

Masteroppgave

2013

Frisklivs- sentralene

– en casestudie med fokus på
organisering og praktisering
av en frisklivssentral i Akershus

Ida Rem Groeng

Samfunnsernæring

Fakultetet for helsefag – Institutt for helse, ernæring og ledelse

Forord

Jeg kan se enden på en lang prosess. Dagen for innlevering av masteroppgaven har kommet, og reisen har på mange måter vært krevende. Det har vært opp- og nedturer underveis, og det har vært utfordrende å jobbe alene med et så omfattende prosjekt. Og jeg hadde ikke klart dette uten mine gode hjelpere. Det er mange på sidelinjen som har vært helt avgjørende for at studien kunne ferdigstilles. Jeg vil først gi en stor takk til min veileder, Laura Terragni, som hele veien har kommet med nyttige innspill. Du har inspirert og motivert meg, og kommet med kritiske spørsmål som har gjort meg i stand til å reflektere over de valgene som er tatt. Tusen takk for din tålmodighet og kvalitetsvurdering gjennom hele prosessen! Hadde det ikke vært for mine informanter ville jeg ikke hatt noen data å basere min studie på. Takk for at dere tok dere tid til mine spørsmål, og var villige til å la meg ta en del av deres arbeid med frisklivssentralen.

Det har vært lange og krevende dager, og både fredag- og lørdagskvelder har gått til oppgaveskriving. Humøret har variert i takt med prosessen, og mine nærmeste har til tider følt min frustrasjon. Tusen takk for at dere har holdt ut med meg, og oppmuntret meg i mine dypeste daler. Min søster Mari har hjulpet til med både forside og figurer, noe som satte prikken over i` en for det ferdige resultatet. Tusen takk! En stor takk også til hennes samboer Christian, for korrekturlesing i sluttspurten. Når alt kommer til alt har oppgaveskrivingen vekket frem mange følelser, og det er ingen tvil om at det har vært en prosess fylt med oppturer, nedturer, og ikke minst – fantastisk læring. Jeg er stolt av at jeg nå sitter igjen med min egen studie, et masterprosjekt, og er klar for nye utfordringer.

Ida Rem Groeng

Lillestrøm, 14. November, 2013

Innholdsfortegnelse

Figurer og tabeller	v
Sammendrag	vi
Abstract	vii
1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Studiens relevans	3
1.3 Hensikt og problemstilling	3
1.4 Oppbygning	4
2. Teorikapittel	5
2.1 Livsstilssykdommer og sosiale ulikheter i helse øker	5
2.1.1 Situasjonen i Norge	6
2.2 Folkehelsearbeid	8
2.2.1 Sentrale begreper og modeller ved frisklivssentralene	10
2.2.2 Helseatferd og livsstilsendringer	11
2.3 Frisklivssentralene	12
2.3.1 Helsedirektoratets veiledere for frisklivssentralen	13
2.3.2 Frisklivstilbudet	14
2.3.4 Motiverende samtale	17
2.3.5 Empowerment	19
2.4 Kvalitetsvurderinger og evalueringer	20
2.4.1 Evalueringer av frisklivssentralen og liknende tiltak	21
2.4.2 Studier i andre land	27
2.5 Sammendrag	29
2.6 Kommunen i Akershus	29
3. Metode og utvalg	30
3.1 Kvalitativ metode	31
3.1.1 Casestudie	31
3.1.2 Kvalitativt intervju og observasjon	32
3.2 Analyseverktøy -temasentrert tilnærming	33
3.3 Teoretisk rammeverk for studien	33
3.4 Forskerrollen og etiske betraktninger	34
3.5 Sentrale begreper	36
3.6 Rekruttering og utvalg	37
3.6.1 Datainnsamling	38
3.7 Analysen	40

3.7.1 Systematisk tekstkondensering - Analysens fire trinn.....	41
3.7.2 Observasjon.....	49
4. Resultater	49
4.1 Forsknings spørsmål 1.....	50
4.1.1 Et lavterskeltilbud i kommunen.....	50
4.1.2 Frisklivstilbudet.....	52
4.1.3 Hvordan startet det?.....	53
4.1.4 Informasjons- og rekrutteringsprosessen.....	56
4.2 Forsknings spørsmål 2.....	59
4.2.1 Innkomstsamtale og kartlegging av den enkeltes behov	59
4.2.2 Frisklivsopplegget for den voksne brukergruppen	62
4.2.3 Friskliv barn og unge.....	67
4.2.4 Hva oppnår brukerne ved deltakelse på friskliv?	71
4.2.5 Ulike grupper –ulike utfordringer	73
4.3 Forsknings spørsmål 4.....	78
4.3.1 Ønsker for eget tilbud.....	78
4.3.2 Mot en standardisert frisklivssentral.....	80
5.0 Metodediskusjon.....	85
5.1 Valgte metoder	85
5.2 Validitet og reliabilitet.....	87
5.3 Fra utvalg til analyse	89
5.3.1 Rekruttering og utvalg.....	89
5.3.2 Datainnsamlingen	90
5.3.3 Transkribering og analyseprosessen.....	92
5.3.4 Refleksivitet.....	93
5.4 Etikk og rollen som forsker	94
6. Diskusjon av hovedfunn.....	96
6.1 Følges Helsedirektoratets standard?.....	96
6.1.1 Frisklivstilbudet.....	96
6.1.2 Fysisk aktivitet	98
6.1.3 Bra mat for bedre helse.....	99
6.1.4 Å snakke om endring.....	103
6.1.5 Lavterskeltilbud for alle?.....	104
6.1.6 Kompetansen blant de ansatte	106
6.2 Ulike grupper –ulike ideal.....	108
6.2.1 Innvandrergruppen	109

6.3 En nasjonal standard eller lokalt tilpassede helsetilbud?.....	112
6.3.1 En sosial møteplass.....	113
6.3.2 Fra ”dugnadsarbeid” til en felles definisjon	114
6.4 Evalueringer for fremtiden	117
6.5 Frisklivssentralenes rolle i det nasjonale folkehelsearbeidet.....	118
6.5.1 Helse og uhelse.....	120
7. Oppsummering	121
7.1 Forskningsspørsmål 1	121
7.2 Forskningsspørsmål 2.....	122
7.3 Forskningsspørsmål 3.....	122
7.4 Forskningsspørsmål 4.....	123
8. Implikasjoner for videre forskning.....	123
Litteraturliste	a
Vedlegg	I

Figurer og tabeller

Figur 1.....	11
Figur 2.....	15
Figur 3.....	20
Figur 4.....	41
Figur 5.....	46
Figur 6.....	52
Figur 7.....	56
Figur 8.....	115
Tabell 1.....	19
Tabell 2.....	42
Tabell 3.....	44
Tabell 4.....	47
Tabell 5.....	51
Tabell 6.....	64
Tabell 7.....	65

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Verden endres stadig, og globaliseringen har ført oss nærmere hverandre. Dette preger også sykdomsbildet. På verdensbasis er helseutfordringene komplekse, der sult og overvekt/fedme lever side om side. Kroniske sykdommer er et stadig økende problem, og utbredelsen er størst blant de med lavere sosioøkonomisk status. Slik er også situasjonen i Norge, noe som øker behovet for et mer forebyggende helsearbeid. Som en videreføring av Grønn resept ble frisklivssentralene opprettet. I januar 2013 ble den nye Samhandlingsreformen lansert, hvor det for alvor skulle satses på forebygging fremfor behandling av sykdom. Mer ansvar ble gitt til den enkelte kommune. Dette satte fokus på tiltak som frisklivssentralene, der retningslinjer fra Helsedirektoratet nå har formulert en nasjonal standard. Formålet med denne studien er å få en dypere og bredere forståelse av hvordan en frisklivssentral kan praktiseres, basert på de ansattes perspektiv. Dette med fokus på blant annet organisering, samarbeid og utfordringer.

Metode og utvalg: Det ble valgt en kvalitativ tilnærming, der flere ulike metoder ble benyttet i datainnsamlingen. En casestudie som metode hadde som hensikt å danne et helhetlig bilde av kommunens frisklivssentral. Hovedmetoden var semi-strukturerte intervju av samtlige ansatte i kommunen som arbeidet med frisklivssentralen. Dette inkluderte 4 fysioterapeuter, en helsesøster og en ansatt i en overordnet stilling som frisklivskoordinator. Som komplimenterende informasjon ble det gjennomført observasjon av tilbudet, både for friskliv voksne og friskliv barn og unge. Det ble gjennomført 3 observasjoner av kostholdskurset, 1 temakveld for foreldrene, 2 treninger for barna og 1 trening for den voksne gruppen. Analysen av intervjuene følger en datastyrt og temasentrert analyse, og ble gjennomført som en systematisk tekstkondensering. Observasjonsnotatene ble analysert på tilnærmet lik måte, der informasjon fra de ulike observasjonsdagene ble kombinert, og slått sammen med relevant informasjon fra intervjuene.

