruker ikke grønnsaker Mindre enn 1/3  Omrent 1/2 
 Mindre enn 1/4  Omrent 1/3  Mer enn 1/2 

14. Hvor viktig er det for deg å spise sunt?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Dersom du har gjort sunne endringer i kostholdet ditt: Hvor stor tro har du på at du klarer å fortsette med det?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TOBAKK

16. Røyker du?

- Ja, daglig Ja, av og til Nei, har aldri røykt Nei, har sluttet

17. Bruker du snus?

- Ja, daglig Ja, av og til Nei, har aldri brukt snus Nei, har sluttet

18. Svar på delide spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

Hvor viktig er det for deg å være røykfri?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hvor viktig er det for deg å være snusfri?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Svar på delide spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

Dersom du har sluttet å røyke: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være røykfri?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dersom du har sluttet å snuse: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være snusfri?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SØVN

20. Har du ofte (dvs. mer enn 3 ganger i uken) problemer med å sovne om kvelden, våkne for tidlig eller sove urolig i løpet av natte?

- Ja Nei

21. Hvis ja: Opplever du at dette påvirker hvordan du fungerer i hverdagen?

- Ja Nei

ALKOHOL

22. Hvor ofte drikker du alkohol?

- Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-4 ganger i måneden
 2-3 ganger i uke 4-6 ganger i uke Daglig

23. Hvor mange glass (alkoholenheter) drikker du på en typisk dag når du drikker alkohol?

Antall glass (alkoholenheter): _____
En alkoholenhet er:



24. Hvor viktig er det for deg å ha et alkoholforbruk som ikke går utover helsen din?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

25. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan redusere alkoholforbruket ditt?

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

Dersom du har klart å redusere alkoholforbruket ditt: Hvor stor tro har du på at du klarer å fortsette med det?

1 [2 [3 [4 [5 [6 [7 [8 [9 [10

HØYDE, VEKT OG MIDJE

26.

Høyde: _____ cm Vekt: _____ kg Midje: _____ cm (hvis aktuelt: måles av veileder ved frisklivssentralen)

SOSIAL STØTTE

27. Har du venner/familie som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Ja Nei

28. Har du venner/familie som du kan snakke trygt og fortrolig med?

Ja Nei

MEDISINBRUK

29. Bruker du noen reseptbelagte medisiner nå?

Ja Nei

Hvis ja, for hva? _____

30. Har du redusert medisinerbruken i løpet av frisklivsperioden?

Ja Nei

Hvis ja, for hva? _____

31. Hva er din arbeidsstatus i dag?

I jobb/yrkesaktiv _____ % Sykemeldt _____ %

NAV-stønad _____ % type stønad: _____

Pensjonist _____ % Student/skoleelev _____ %






Annet (spesifiser) _____

FUNKSJONSMÅLING (COOP/WONCA)

32. For å kunne følge din generelle helsestilstand, trenger vi å vite hvordan du har det. Vi ber deg derfor svare på spørsmålene A til F nedenfor. Sett kryss til høyre for tegningen som beskriver din nåværende situasjon.

A. FYSYSK FORM

De siste 2 uker:
Hva var den tyngste fysiske belastningen du greide/ kunne greid i minst to minutter?

MEGET TUNGT (f.eks.) Løpe fort		1 <input type="checkbox"/>
TUNGT (f.eks.) Jogge i rolig tempo		2 <input type="checkbox"/>
MODERAT (f.eks.) Gå i raskt tempo		3 <input type="checkbox"/>
LETT (f.eks.) Gå i vanlig tempo		4 <input type="checkbox"/>
MEGET LETT (f.eks.) Gå sakte - eller kan ikke gå		5 <input type="checkbox"/>

B. FØLELSESMESSIG PROBLEM





De siste 2 uker:
Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet?

Ikke i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare litt		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
En god del		4 <input type="checkbox"/>
Svært mye		5 <input type="checkbox"/>

C. DAGLIGE AKTIVITETER

De siste 2 uker:

Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?

Ikke vansker i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare lette vansker		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
En god del vansker		4 <input type="checkbox"/>
Har ikke greid noe		5 <input type="checkbox"/>

D. SOSIALE AKTIVITETER

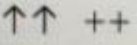

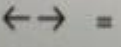

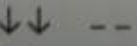
De siste 2 uker:

Har din fysiske eller psykiske helse begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

Ikke i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare litt		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
Ganske mye		4 <input type="checkbox"/>
I svært stor grad		5 <input type="checkbox"/>

E. BEDRE ELLER DÅRLIGERE HELSE

Hvorledes vil du bedømme helsen din i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?

Mye bedre		1 <input type="checkbox"/>
Litt bedre		2 <input type="checkbox"/>
Ombrent uforandret		3 <input type="checkbox"/>
Litt verre		4 <input type="checkbox"/>
Mye verre		5 <input type="checkbox"/>

F. SAMLET HELSETILSTAND

De siste 2 uker:

Hvorledes vil du vurdere din egen helse, fysisk og psykisk i allminnelighet?

Svært god		1 <input type="checkbox"/>
God		2 <input type="checkbox"/>
Verken god eller dårlig		3 <input type="checkbox"/>
Dårlig		4 <input type="checkbox"/>
Meget dårlig		5 <input type="checkbox"/>

MÅL OG PLANER

33. I hvilken grad har du oppnådd ditt/dine mål for deltakelse på frisklivssentralen?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er jeg har ikke oppnådd noen av mine mål og 10 er jeg har oppnådd alle mine mål

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. Hva er ditt/dine mål og planer fremover?

35. Hva skal til for at du når målene dine?

TILLEGGSOPPLYSNINGER

36. Plass for tilleggsopplysninger/kommentarer

3) intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjon:

1) Kort om meg

- Martine, 26 år, fra Lørenskog
- Idrettspedagog i barnehage
- Master i empowerment og helsefremmende arbeid

2) Kort om studien, anonymitet og lydopptaket:

- Intervjue for å undersøke opplevelsen av helsesamtalen (MI) på frisklivssentralen
- Deltakeren forholdes helt anonyme både i skriveprosess og i oppgavens tekst
- En lydopptaker tar opp hele intervjuet, og det slettes når intervjuet er ferdig bearbeidet av masterstudenten
- Presisere at her er det trygt å svare ærlig, og det respekteres hvis det er noe deltakere ikke ønsker å dele

3) Spørre om deltakeren har spørsmål før vi begynner.

Spørsmålene:

1. *Innledende spørsmål: Kan du fortelle litt om bakgrunnen for at du begynte hos frisklivssentralen? (Var det ditt eget initiativ eller henvisning?)*
2. Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde helsesamtalene du hadde ved oppstart og slutt?
3. Opplevde du at det var noe med tankene eller holdningene dine som endret seg etter samtalen? Utdyp gjerne.
4. Hvordan stemning kjente du på under samtalene?
5. Kan du fortelle litt om hva du erfarte som positivt med samtalene?
6. Kan du fortelle litt om hva som evt kjentes ubehagelig med samtalene?
7. Hva er dine tanker om respekt og din ivaretagelse under samtalen?
8. Hvordan opplevde du at dine egne kunnskaper om din helse, situasjon og kropp ble hørt og tatt imot?
9. Hva er dine tanker om å ha flere sånne samtaler regelmessig i fremtiden?
 - a) Hva er dine tanker om utbyttet du fikk fra de to samtalene hos frisklivssentralen?
 - b) Hva opplevde du evt som annerledes ved den siste fremfor den første samtalen?
Eller opplevdes de likt?
10. Kan du fortelle litt om hvordan du har opplevd at samtalene påvirket din endringsprosess hos frisklivssentralen?
11. Opplevde du at dine ønsker og mål ble oppfylt hos frisklivssentralen? Fortell gjerne litt om dette.
12. Hvordan opplever du din livsstilsituasjon nå?
 - a) Opplever du forandring siden før frisklivssentralen? (*Mestring/salutogenese: håndterbart?*)
13. *Avsluttende spørsmål:*
 - Hvordan synes du dette intervjuet har vært?
 - Har jeg forstått deg rett hvis jeg tolker din helhetsopplevelse av helsesamtalene hos frisklivssentralen som

4) forespørsel

Forespørsel om gjennomføring av masterprosjekt

«Frisklivsdeltakeres opplevelse av motiverende samtale for livsstilsendring»

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, studiested Kjeller og mitt navn er Martine Laume. Jeg skal gjennomføre et mastergradsprosjekt der hensikten er å undersøke hvordan motiverende samtale («helsesamtalen») ved frisklivssentralen oppleves og eventuelt påvirker deltagerens endringsprosess.

Jeg ber med dette om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved deres institusjon.

Det er ønskelig å gjennomføre individuelle intervjuer, med 2 deltagere fra deres institusjon.

Hvert intervju antas å vare ca.1 time. Inklusjonskriterier for deltakelse er som følger:

- Deltakerne skal ha benyttet tilbudet hos frisklivssentralen i minst tre måneder
- Overvekt må være hovedårsak til samarbeidet med frisklivssentralen
- Det skal ha blitt gjennomført en helsesamtale (MI) ved oppstart og avslutning.
- Deltakerne skal være over 18 år
- Deltakere må være kvinner.