Funn og diskusjon: En beskrivende presentasjon av kommunens tilbud var nødvendig for å danne et helhetsbilde av frisklivssentralen. Selve tilbudet faller innunder Helsedirektoratets standard; et gruppetilbud i form av trening, samt kostholdskurs og røykesluttkurs. Frisklivssentralen som et lavterskeltilbud kan diskuteres, da det ikke eksisterer et tilbud for alle grupper i befolkningen. Det har vist seg å være vanskelig å appellere til menn og yngre voksne. Innvandrerguppen er utfordrende å fange opp og holde på, der det er et tydelig behov for bedre tilpasninger og forståelse for deres kultur og idealer. Som tidligere studier indikerer, er ernæringskompetansen ved frisklivssentralen mangelfull. Kommunen kan ses på som et typisk eksempel på en liten kommune med lite ressurser, der det finnes få ”utslusingstilbud”. Det er vanskelig å få brukerne videre, og mange blir værende på grunn av det sosiale. En kan være kritisk til å kaste ut brukere av gruppen etter endt reseptperiode, spesielt da det finnes lite treningstilbud ellers i kommunen. Spørsmålet er hva som skjer når kommunale folkehelsestilbud blir ”institusjonalisert”, og en felles standard blir formet. Videre kan en stille seg kritisk til at det satses i så stor grad på et nasjonalt folkehelseiltak, hvor det finnes mangelfulle bevis på effektene av disse tiltakene. Flere evalueringer av de enkelte tiltakene er nødvendig for å vite om frisklivssentralene er et tiltak å satse på også i tiden fremover.

Abstract

Background and purpose: The World changes constantly and globalization has brought us closer together. This also characterizes illness. The global health challenges are complex, where hunger and overweight/obesity exist side by side. Chronic diseases are a growing problem, and the prevalence is highest among those with lower socioeconomic status. This is also the situation in Norway, which increases the need for a more preventive health care. As a continuation of the Green Prescription, Frisklivssentralene was established. In January 2013, Samhandlingsreformen was launched, which really pointed focus on prevention rather than treatment of disease. More responsibility was now given to each municipality, and measures like Frisklivssentralene was given focus. The guidelines from Helsedirektoratet have formulated a national standard. The purpose of this study is to gain a deeper and broader understanding of how a Frisklivssentral can be practiced, based on the employees' perspective. This with a focus on the organization, cooperation and challenges.

Method and sample: It was chosen a qualitative approach, where several different methods were used in data collection. A case study method was chosen with the intention of provide a comprehensive picture of Frisklivssentralene. The main method was semi - structured interviews with all employees who work with Frisklivssentralen. This included four physical therapists, one nurse and one in a senior position as a coordinator. Observation was done to collect complementary information. Three observation on the diet course was done, one observation on the themedays for the parents, two for the children`s exercise, and one for the adult group. The analysis of the interviews followed a thematic analysis, and was conducted as a systematic text condensation. Observation notes were analyzed at approximately the same manner, where information from the various observation days were combined and merged with relevant information from the interviews.

Findings and discussion: A descriptive presentation of Frisklivssentralen was necessary to form an overall picture. The activity`s in this municipality is the same as what Helsedirektoratet recommends, in form of exercise, diet and smoking cessation courses. Frisklivssentralene as a low threshold is debatable, because of the challenges of appealing to groups like men and younger adults. There`s also some challenges meeting the immigrant group, where there is need for better adaptation and understanding of their culture and ideals. As previous studies indicate, nutrition expertise on Frisklivssentralene is lacking. This municipality can be seen as a typical example of a small community with few resources, where there are a lack of activities nearby. It is then difficult the get the users of Frisklivssentralen further on, and many want to stay there because of the social group. It is critical that they are forced to leave the group after the prescription period, especially when there is little exercise facilities elsewhere in the municipality. The question remains what happens when local health care such as Frisklivssentralene becomes "institutionalized" and a common standard is formed. Furthermore, it is critical that so many resources are given to this health program, when there is lacking insufficient evidence on the effects of these measures. Several evaluations of each measure are needed if we can know that Frisklivssentralene is an initiative to focus on in the future.

1. Innledning

Som masterstudent ved Samfunnsernæring er jeg interessert i fordelingen av helse i befolkningen og hvilke faktorer i samfunnet som påvirker helsesituasjonen vår. Samfunnsernæring er en relativt bred utdanning med fokus på samspillet mellom mat, livsstil og helse. Det er interessant å se hvordan helse er fordelt i ulike grupper, og hvordan blant annet kosthold og fysisk aktivitet har betydning, både for forebygging av sykdom og fremming av god helse. Frisklivssentralene er ment som et forebyggende helsetiltak med en bred tilnærming, der hensikten er å hjelpe sårbare grupper med å endre livsstil. Dette er et tiltak som tar opp flere av utfordringene vi har vært igjennom ved studiene, og som jeg vurderer som svært relevant for min utdanning og mitt interessefelt.

1.1 Bakgrunn

På verdensbasis ser vi i dag en økning i kroniske sykdommer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, kreft og overvekt/fedme. Slike livsstilssykdommer står for rundt 60 % av alle dødsfall årlig (Lawrence & Worsley, 2007). Situasjonen i Norge er intet unntak. En av årsakene til at flere utvikler kroniske sykdommer, er at befolkningen stadig blir eldre. Men alder alene har ikke skylden, vår livsstil spiller også en sentral rolle. Av årsaksfaktorer er det viktig å nevne det sosiale miljøet vi befinner oss i, kjønn, etnisitet, sosioøkonomisk status, og normer og forventninger i ulike grupper og samfunnslag (Helsedirektoratet^a, 2011). For å bruke sosioøkonomisk status som et eksempel, ser en at det er store forskjeller i utbredelsen av kroniske sykdommer blant personer fra ulike sosiale og økonomiske grupper i samfunnet. Det ser ut til at utbredelsen er størst blant de med en lavere sosioøkonomisk status (Lawrence & Worsley, 2007). Dette kan henge sammen med at en rekke studier konkluderer med at de med lavere sosioøkonomisk status har en dårligere helse og et mindre helsemessig gunstig kosthold, enn personer i bedre stilte sosiale grupper (Folkehelseinstituttet, 2010; Holmboe-Ottesen, Wandel & Mosdøl, 2004). Grunnet denne negative helsetrenden er det nødvendig med noen tiltak for å hindre en videre utvikling i samme retning. Forskning viser at kroniske sykdommer er lettere å forebygge enn å behandle (Nes, Müller & Pedersen, 2006). Den store utbredelsen av livsstilssykdommer øker behovet for et mer forebyggende folkehelsearbeid.

Befolkningens helse i Norge har bedret seg betraktelig opp gjennom årene. Siden begynnelsen av 1900-tallet har vi opplevd ulike sykdomsbølger i folkehelseutviklingen. Det begynte med fattigdomsrelaterte sykdommer, hovedsakelig grunnet infeksjoner og feil- og underernæring. Videre har sykdomsbildet vært preget av livsstilssykdommer, og i det siste mer komplekse helseproblemer, som muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser (Mæland, 2010). De ”harde” indikatorene på folkehelsen i Norge har vist en klar bedring, men det ser likevel ut til at sykkeligheten stadig øker. Blant annet har antall uføretrygdede økt jevnlig. Flere ønsker behandling av opplevde helseproblemer, og presset på behandlingsapparatet er stort (Mæland, 2010).

Det har vært en utvikling i det nasjonale folkehelsearbeidet, og de senere årene har det blitt utformet en rekke politiske tiltak og rapporter som peker mot et tverrsektorielt samarbeid, med et mål om endringer i livsstil som igjen forebygger utviklingen av sykdom. I Stortingsmelding 16, *Resept for et sunnere Norge*, ble det rettet fokus på tiltak som skulle tilrettelegge for livsstilsendringer blant befolkningen gjennom helsetjenesten. Det ble nå for alvor satset på forebyggingstiltak (St.meld. nr. 16 (2002-2003), 2003). I den forbindelse ble *Grønn resept* lansert, der pasienter med høyt blodtrykk eller type 2-diabetes skulle få individuell, strukturert veiledning relatert til kosthold og fysisk aktivitet. Ordningen var ingen suksess, mye på grunn av at legene savnet et sted å henvise pasientene videre (Kallings, 2010). I 2011 kom det et nytt lovverk om folkehelse og kommunale helse- og omsorgstjenester, samt en stortingsmelding om en ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Disse nye dokumentene utgjorde på mange måter et tidsskille i norsk folkehelsearbeid, og var sentrale i utviklingen av Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet^a, 2011). Denne reformen trådte i kraft 1. januar 2012, og satser sterkt på forebygging fremfor behandling av sykdom. Den skal fremme et tverrfaglig samarbeid mellom ulike fagpersoner, og ansvaret blir mer rettet mot hver enkelt kommune fremfor staten alene (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). I sammenheng med *Grønn resept*, og som et ledd i Samhandlingsreformen og ny folkehelselov, har det blitt videreutviklet en Frisklivsresept. Den henviser pasientene videre til en frisklivssentral (Kallings, 2010). En frisklivssentral blir definert som:

”Et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen (Helsedirektoratet^b, 2011)”.