Tid og sted for intervjuene bestemmes etter nærmere avtale og når nødvendig kontaktinformasjon er formidlet (etter standardisert metode). De planlegges gjennomført så snart som mulig i løpet av vinter/vår 2018. Det er viktig for prosjektets etiske og juridiske hensyn, samt deltakerendes anonymitet, at formidling av informasjon gjøres som beskrevet her:

- Frisklivsveileder tar kontakt med aktuelle deltakere, først muntlig

- Deltakere som melder sin interesse mottar et informasjonsskriv som jeg, masterstudent, sender på mail til frisklivsveileder, og dere sender videre til deltaker.
- Ønsker at frisklivsveileder velge sine forespørsler vilkårlig bortsett fra at de matcher inklusjonskriteriene
- Masterstudent trenger å motta navn og telefonnummer til aktuelle deltakere som ønsker å stille til intervju gjennom muntlig formidling fra frisklivsveileder.

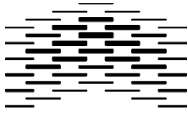
Ber også om navn og kontaktinformasjon på en person som kan være min kontakt hos dere når det gjelder den praktiske delen av intervjuene (rekruttering av deltakere, tider og sted).

Dersom du har spørsmål om studien kan du ta kontakt med:

- 1) masterstudent Martine Laume s308923@stud.hioa.no /martineelle@hotmail.com
- 2) prosjektleder førsteamanuensis Marita Nordhaug Marita.Nordhaug@hioa.no.

Med vennlig hilsen Martine Laume

5) samtykke skjema



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: «Frisklivsdeltakeres opplevelser av helesamtale (MI) i sammenheng med sin livsstilsendring»

Dette prosjektet har til hensikt å undersøke hvordan helsesamtalen ved frisklivssentralen oppleves og eventuelt påvirker deltagerens endringsprosess.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet. Din deltagelse er ønsket fordi du har vært/er deltaker på en frisklivssentral.

Intervjuer er masterstudent i Empowerment og helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Jeg er fysisk aktivitet- og helse rådgiver og idrettspedagog.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Hensikten med prosjektet er å undersøke opplevelsen av helsesamtalen.

Prosjektet innebærer et individuelt intervju. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker og det vil kun være intervjuer tilstede.

Intervjuet vil i utgangspunktet forgå på din frisklivssentral (evt. annet avtalt sted) og det vil vare ca. 1 time. Etter endt intervju vil du bli bedt om å dele dine refleksjoner rundt intervjuet og temaene, før jeg oppsummerer min spontane forståelse av disse.

Innsamlet informasjon vil bli analysert og resultatene vil bli presentert i en masteroppgave. Du vil forbli anonym i oppgaven og i analyseprosessen. Navn skal ikke nevnes.

Hvis du omtaler veiledere ved frisklivssentralen eller andre deltakere ber jeg deg omtale dem i så lite identifiserende grad som mulig.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det er ingen direkte ulemper med å delta i studien.

Gjennom deltagelse i prosjektet vil du få mulighet til å dele dine erfaringer og bidra til økt kunnskap rundt en livsstilsendringsprosess. Du vil få muligheten til refleksjon over egen erfaring og vil forhåpentligvis finne nytteverdi av det.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Du vil bli spurt etter endt intervju om samtykket fortsatt er gjeldende.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Martine Laume, 41213465, s308923@stud.hioa.no, eller prosjektleder førsteamanuensis Marita Nordhaug, tlf 47244773, epost: marita.nordhaug@hioa.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Alle prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt og vil ivareta din konfidensialitet gjennom at:

Informasjonen som registreres om deg kun skal brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun intervjuer som vet hvilken kode du har fått, og kun prosjektmedlemmer som har tilgang til innsamlet informasjon.

Fiktive navn brukes ved bruk av sitater i artikkelen.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

31.12.2018 vil informasjon om deg og lydfilene bli slettet og datamaterialet vil bli anonymisert.

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato:

Deltakers signatur:

Deltakers navn med trykte bokstaver:

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato:

Signatur:

Rolle i prosjektet:

6) Godkjenning/melding fra REK

Vår ref.nr.: 2017/2293 B

Hei,

Vi viser til fremleggingsvurdering for prosjektet, «Motiverende intervju for livsstilsendring», mottatt 15.11.2017.

I skjema og vedlagt prosjektbeskrivelse fremkommer det at formålet med studien vil være å finne ut av følgende spørsmål: *Hvordan kan motiverende intervju bidra i en endringsprosess hos en voksen person (> 18 år) med den livsstilsrelaterte sykdommen overvekt gjennom en periode på minst tre måneder hos en frisklivssentral sett gjennom et empowerment perspektiv?».*

Teorien forankres i perspektiver fra empowerment, mestringsteorier og helsepedagogikk

I henhold til helseforskningslovens § 4 forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.


REK har vurdert at formålet med prosjektet ikke vil gi direkte ny kunnskap om sykdom eller helse.