1.2 Studiens relevans

Frisklivssentralene er et nytt element i kommunehelsetjenesten, og arbeidet med opprettelsen av slike ordninger er i utvikling (Kunnskapscenteret, 2010). Selv om Buskerud og Nordland var tidlig ute med liknende ordninger, og Modum kommune opprettet en frisklivssentral allerede i 1996, er det et relativt nytt tiltak i de fleste kommuner (Kallings, 2010). Per i dag er det rundt 150 kommuner som har etablert eller planlegger oppstart av en frisklivssentral, og antallet forventes å øke (Helsedirektoratet, 2012). Frisklivssentralene som et aktuelt tiltak forsterkes av fokuset og interessen rundt tilbudet. Helsedirektoratet har utgitt to veiledere om organisering og etablering av frisklivssentraler (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^a, 2013). Det avholdes en egen frisklivskonferanse årlig, som er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Oslo kommune, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, og Den norske legeforening. Årets konferanse samlet over 450 deltakere, og interessen for tilbudet blir stadig større (Helsedirektoratet^b, 2013).

1.3 Hensikt og problemstilling

Det er gjort få studier på hvordan frisklivssentralene fungerer i praksis. Studier som ser nærmere på organisering og funksjon av frisklivssentralene vil være nyttig i videreutviklingen av liknende ordninger. Det er aktuelt å gjøre en sammenlikning av tilbudet i en enkelt kommune, opp mot Helsedirektoratets standard beskrevet i veilederne. Det som ser ut til å fungere bra, og da muligens har en positiv effekt på brukernes helse og velvære, kan videreføres til andre kommuners frisklivsordning. Eventuelle utfordringer som avdekkes, kan brukes som lærdom i den videre utviklingen av tilbudet. Denne studien fokuserer på de ansattes erfaringer og synspunkter rundt praktiseringen av deres frisklivssentral.

Problemstillingen er som følger:

- Hvordan *praktiseres* en frisklivssentral i en kommune i Akershus, og hvilke *erfaringer* har de aktuelle ansatte i kommunen med dette tiltaket?

For og videre begrense og tydeliggjøre studiens hensikt, er disse forskningsspørsmålene formulert:

1. Hvordan er frisklivstilbudet i kommunen *organisert*, basert på de ansattes beskrivelser, samt noen egne observasjoner og tilgjengelig skriftlig informasjon?
2. Hvordan *fungerer* de enkelte tilbudene ved kommunens frisklivssentral *i praksis*, basert på de ansattes beskrivelser og erfaringer, mine egne observasjoner, samt tilgjengelig skriftlig informasjon?
3. Er det spesielle *kjennetegn* ved brukerne som deltar ved friskliv i kommunen, og er det noen spesielle *utfordringer* i møtet med ulike deler av befolkningen?
4. Er det noe de ansatte ønsker å *gjøre annerledes* med dagens frisklivstilbud, og er det noen *planlagte endringer* i nærmeste fremtid nå som frisklivssentralene har blitt et nasjonalt formet tiltak?

1.4 Oppbygning

Relevant litteratur rundt Frisklivssentralene presenteres i teorikapittelet, som er tredelt. Den første delen omhandler utfordringsbildet vi står ovenfor i dag, tiltak som er satt i gang for å bekjempe disse, samt de politiske føringene som førte til utviklingen av frisklivssentralen. Andre del er en detaljert beskrivelse av tilbudet, hovedsakelig basert på Helsedirektoratets veiledere. I tredje del presenteres studier som er gjort om sentralene, liknende tiltak og enkelte studier fra utlandet. Metodekapittelet er delt i fem hoveddeler: beskrivelse av metoder og valgt analyseverktøy, etiske betraktninger, rekruttering og utvalg, datainnsamling, samt en beskrivelse av analysen.

Resultatkapittelet presenteres etter de fire forskningsspørsmålene. Diskusjonskapittelet er todelt; en metodediskusjon og en diskusjon av hovedfunn. Sistnevnte oppsummerer også de viktigste resultatene for hvert av forskningsspørsmålene. Til slutt følger en oppsummering med implikasjoner for videre forskning.

2. Teorikapittel

Det er vanlig å begynne en studie ved å lese relevant litteratur (Merriam, 2009). Gjennom en litteraturgjennomgang finner en sine interessefelt og avgrensede litteraturområde (Merriam, 2009). Inkludert litteratur danner grunnlaget og utgangspunktet for studien. Videre følger en presentasjon av den litteraturen jeg har vurdert som mest relevant, og som skaper grunnlaget for utviklingen av frisklivssentralen som et viktig element i folkehelsearbeidet.

2.1 Livsstilssykdommer og sosiale ulikheter i helse øker

For å plassere frisklivssentralen som et nasjonalt tiltak, kan det være nyttig og se egne utfordringer i en større sammenheng. Vi lever i en verden i stadig endring, og globaliseringen har knyttet oss nærmere hverandre. Dette gjelder også sykdommer og tilhørende utfordringer (Helsedirektoratet, 2010). På verdensbasis er det store helseutfordringer knyttet til blant annet sult, sanitærforhold og malariasmitte. Men det er også store utfordringer knyttet til ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, enkelte kreftformer, overvekt/fedme og diabetes type 2. Disse sykdommene står for rundt 60 % av alle dødsfall årlig. Dersom en ser alle ikke-smittsomme sykdommer samlet, er dette den største dødsårsaken i verden (Lawrence & Worsley, 2007). En ser i dag i mange lav- og middelinntektsland at det har oppstått en såkalt ”dobbelbyrde” av sykdom, der det er estimert at rundt to milliarder mennesker har mangel på næringsstoffer, og rundt 800 millioner mennesker har et ugunstig sammensatt kosthold (Boutayeb, 2006; WHO^a, 2013). Utfordringer knyttet til infeksjonssykdommer og underernæring eksiterer side om side med utfordringer relatert til risiko for ikke-smittsomme sykdommer. En årsak er at et kosthold med lite næringsstoffer og mye fett, sukker, salt og kalorier er billigere enn næringsrik mat, og dermed mer tilgjengelig for familier med lav inntekt. Et slikt kosthold kombinert med lite fysisk aktivitet øker risikoen for blant annet overvekt og fedme (WHO^b, 2013).

Videre ser en at en del helseutfordringer er knyttet til sosioøkonomisk status, der for eksempel forventet levealder er forskjellig blant ulike sosioøkonomiske grupper. Det vises at både menn og kvinner med høyere utdanning lever lenger enn de som ikke har det (Burns, Friel & Cummins, 2007).

I Europa har det de siste tiårene skjedd en stor bedring i befolkningens helse (OECD, 2012). Likevel øker prevalensen av kroniske sykdommer i mange europeiske land. I løpet av de siste tre tiårene har forekomsten av overvekt og fedme i EU-landene økt drastisk (Commission of European Communities, 2007). Blant EU-landene er omtrent 52 % av den voksne populasjonen overvektig, der rundt 17 % lider av fedme. Dette skyldes blant annet en negativ trend med dårlige kostvaner og lavt fysisk aktivitetsnivå (Commission of European Communities, 2007). Behandlingen av hjerteinfarkt, slag og kreft er forbedret i alle europeiske land. Dødeligheten av hjerteinfarkt som har ført til innleggelse på sykehus har falt med nesten 50 % mellom 2000 og 2009 (OECD, 2012). Disse forbedringene i helsesituasjonen gjelder likevel ikke for alle. For enkelte, spesielt i land med en vanskelig økonomisk situasjon, har forskjellene i helse blitt større (OECD, 2012). I Norden er dødeligheten av ikke-smittsomme sykdommer lav sammenliknet med mange andre land i Europa og verden (WHO, 2008). Selv om andelen som røyker i de nordiske landene har blitt redusert de siste årene, er det fortsatt store forskjeller i antall som røyker *mellom* landene. Antall overvektige har vært et økende problem, der andelen er høyest på Island og lavest i Norge. Når det gjelder trender i forhold til kreftsykdommer, er det i de nordiske landene en økende forekomst av de fleste sykdommer. Det er en økning i insidensen av brystkreft, prostatakreft og tarmkreft (WHO, 2008).

2.1.1 Situasjonen i Norge

I Norge har helsetilstanden forbedret seg i stor grad det siste århundret. En ser blant annet en stor økning i levealder, der økningen er størst blant dem med høy inntekt og høy utdanning (Helsedirektoratet, 2010). Det finnes mye dokumentasjon på at det er store sosiale ulikheter i helse også i Norge (Folkehelseinstituttet, 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). En av årsakene til at det er store forskjeller i sykdomsutbredelse blant ulike sosiale grupper, er at helseatferden varierer i stor grad. Personer med høy utdanning og inntekt tar til seg informasjon lettere, har ofte et sunnere kosthold og er mer fysisk aktive (Helsedirektoratet, 2010). Sykdomsbildet har gått fra å være preget av infeksjonssykdommer, til ikke-

smittsomme sykdommer. Selv om dødeligheten av slike sykdommer har blitt kraftig redusert de siste 40 årene (Mæland, 2010), viser dødsårsaksstatistikken fra folkehelseinstituttet og statistisk sentralbyrå at kreft og hjerte- og karsykdommer var årsaken til flest dødsfall i 2012 (Folkehelseinstituttet, 2013). Andre utfordringer er knyttet til overvekt, røyking og for lite fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). I en studie gjennomført av Helsedirektoratet (2009) ble aktivitetsnivået blant voksne og eldre i Norge kartlagt. Resultatene viste at kun 20 % av deltakerne tilfredsstilte anbefalingene om minimum 30 minutter moderat fysisk aktivitet daglig (Helsedirektoratet, 2009). Forekomsten av kreft har økt de siste årene, og den forventes å øke ytterligere. Rundt et av fire dødsfall årlig skyldes en form for kreft (Helsedirektoratet, 2009). Kanskje et av de største helseproblemene vi står ovenfor, er psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010). Tall fra Folkehelseinstituttet (2010) viser at én av to vil rammes av psykiske lidelser i løpet av livet. Psykiske lidelser er en viktig årsak til for tidlig død og den viktigste årsaken til uførhet, sykefravær og nedsatt livskvalitet. Noen av de vanligste tilstandene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser (Helsedirektoratet, 2010). Sykefraværet i Norge er høyt, og psykiske lidelser er sett på som en viktig årsak til dette. Tall fra andre kvartal 2013 viser at sykefraværet har gått noe ned fra første kvartal. Blant arbeidstakere i alderen 16-69 år var sykefraværet på 6,54 % (SSB, 2013). Selv om det har vært en nedgang nå, er sykefraværet fortsatt høyt, og en stor utfordring. I tiden fremover vil det være et behov for forebyggende medikamenter, kontroller og behandlinger (Prop. 90 L. (2010-2011, 2011)).

Vi lever i et multietnisk samfunn, og ulike befolkningsgrupper har også ulike helseutfordringer. Det kan skyldes andre gener, kultur og levesett. Etniske minoriteter født utenfor Norge har en annen livshistorie enn nordmenn. De har vokst opp med et annet kosthold og under andre forhold, hvor det for eksempel kan ha vært utbredt andre sykdommer enn her i Norge (Prop. 90 L. (2010-2011, 2011)). For migranter innebærer det et oppbrudd fra hjemlandet og sine vante måter å leve på. For mange kan overgangen til et nytt land være vanskelig, og medføre store endringer i helseatferd. Eksempler på dette er at en går over til et mer energirik kosthold og fysisk inaktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Mange av sykdomsutfordringene kan være de samme for innvandrergруппene som for etnisk norske, men det kan for enkelte være større utfordringer i møtet med helsevesenet. Kultur og språkbarrierer kan gjøre dette vanskelig, og misforståelser kan lett oppstå (Prop. 90 L. (2010-2011, 2011)). Blant enkelte innvandrergруппer er det en overhyppighet av overvekt, diabetes, dårlig tannstatus og mangel på vitamin D og jern (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I en undersøkelse gjort av Folkehelseinstituttet i 2012, kom det frem at den høyeste prevalensen av

type 2-diabetes var blant innvandrere fra India. Videre viste det seg at omkring 90 % av pakistanske kvinner bosatt i Oslo har en forhøyet risiko for å utvikle type 2-diabetes (Tran, Diep, Cooper & Claudi, 2010; 2011).

2.2 Folkehelsearbeid

Folkehelse omhandler befolkningens helsetilstand og hvordan helse er fordelt i befolkningen (Det kongelige helsedepartementet, 2003; Helsedirektoratet, 2010; Pellmer & Wramner, 2007). Folkehelsearbeid blir av Helsedirektoratet^b (2011) definert som:

”Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.”

Noen av de viktigste kjennetegnene ved folkehelsearbeid er at det blir sett på som en samfunnsoppgave, og gjennomføres ved en påvirkning av enten negative eller positive faktorer. Disse har en videre påvirkning på helsen (Klepp & Asheim, 2010). Målet med folkehelsearbeidet er at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse, og redusere sosiale helseforskjeller (Klepp & Asheim, 2010). Det er viktig at folkehelsearbeidet utøves i alle samfunnssektorer, og et tverrfaglig samarbeid er derfor ønskelig (Klepp & Asheim, 2010). Det internasjonale begrepet *Health promotion* kan oversettes til folkehelsearbeid, og inkluderer både helsefremmende og forebyggende arbeid (Oldervoll & Lillefjell, 2011). Health promotion er en prosess som hovedsakelig dreier seg om å styrke helsen blant folket. Det skal legges til rette for at folk kan få kontroll over egen helse, og bedre den (WHO, 1986). I tillegg til at folkehelsearbeidet skal forhindre sykdom og skade, er det viktig å fremme trivsel og livskvalitet (Oldervoll & Lillefjell, 2011).

I Norden eksisterer det et offisielt samarbeid mellom de nordiske landene (Norden^a, 2013). Hovedhensikten med et slikt politisk samarbeid er å øke Nordens kompetanse og konkurransekraft ved å bygge på felles verdier. Samarbeidet omhandler mange ulike områder, deriblant helse. Et formål er å redusere ulikhet i helse og spre kunnskap (Norden^b, 2013). Det er et spesielt fokus på forebyggende arbeid, og psykisk helse er et aktuelt prioriteringsområde (Norden^b, 2013). De nordiske landene har et felles samarbeidsorgan for koordinering av helsestatistikk, kalt Nordisk medisinalstatistisk komitè (NOMESKO) (Norden^b, 2013). I

Norge har det skjedd mye innen utvikling av folkehelsearbeid. Hvilke tilnæringsmåter som er benyttet i folkehelsearbeidet har endret seg i takt med folkehelsen og sykdomsbildet (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Tidligere hadde en stor tro på at opplysning og informasjon var viktig for å påvirke til atferdsendring, men det var få som fulgte disse rådene (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). De politiske tiltakene som har blitt utformet i senere tid fokuserer på et tverrsektorielt samarbeid. Som et viktig ledd i arbeidet mot en tverrsektoriell tilnærming i folkehelsearbeidet, står både arbeidet med en ny del i *Plan- og bygningsloven* (NOU 2001:14 og NOU 2003:14) og St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* sentralt (Helsedirektoratet^a, 2010). Dette la grunnlaget for en tankegang om et kommuneperspektiv på folkehelsearbeidet, der det lokale arbeidet ble styrket (Helsedirektoratet^a, 2010). Hovedhensikten med den nye tilnærmingen var å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller (Helsedirektoratet^a, 2010). Det ble inngått et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Miljøverndepartementet kalt *Helse i plan* (2006-2010). Målet var å styrke folkehelsen gjennom forankring av ulike helsetiltak både kommunalt og regionalt (Helsedirektoratet^a, 2010). *Resept for et sunnere Norge* (2002-2003) fokuserte på tiltak som skulle tilrettelegge for livsstilsendringer blant befolkningen gjennom helsetjenesten. Det ble nå for alvor satset på forebyggingstiltak (St.meld. nr. 16 (2002-2003), 2003). Som et tiltak i den forbindelse, ble *Grønn resept* lansert i 2003. Dette var en egen takst for leger, der resepten hadde som hensikt å stimulere til livsstilsendringer i helsetjenesten fremfor medikamentell behandling av pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer (Bringedal & Aasland, 2005). Resepten skulle fungere som en avtale mellom lege og pasient om endringer i livsstil i forhold til fysisk aktivitet og kosthold. Materialet var utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) og Nasjonalt folkehelseinstitutt (Bringedal & Aasland, 2005). Grønn resept var ment som en oppstart, der de første erfaringene skulle danne grunnlaget for et videreutviklet konsept som eventuelt kunne omfatte flere diagnoser. Det ble i 2005 gjennomført en evaluering av ordningen blant norske fastleger, der det blant annet kom frem at legene savnet et videre henvisningssted til sine pasienter (Bringedal & Aasland, 2005).

I 2011 ble det utgitt et nytt lovverk om folkehelse og kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), og en ny stortingsmelding om ny nasjonal helse- og omsorgsplan (St. Meld. 16 (2010 – 2011), 2011). Den nye folkehelseloven setter krav til kommuner og fylkeskommuner om at de må ha en oversikt over helsetilstanden til befolkningen, samt de positive og negative faktorene som kan ha betydning for helsen

(Folkehelseloven, 2012). Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet skal blant annet samarbeide slik at relevant statistikk fra nasjonale registre er tilgjengelig for kommunene (Helsedirektoratet^c, 2011). Hensikten er at oversikten kan gi grunnlag for en vurdering og utvikling i sosiale helseforskjeller (Helsedirektoratet^c, 2011). Ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester var sentrale for utviklingen av *Samhandlingsreformen* (Helsedirektoratet^a, 2011). Denne reformen trådte i kraft 1. januar 2012, og det ble nå i stor grad satset på forebygging fremfor behandling av sykdom. Det ble rettet fokus mot *samhandling* mellom kommuner og private helseforetak (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Samhandlingsreformen og ny folkehelselov har skapt mange nye muligheter for folkehelsearbeidet. Det har for eksempel blitt rettet større fokus på forebygging av psykisk og somatisk sykdom. Da kommunene nå har et større ansvar for folkehelsearbeidet, er det også et større fokus på brukerperspektivet (Wang, 2010). For å øke tilgjengeligheten blant brukerne vil det være nødvendig med mer fleksible åpningstider innen ulike helsetilbud. Dette betyr at det også må finnes tilbud på kveldstid (Wang, 2010). Samtidig bør informasjon om åpningstider, ansatte, tjenestetilbud og liknende være lett tilgjengelig for brukerne på internett (Wang, 2010). Et av tiltakene som har blitt utviklet på bakgrunn av Samhandlingsreformen og ny folkehelselov, er frisklivsresepten. Dette er også en videreutvikling av Grønn resept, der legene savnet et henvisningssted. Gjennom frisklivsresepten får personer tilgang til ulike tilbud tilknyttet *frisklivssentralen* (Wang, 2010).