Prosjektet faller dermed utenfor bestemmelsene i helseforskningsloven, jf. helseforskningslovens § 4. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende. Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

7) Godkjenning fra NSD



Marita Nordhaug
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 19.01.2018 Vår ref: 57774 / 3 / EPA Deres dato: Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 14.12.2017 for prosjektet:

57774	<i>Brukeres erfaringer med motiverende intervju ved frisklivssentral.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Marita Nordhaug</i>
Student	<i>Martine Laume</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hørligens gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 md@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-9007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / eva.payne@nsd.no
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Martine Laume, s308923@stud.hioa.no

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei, viser til epost registrert hos personvernombudet 14.03.2018.

Vi har nå registrert at rekrutteringsprosessen endres noe. Student vil nå, etter avtale med frisklivsleaderne, møte opp i «likemannsgrupper» og presentere prosjektet sitt der, og forhøre seg om noen er interesserte i å delta i prosjektet.

Deretter vil intervju med interesserte informanter avtales over telefon. Utvalget mottar samtykkeskriv før intervjuene begynner. Inklusjonskriteriene har også blitt noe endret.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Mvh,

Hei,

Det er ikke så store endringer det er snakk om her, og det vil ikke endre noe vesentlig ved tilrådingen vår. Jeg kan registrere i systemet vårt at du endrer rekrutteringsprosess, og sende deg en bekreftelse på epost.

Er det prosjektnummer 57774?

Mvh,

8) ROS-skjema

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET									
Følg et skema i gjennomføring av 2D Oppsummering, Prioritering, og på slutten "Vedtak" for prioriterte informasjon.									
Forskningsprosjekt - tittel: Prosjektleder: Prosjekt nr (OSU-årskode): Prosjekt nr (OSU-årskode): Prosjekt nr (OSU-årskode): Prosjekt nr (OSU-årskode): Prosjekt nr (OSU-årskode): Prosjekt nr (OSU-årskode):			Oppfølger av tidligere prosjekter: Oppfølger av tidligere prosjekter: Oppfølger av tidligere prosjekter: Oppfølger av tidligere prosjekter: Oppfølger av tidligere prosjekter: Oppfølger av tidligere prosjekter:			Delelementer skal rapporteres i sikkerhetsrapport F244, SSB eller i de delene av rapporten som er relevant for sikkerhetsrapporteringen. Delelementer som er relevante for sikkerhetsrapporteringen skal rapporteres i sikkerhetsrapporteringen. Delelementer som er relevante for sikkerhetsrapporteringen skal rapporteres i sikkerhetsrapporteringen. Delelementer som er relevante for sikkerhetsrapporteringen skal rapporteres i sikkerhetsrapporteringen. Delelementer som er relevante for sikkerhetsrapporteringen skal rapporteres i sikkerhetsrapporteringen. Delelementer som er relevante for sikkerhetsrapporteringen skal rapporteres i sikkerhetsrapporteringen. Delelementer som er relevante for sikkerhetsrapporteringen skal rapporteres i sikkerhetsrapporteringen.			
No.	Kategori	Underkategorier	Hendelse	Deskriptor/risikobeskrivelse	Risikoforløp	Ekisterende tiltak	Risikoenes nivå	Nye tiltak	Utsatt
EKSEMPEL	Databeskyttelse	Lydopptaker	Måne lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat
	Databeskyttelse	Internett	Tap eller tjuveri av data	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat
	Databeskyttelse	Lydopptaker	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat
	Analys	Internett	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat
	Analys	Internett	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat
	Analys	Internett	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat
	Analys	Internett	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat
	Analys	Internett	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat
	Analys	Internett	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat	Uforberedt til å ta opp lydopptaker/innspillingsapparat

Oppsummering/tiltaksplan på grunnlag av risikovurderingen:

Prioritering i valgene som er gjort for å behandle data i prosjektet, og vurderinger som er foretatt for tiltakene. I tillegg hvilke risikoreducerende tiltak som er gjennomført i den forbindelse.

OPPSUMMERING:

Sikkerhetstiltak på grunnlag av risikovurdering er kontinuerlig tatt nøye hensyn til fra begynnelse til slutt. REK og NSD er kontaktet og har blitt kommunisert med flere ganger, og oppdatert ved endringer. Informert samtykke og etiske hensyn til intervjupersonene er ivaretatt. Lydopptaker, minnepenn og transkripsjoner er tatt hånd om med varsomhet og med fokus på konfidensialitet. Lydopptaker og minnepenne er destruert og transkripsjoner makulert. Underveis ble de holdt adskilte og innelåst. Risikoreducerende tiltak som er prioritert innbeærer en kontinuerlig beslutningstagning der det er besluttet å alltid velge tryggeste valgmulighet for å være på den sikre siden i forhold til ivaretagelse av intervjupersonene, selv når det i utgangspunktet ikke har virket nødvendig.