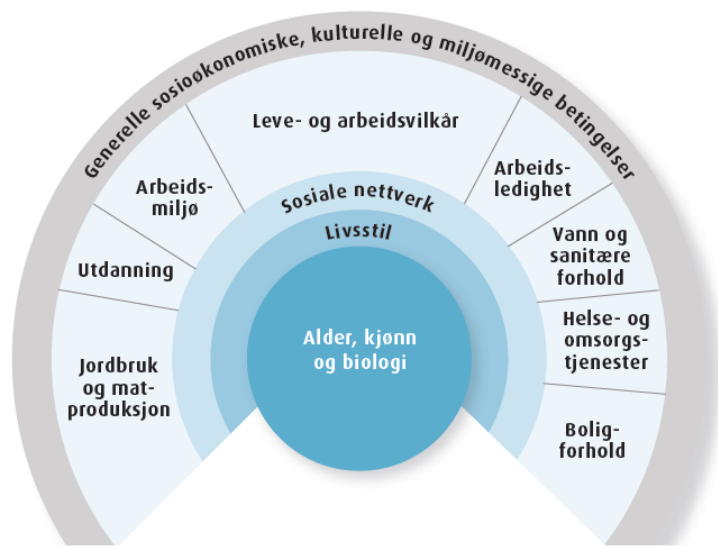
2.2.1 Sentrale begreper og modeller ved frisklivssentralene

Helse er et sentralt begrep ved arbeidet med frisklivssentralene, da hensikten med slike tiltak er å bedre befolkningens helse og livskvalitet (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Helsebegrepet kan være vanskelig å definere, og det eksisterer mange ulike definisjoner. Her er det inkludert kun enkelte eksempler (Øverby, Torsteveit & Høigaard, 2011). Den klassiske definisjonen på helse er gitt av WHO (1948):

”Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte”.

Den norske legen Peter Hjorths definisjon fra 1982 sier at helse er overskudd til å takle hverdagens krav (Øverby, Torsteveit & Høigaard, 2011). En nyere definisjon fra Pellmer & Wramner (2007) hevder at helsebegrepet består av fire ulike verdibegreper, nemlig et langt

liv, friskt liv, rikt liv og likeverdig liv. Selv om det finnes mange ulike syn på helse, er det enighet om at det omhandler fysiske, personlige og sosiale ressurser (Øverby, Torsteveit & Høigaard, 2011). I ulike rapporter og dokumenter i det nasjonale folkehelsearbeidet som frisklivssentralene er en del av, blir ofte en såkalt *biopsykologisk* modell presentert (Øverby, Torsteveit & Høigaard, 2011). Her kommer det frem at det er mange ulike faktorer som spiller inn på helsen vår, der de biologiske faktorene etterfølges av livsstil, sosialt nettverk, levekår og samfunnsmessige forhold. Alle disse faktorene kan påvirke hverandre, og ha en positiv eller negativ innvirkning på helsen (Dahlgren & Whitehead, 1991).



Figur 1. Biopsykologisk modell over ulike faktorer som spiller inn på helsen vår. Selvlaget modell, inspirert av Dahlgren & Whitehead, 1991.

2.2.2 Helseatferd og livsstilsendringer

Helseatferd er vaner og atferd som har betydning for helsen. Dette kan blant annet være atferd tilknyttet kosthold, fysisk aktivitet, tobakk- og alkoholbruk (Klepp & Asheim, 2010). Vår helseatferd kan være risikofaktorer for forekomsten av livsstilssykdommer, for eksempel ved at vi spiser for mye salt, sukker og mettet fett, og er for lite i fysisk aktivitet i hverdagen (Helsedirektoratet, 2010). Helseatferd er altså livsstilen vår, og endringer i livsstil kan være vanskelig. En av årsakene til det, er at vår atferd er godt etablerte vaner som er en viktig del av vår hverdag og identitet (Orford, 2001). Atferdsendringer vil derfor være en langvarig prosess, og for mange krever det individuell og/eller gruppetilpasset veiledning og oppfølging over lengre tid (Helsedirektoratet, 2010). Det påpekes av Martin, Haskard-Zolnierek og DiMatteo (2010) at atferdsendringer bør følge en enkel tilnærming med fokus på at den

enkelte må være klar over hva slags endring som er nødvendig, han/hun må selv ønske at endringen skal skje, og en må være i stand til å bruke de verktøyene som er sentrale for å oppnå endringen. De hevder videre at veldig mange selv vet hva som bør gjøres for å endre sin atferd, men veldig få klarer å oppnå og vedlikeholde den ønskede atferden over tid (Martin, Haskard-Zolnierek & DiMatteo, 2010).

Det eksiterer mange ulike modeller for atferdsendring, basert på ulike læringsteorier. (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Mestringsforventning (Self-efficacy) står sentralt i flere modeller, blant annet kognitiv læringsteori (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Kort fortalt omhandler den en oppfatning om at ens egen tro på at en atferd kan gi ønsket effekt, og troen på egen kapasitet til å gjennomføre det, er hva som skal til for å oppnå endring (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Prochaska & Diclemente (1983) påpeker at atferdsendring er en *prosess*, som også omhandler vedlikehold og tilbakefall. De er kjent for sitt endringshjul, der en person kan plasseres på ulike stadier etter hvor klar en person er til endring, og hvor langt en har kommet i prosessen for å oppnå dette. Første steg er føroverveiellesstadiet, der en ikke har vurdert å endre atferd. Det neste er overveiellesstadiet, der en vurderer endringer, men ikke ennå er klar for det. Videre følger forberedelse, der personen er bestemt på å gjøre endringer. Handlingsstadiet er da personen faktisk forsøker å gjennomføre endringene, etterfulgt av vedlikeholdsstadiet. Hensikten er her at personen skal forsøke å bevare de endringene som er oppnådd, for eksempel å trene 2 ganger i uken. Det siste stadiet er tilbakefall, som er et stadium uten noen ende. Det er derfor en prosess som alltid pågår, og ulike motivasjoner er viktige ved de ulike stadiene i prosessen (Prochaska & DiClemente, 1983). Slike modeller relatert til atferdsendringer er sentrale i forhold til motiverende samtale. Dette er et av hovedelementene ved frisklivssentralen, og relevant i forhold til hensikten med de enkelte tiltakene.

2.3 Frisklivssentralene

Frisklivssentralene er et ledd i det nasjonale folkehelsearbeidet, og blir av Helsedirektoratet^b (2011) definert som:

”Et kommunalt kompetansesenter med tilbud til personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd”.

De store sosiale ulikhetene i helse øker behovet for kommunale tilbud. Frisklivssentralen skal være et tilbud for grupper og individer som ikke når gjennom de eksisterende tilbudene (Helsedirektoratet^b, 2011). Målet med ordningen er at hvert enkelt individ skal få bedre kontroll over egen helse, hovedsakelig gjennom endringsfokuset veiledning og tilpassede tiltak for en endret livsstil. Frisklivssentralen samarbeider med frivillige, offentlige og private aktører, og på den måten oppmuntrer til et tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner (Helsedirektoratet^b, 2011). I følge Helsedirektoratet bør tiltaket forankres i kommunehelsetjenesten, og tilbudene skal være kvalitetssikrede og kunnskapsbaserte. Sentralen kan fungere som et kontaktpunkt for andre helsefremmede tilbud i kommunen, og bør ha oversikt over lavterskeltilbud som finnes i nærmiljøet (Helsedirektoratet^b, 2011). Et lavterskeltilbud kjennetegnes ved at de er ”*lett tilgjengelige fysisk, sosialt og kulturelt*” (Helsedirektoratet^b, 2011, s. 8). Det skal legges opp slik at barrierene for deltakelse er så små som mulig, og at det er åpent for alle. Personer blir hovedsakelig henvist til en frisklivssentral gjennom en frisklivsresept, men det er også mulig for personer å oppsøke frisklivssentralen på eget initiativ. For personer som får en frisklivsresept, blir denne gitt etter en helse-/sosialfaglig vurdering. En slik resept gir personen tilgang til veiledning og oppfølgingstiltak hovedsakelig innenfor *fysisk aktivitet, kosthold og tobakk* (Helsedirektoratet^b, 2011).

Helsedirektoratet anbefaler etablering av frisklivssentraler i alle landets kommuner. Dette kan eventuelt være interkommunale samarbeid, der flere nabokommuner samarbeider om en felles ordning (Helsedirektoratet^b, 2011). I takt med at flere kommuner de siste årene har etablert en frisklivssentral, og andre kommuner er i planleggingsfasen, har Helsedirektoratet utarbeidet standardisert materiell som blant annet en ferdigdesignet logo, brosjyrer, plakater, resepter og liknende som kommunene kan ta i bruk. Det finnes også mye informasjon om hvordan en kan gå frem i arbeidet med både planlegging, utvikling og organisering av en frisklivssentral. Hoveddokumentene tilknyttet oppstartsfase og drift er Helsedirektoratets *veiledere*.

2.3.1 Helsedirektoratets veiledere for frisklivssentralen

Det er utarbeidet to veiledere for kommunale frisklivssentraler. Den første, ”*Veileder for kommunale frisklivssentraler –Etablering og organisering*”, ble utgitt i 2011. Den andre veilederen ble utgitt i 2013, og er en revidert utgave av den opprinnelige veilederen. Disse dokumentene gir anbefalinger for både etablering og organisering av kommunale frisklivssentraler (Helsedirektoratet^b, 2011). De ble utgitt på etterspørsel av flere kommuner

som har etablert og planlegger å etablere en frisklivssentral. Veilederen beskriver både kvalitetskrav og anbefalinger for opprettelse av en slik ordning, en beskrivelse av frisklivssentralen som tiltak, hvorfor det anbefales og ulike utviklingsmuligheter (Helsedirektoratet^b, 2011). Helsedirektoratets veiledere er hovedsakelig ment for kommuner og fylker som ønsker å etablere en frisklivssentral eller videreutvikle de allerede eksisterende tilbudene. Den vil være nyttig for utøvende personell ved de ulike sentralene (Helsedirektoratet^b, 2011). I begge veilederne tydeliggjøres forebyggingsbegrepet. Av Pellmer & Wramner blir forebygging definert slik:

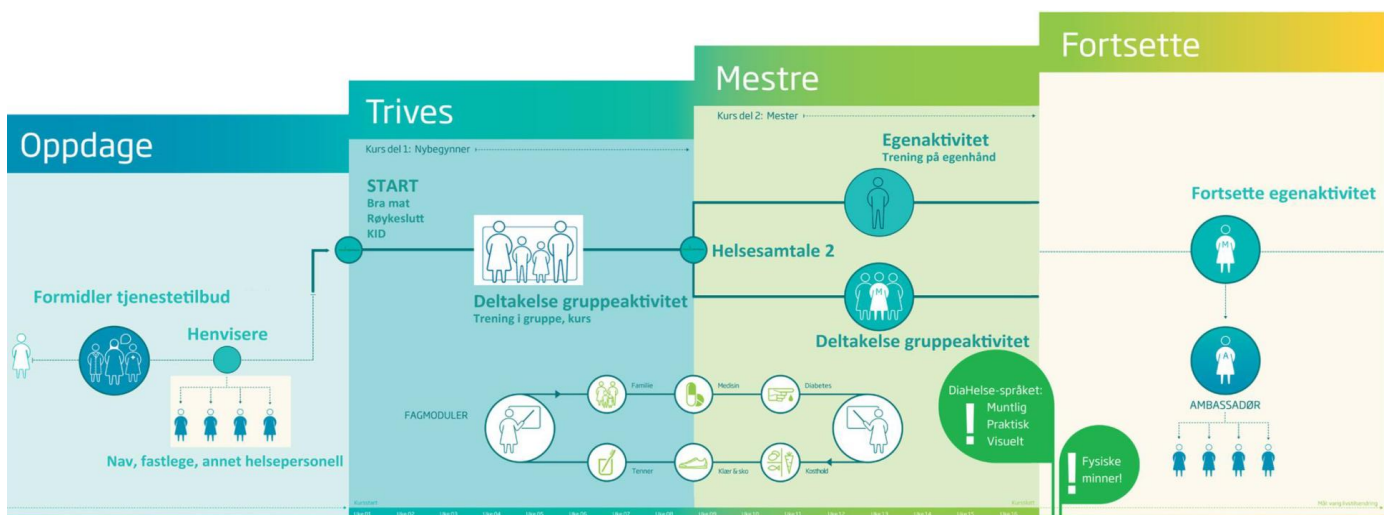
”Forebygging handler om å forsøke å eliminere eller begrense en uønsket utvikling, og forhindre at sykdom oppstår (Pellmer & Wramner, 2007)”.

Et tydelig skille mellom de to veilederne er at den første fungerte som en oppskrift på hvordan kommunene burde gå frem i opprettelsen av et frisklivstilbud. Den reviderte veilederen har mer fokus på viktigheten av evalueringer og rapportering av arbeidet som gjøres (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Videre fokuserer den reviderte utgaven mer på såkalte ”utslusingstiltak”, som har som hensikt å få brukerne videre fra frisklivstilbudet etter reseptperioden. Eksempler på dette er likemannsgrupper, lærings- og mestringstilbud og selvorganisert selvhjelp (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Videre følger en presentasjon av de tilbudene som står oppført i veilederne.

2.3.2 Frisklivstilbudet

I veilederne vektlegges det at den enkelte kommunes tiltak ved frisklivssentralen bør avhenge av hva kommunen har av eksisterende tilbud, samt tilgjengelige ressurser (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Det påpekes imidlertid at minstekravet er å tilby tiltak innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Nedenfor illustreres frisklivsresepten slik Helsedirektoratet har utformet det. Figuren viser hele prosessen fra selve henvisningen til tiden etter ferdig reseptperiode. Det første steget er kalt *oppdage*, der personer enten fanges opp av ulike henvisende aktører, eller selv viser initiativ for å oppsøke en frisklivssentral (Helsedirektoratet^b, 2013). Det kan for eksempel være at en person har hørt om tilbudet gjennom andre, eller at de gjennom en konsultasjon hos sin lege blir anbefalt dette tilbudet, og får utdelt en frisklivsresept. Neste steg kalles *trives*, og refererer til selve oppstartsfasen og

gjennomføringen av frisklivstilbudet. Dette kalles kursdel 1, der brukeren, sammen med en ansatt, har gjennomført en helsesamtale og kartlagt hvilket behov og målsetninger som er viktig for brukeren i tiden fremover (Helsedirektoratet^b, 2013). Da begynner eventuelt brukeren sin deltakelse i en eller flere av frisklivssentralens gruppeaktiviteter, i form av fysisk aktivitet, kosthold, røykeslutt, KID-kurs eller liknende. Da brukeren har deltatt i en periode, går en over til steget som kalles *mestre*. En ny samtale blir gjennomført, kalt helsesamtale 2, og brukeren deltar i aktiviteter ut fra egne ønsker og motivasjon. Her er det ønskelig at brukeren går over til å kombinere gruppeaktiviteter med egenaktivitet, slik at vedkommende blir mer selvstendig og klar for å avslutte sin reseptperiode(r) ved frisklivssentralen. Det siste steget, *fortsette*, refererer til tiden etter reseptperioden, der målet er at han/hun selv skal være motivert og selvstendig nok til å fortsette egenaktivitet (Helsedirektoratet^b, 2013).



Figur 2 Helsedirektoratets illustrasjon over frisklivsresepten (Helsedirektoratet^b, 2013).

Frisklivsresept og henvisende aktører

Det er i hovedsak fastlegene som henviser pasienter til frisklivssentralen. Andre aktuelle henvisere er autorisert helsepersonell fra primærhelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten og spesialhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). For at ønsket målgruppe skal nås, er det også andre utenfor helsetjenesten som bør kunne henviser personer. Dette gjelder for eksempel veiledere fra NAV. Det er viktig at henvisere har god kjennskap til målgrupper for resepten, og forstår innholdet og hensikten med frisklivssentralen. Resepten er en henvisningsblankett som gir personen tilgang til et tidsbegrenset, strukturert veilednings- og oppfølgingstiltak (Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013).

Pasienten tar selv kontakt med frisklivssentralen for å avtale en tid for første helsesamtale, som muligens fører til deltakelse på et eller flere av frisklivssentralens tilbud (Oldervoll & Lillefjell, 2011).

Fysisk aktivitet

I veilederen presiseres det at treningstilbudet foregår i *grupper*. Det står videre beskrevet at gruppetrening er effektivt og erfaringsmessig bidrar til økt trivsel og mestring hos de fleste av deltakerne (Helsedirektoratet^b, 2011). Frisklivssentralen kan ha samarbeidsavtaler med ulike treningstilbud og aktører som finnes i kommunen, slik at brukerne ved frisklivssentralen kan fortsette treningen der, også etter endt reseptperiode. Det påpekes at treningstilbudet må være tilpasset målgruppen. Videre er målsetningen med treningen at brukeren skal bli mer fysisk aktiv, komme i bedre form, lære, føle mestring og styrke troen på at en kan endre levevaner (Helsedirektoratet^b, 2011). Treningen bør følge de nasjonale retningslinjene for fysisk aktivitet og helse, samt faglige retningslinjer for forebygging og behandling av ulike diagnoser og tilstander (Helsedirektoratet^b, 2013). De aktivitetene som tilbys ved frisklivssentralen bør medvirke til at brukeren blir kjent i nærmiljøet og hvilke muligheter en for eksempel har av turområder. Det bør også legges opp slik at aktivitetene ikke krever mye utstyr og andre kostnader (Helsedirektoratet^b, 2011). Hovedmålet med treningstilbudet er at den enkelte bruker skal bli i stand til å vedlikeholde egentrening og delta i de lokale tilbudene, selv etter at oppfølgingsperioden er over og en står på egne ben (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013).

Kosthold

Frisklivssentralen bør basere sine kostholdskurs på de nasjonale kostrådene og relevante nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet^b, 2013). Målet er å hjelpe og støtte brukerne til å gjøre varige kostholdsendringer som kan føre til bedre helse, forebygge sykdom eller forbedre en allerede eksisterende sykdom (Helsedirektoratet^b, 2013). Hovedtilbudet i dag er det ferdig utarbeidede kostholdskurset *Bra mat for bedre helse* (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Kurset er utarbeidet av Helsedirektoratet, og er et inspirasjonskurs som bygger på myndighetenes anbefalinger for kosthold (Helsedirektoratet^b, 2011). Fokuset er på endring av levevaner med hensyn til matvaner og matvarevalg. Kurskonseptet har mottoet ”*små skritt, store forbedringer*”, og følger prinsippene om endringsfokuseret veiledning (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Temaer som blir tatt opp er blant annet ”sunne matvalg”, ”fem om dagen”, ”regelmessige måltider” og ”fettkvalitet”.

Det påpekes at disse kursene ikke erstatter individuell kostholdsveiledning hos en klinisk ernæringsfysiolog. Videre står det beskrevet i veilederen at samarbeid med andre ernæringstilbud i kommunen bør etableres (Helsedirektoratet^b, 2011).

Tobakk

Frisklivssentralen bør ha kompetanse i sluttveiledning og ha et tilbud om individuell oppfølging i forhold til røyke/tobakksslutt. Det er en fordel om frisklivssentralen tilbyr et sluttekurs, enten i eget regi eller i samarbeid med andre aktører. Røykesluttkurs er nemlig et viktig forebyggende tiltak (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Dersom frisklivssentralen ikke har ressurser eller kompetanse til å tilby slike kurs, bør brukerne det er aktuelt for oppfordres til å ta kontakt med andre slutttilbud (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Det har blitt utviklet et eget røykesluttkurs av Helsedirektoratet, med tittelen ”Røykfrie sammen”. Dette er et gruppebasert kurs, og frisklivssentralen kan være kursarrangør (Helsedirektoratet^b, 2011). I veilederen nevnes også *sluttveilederkurs*, som omhandler hvordan en kan være støtte for andre som skal slutte å røyke. Begge disse kursene følger prinsippene for motiverende samtale (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013).

2.3.4 Motiverende samtale

Som det kommer frem i Helsedirektoratets veiledere for frisklivssentraler, er motiverende samtale, eller endringsfokusert veiledning, svært sentralt i dette arbeidet (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Det er dokumentert at motiverende samtale er en effektiv måte å hjelpe personer til å oppnå endringer i helseatferd dersom den gjennomføres av personell som har kompetanse nok i dette (Helsedirektoratet^b, 2011). Tilnærmingen har fokus på å gjøre personen klar for endringer. Dette kan for eksempel være tilknyttet endringer i kosthold eller fysisk aktivitet. Det er en *klientsentrert* rådgivning, der rollen til helsearbeideren i hovedsak er å *veilede* personen i stedet for å gi konkrete råd og løsninger (Holli, Maillet, Beto & Calabrese, 2009). Målet er at personen selv skal innse hva som er problemet, hvorfor det er et problem, og hva som bør gjøres. Dette skal forhåpentligvis gi personen den nødvendige *motivasjonen* for å oppnå endringer (Holli, Maillet, Beto & Calabrese, 2009). Det blir av Holli & medarbeidere (2009) hevdet at denne tilnærmingen følger fem prinsipper. Det første er å vise *empati*. Det er viktig å lytte til sin klient og forsøke å forstå vedkommendes situasjon og følelser, uten å virke dømmende. Det er viktig å komme

med forstående kommentarer underveis, slik at en viser interesse for hva personen har å si. Empati er viktig for å skape et tillitsforhold. Videre bør helsearbeideren forsøke å *skape et tydelig skille mellom nåværende atferd og ønsket atferd*. Dette er for å vise hvor personen er nå, og hvor en ønsker å være. En måte å gjøre dette på er å avklare fordeler og ulemper med både nåværende og ønsket atferd. Målet er at personen eller klienten selv skal se flere fordeler med den atferden som er ønsket (Holli, Maillet, Beto & Calabrese, 2009). Det tredje prinsippet går ut på at helsearbeideren skal *unngå argumentasjon og konfrontasjon*. Dersom han eller hun kommer med direkte argumenter for hvorfor personen bør gjøre endringer, vil dette medføre at personen argumenterer i mot. Da er det vanskelig for personen å innse at endringer er nødvendig. Som et fjerde prinsipp bør helsearbeideren *følge opp* dersom personen viser motstand. Det er en fin anledning for helsearbeideren å få personen til å finne alternativer og løsninger på det eventuelle problemet, og personen blir i enda større grad bevisst på hvorfor endringer er ønskelig (Holli, Maillet, Beto & Calabrese, 2009). Som et siste prinsipp trekkes begrepet *self-efficacy*, eller *egenmestring* frem. Helsearbeideren fokuserer på å avdekke personens evne til å oppnå endringer. Dette er svært viktig for personens motivasjon. Derfor er målsetninger en viktig del av motiverende samtale (Holli, Maillet, Beto & Calabrese, 2009), også ved frisklivssentralene.

Prinsippene for motiverende samtale er inkludert i de fleste kursene som benyttes ved frisklivssentralen, og er den samtaleformen som benyttes ved helsesamtalene. Slike samtaler er en viktig del av frisklivsresepten, og gjennomføres ved flere anledninger (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Den første samtalen kalles gjerne inkomstsamtalen eller helsesamtale 1, der hovedhensikten er å *kartlegge* den enkeltes behov. Det vil for noen være aktuelt med en strukturert reseptperiode der en deltar i tilbudene ved frisklivssentralen. For enkelte vil det være andre tilbud i kommunen som er mer relevant. Det er derfor viktig at de ansatte har oversikt over hvilke tilbud og muligheter som finnes i nærmiljøet, slik at en bred målgruppe kan få en form for hjelp eller anbefaling (Helsedirektoratet^b, 2011). Helsesamtalen følger en salutogen¹ tilnærming, hvor det legges vekt på mestring og empowerment². Samtalen gjennomføres individuelt mellom en bruker og en ansatt ved frisklivssentralen, der brukeren selv skal komme frem til *hvorfor* en ønsker å endre atferd. Motiverende samtale bygger generelt på en teori om at vi mennesker lettere

¹ Salutogenese er læren om hva som fremmer god helse (Helsedirektoratet^b, 2013).

² Empowerment handler om at personer selv skal ta kontroll over egen helse og påvirkningsfaktorene for helse, samt mestre egen livssituasjon (Helsedirektoratet^b, 2013).

følger endringer som vi selv har formulert og står for (Helsedirektoratet^b, 2011). Fokuset ved helsesamtalen ligger på brukerens egne forutsetninger for endring, ikke en diagnose. Den ansattes rolle ved helsesamtalen, i følge Helsedirektoratets veiledere, er oppsummert i tabellen nedenfor.

Tabell 1. Oversikt over helsearbeiderens rolle under en helsesamtale ved frisklivssentralen (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013).

Helsearbeiderens oppgaver
- <i>identifisere</i> brukerens behov og motivasjon for endring
- <i>utforske</i> barrierer for endring
- <i>identifisere</i> aktuelle tiltak ut fra brukerens behov
- <i>bistå</i> brukeren i å sette seg konkrete målsetninger
- <i>bistå</i> brukeren i å sette seg konkrete målsetninger
- <i>kartlegge og sammenlikne</i> helseatferd før reseptperioden og etter gjennomført reseptperiode
- <i>informere</i> om aktuelle tilbud (hvor, når, hva, pris)

2.3.5 Empowerment

Begrepet *empowerment* fremstår som sentralt i arbeidet med frisklivssentralen, spesielt i henhold til helsesamtalene. Det finnes ingen god norsk oversettelse som det enes om, men et eksempel er *egenkraftmobilisering* (Mæland, 201). I forhold til helsesamtalene ved frisklivssentralen, er hovedmålet med empowerment at brukeren skal oppleve en følelse av mestring (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Begrepet stammer fra et humanistisk menneskesyn, der en antar at mennesket under rimelige betingelser selv vil utvikle de evner og ferdigheter som medfører et godt liv for en selv og fellesskapet (Sørensen, et al., 2002). Begrepet kan defineres som:

”En prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer (Sørensen, et al., 2002)”.

I veilederen for frisklivssentralene legges det vekt på at individet selv skal være den aktive, og eier av endringsprosessene (Helsedirektoratet^b, 2013). Prinsippene om at brukeren selv skal ta ansvaret for nødvendige endringer, og oppnå motivasjon og mestring, er sentralt for empowermentsbegrepet (Helsedirektoratet^b, 2013).

2.4 Kvalitetsvurderinger og evalueringer

Kunnskapsformidling er en viktig del av folkehelsearbeidet. Dette kan være gjennom offentlige rapporter og strategier, og ulike tiltak og kampanjer som blir igangsatt. Tiltakene og prioriteringsområdene som presenteres for befolkningen må bygge på et sterkt vitenskapelig grunnlag. På bakgrunn av dette benyttes *kunnskapsbasert praksis*. Dette går i hovedsak ut på at det benyttes arbeidsmetoder som sikrer etterrettelig, systematisk og vitenskapelig kunnskap om effekter av tiltak og metoder (Kunnskapssenteret, 2010). Det har blitt utviklet en modell over kunnskapsbasert praksis som benyttes i ulike helsefaglige miljøer. Modellen kombinerer forskningsbasert kunnskap med erfaringskunnskap og kunnskap om målgruppe og kontekst (Kunnskapssenteret, 2010). Kravet om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert tydeliggjøres i den nye folkehelseoven (Folkehelseoven, 2012). De prosesser og tiltakene som blir satt i gang forventes å gi de mest positive effektene på helsen (Oldervoll & Lillefjell, 2011). Disse prosessene er i stor grad basert på erfaringer. Den erfaringsbaserte kunnskapen er viktig, men det er også et krav om at folkehelsearbeidet er basert på forskningsbasert kunnskap som har kartlagt effekter av tiltak, metoder og verktøy på folkehelseområdet (Oldervoll & Lillefjell, 2011).



Figur 3. Illustrasjon der forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermidvirkning sammen utgjør kunnskapsbasert praksis. Egenlaget modell, inspirert av Kunnskapssentret, 2010).

I veilederne for kommunale frisklivssentraler påpekes det at evalueringer av arbeidet og innfallsvinklene i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, er viktig (Helsedirektoratet^b, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Innenfor helsetjenesten er det ønskelig at det utvikles kvalitetsindikatorer som også er tilgjengelig for brukerne. Slike indikatorer bør gi informasjon om det forebyggende arbeidet som gjøres, blant annet hos fastlegene og kommunale tilbud som frisklivssentralene (Wang, 2010). For brukerne kan dette gi informasjon om tilgjengelighet og tverrfaglighet i det kommunale tilbudet. Det vil videre kunne gi tall på for eksempel overvektsforekomst og antall som røyker blant innbyggerne. Den enkelte kommune har nå blitt forpliktet til å tilgjengeliggjøre informasjon om innbyggernes helsestatus på bakgrunn av den nye folkeloven (Folkehelseloven, 2012). Slike oversikter over helsetjenestene vil kunne gjøre evalueringer lettere, og da også eventuelle endringer og forbedringer (Wang, 2010).

Da det er gjort lite forskning på kvaliteten innen forebyggende helsetjenester, er det anbefalt at det opprettes et eget forskningsmiljø med helsefremmende fokus. Her er det naturlig at et tiltak som frisklivssentralen blir inkludert, da dette er et relativt nytt tiltak (Wang, 2010). En ser også et behov for å styrke kompetansen for alle yrkesgrupper innen helsesektoren, blant annet for å møte nye utfordringer. Et eksempel er prinsippene for motiverende intervju, som er aktuelt for alle yrkesgrupper innen helsesektoren, blant annet ved frisklivssentralene (Wang, 2010). En ser at evalueringer og sammenlikninger er viktig for at en kan kvalitetsvurdere og videreutvikle for eksempel ulike tiltak innen folkehelsearbeidet. Videre vil studier gjort om frisklivssentralene og liknende studier i Norge og utlandet presenteres.

2.4.1 Evalueringer av frisklivssentralen og liknende tiltak

Grønn resept -ordningen var på mange måter forløperen til utviklingen av frisklivssentralene. Det ble i 2003 utgitt en rapport av Senter for medisinsk metodevurdering i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet (Kristiansen & Wisløff, 2003). Dette var en litteraturgjennomgang av Grønn resept -ordningen. I rapporten ble det blant annet konkludert med at det er mulig å påvirke atferd gjennom en livsstilskst, undervisningsbesøk på legekantor, bruk av påminnelser og andre likende tiltak. Effektene var oftest moderate eller kunne utebli helt, men det så ut til at effektene ble sterkere dersom flere strategier ble kombinert. En pasients livsstil kan endres gjennom råd fra legen, der pasienten egentlig oppsøker lege av annen grunn. Disse effektene så ut til å være større dersom det ble kombinert

muntlig informasjon med for eksempel skriftlig materiale og oppfølging av pasienter. Effektene var imidlertid svake og avtok over tid. Livsstilsintervensjoner kan redusere bruken av medikamenter, men det kan koste mer enn hva en sparer ved mindre medikamentbruk. Egne kostnader for forebyggende tjenester fører til at færre benytter seg av dem, spesielt i lavinntektsgrupper (Kristiansen & Wisløff, 2003).

I rapporten ”*Legers bruk og vurdering av Grønn resept- ordningen*” (Bringedal & Aasland, 2005), kom det frem at legene var svært skeptiske til Grønn resept, i hvert fall slik den fungerte på det tidspunktet. Flere mente at dette var unødvendig, og at legene allerede gjorde dette arbeidet. Videre påpekte flere leger at de opplevde det som en unødvendig byråkratisering, og at ordningen først og fremst fremsto som en politisk markering. Flere mente at ordningen traff feil pasientgrupper, og var for enkel i forhold til de kompliserte problemstillingene som eksisterer i forhold til kosthold, fedme, fysisk aktivitet og andre livsstilsfaktorer. Et annet problem var at legene savnet et videre henvisningssted for sine pasienter i forhold til disse problemstillingene. På bakgrunn av de nevnte vurderingene ble Grønn resept sett på som en noe mislykket ordning slik den fungerte på det tidspunktet (Bringedal & Aasland, 2005). Det var slike vurderinger av Grønn resept-ordningen som ga hovedgrunnlaget for frisklivssentralene, da en så at denne ordningen ikke fungerte optimalt, og det var behov for et videre tiltak basert på disse erfaringene. Et av tiltakene som ble etablert var *Trening på resept*.

Blom`s (2008) masteroppgave ”*Trening på resept*” –*Evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til ”Trening på resept*”, er en intervensjonsstudie der hensikten var å evaluere korttidseffekter og langtidseffekter av ”*Trening på resept*”. I tillegg skulle karakteristika ved personer som ble rekruttert til programmet og personer som fullførte, kartlegges (Blom, 2008). ”*Trening på resept*” ble gjennomført i 14 kommuner i Nordland og Buskerud i perioden 2006-2007. Antall deltakere i intervensjonsstudien var 1037, der det ble målt endring i fysisk form og fysisk aktivitetsnivå etter tre måneder, samt endringer i fysisk aktivitetsnivå ett år etter deltakelse. Det var ingen kontrollgruppe. Det ble også målt endringer i sykemeldingsandel, kroppsmasseindeks og motivasjonsstadie for atferdsendring etter tre måneder, og endring i aktivitetsdeltakelse etter tre måneder og ett år (Blom, 2008). Det var flest kvinner blant deltakerne, og rundt to tredjedeler var lavt utdannet. 80 % var overvektige (KMI < 25). Åtte av ti deltakere fullførte programmet, i den betydning at de deltok på den avsluttende

helsesamtalen. Kondisjonen ble forbedret med et gjennomsnitt på 14 %, basert på en gå-test. Videre økte gjennomsnittlig selvrappert fysisk aktivitetsnivå fra oppstart til programslutt, og det ble funnet en tendens til at dette ble vedlikeholdt ett år etter programdeltakelse. Sykefraværet ble redusert med 9 % (Blom, 2008). Det er gjort flere evalueringer av ”Trening på resept”, der for eksempel en evaluering av Helgerud & Eithun (2010) viser at dette tiltaket virker som en form for behandling, der pasientene går ned i vekt og bedrer sin fysiske arbeidskapasitet. Det gjelder både i form av styrke og utholdenhet. Evalueringen viser imidlertid også at halvparten av pasientene ikke klarte å opprettholde sine treningsvaner på samme nivå i tiden etter at de fulgte opplegget. Det konkluderes med at det er et opplagt behov for en videreutvikling av denne formen for behandling (Helgerud & Eithun, 2010).

Det er gjort flere studier som fokuserer på fysisk aktivitet blant ulike grupper i den norske befolkningen. En kjent studie er MoRo-prosjektet, eller mosjon på Romsås (Lorentzen, Ommundsen, Jennum & Ødegaard, 2005). Dette er en intervensjonsstudie som ble gjennomført i perioden 2000-2003. Studien var rettet mot den generelle befolkning og personer med høy risiko for sykdom, med et mål om å øke det fysiske aktivitetsnivået som videre skulle redusere risikofaktorer for diabetes og hjerte- og karsykdommer i bydel Romsås (Lorentzen, Ommundsen, Jennum & Ødegaard, 2005). Det ble iverksatt en rekke strategier og tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Deltakelsen var noe høyere blant kvinner enn menn, og andel med ikke-vestlig bakgrunn var 21,3 %. Både selve intervensjonen og deltakergruppen i denne studien kan sammenliknes med brukerne ved frisklivssentralene. Gjennomsnittsalderen er relativt lik, og intervensjonen bestod hovedsakelig av fysisk aktivitet samt kostholdsveiledning og hjelp til røykeslutt ved behov, for høyrisikogruppen. Dette er også hovedtilbudet ved frisklivssentralene. Resultatene fra studien har vist at det er mulig å øke fysisk aktivitetsnivå og redusere daglig røyking og biologiske risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes, i et lokalsamfunn med høy dødelighet og lav sosioøkonomisk status ved en lavkostnadsintervensjon kombinert med en befolkningsrettet og høyrisikorettet strategi. Ulike tiltak på mange ulike påvirkningsfaktorer øker sannsynligheten for varige atferdsendringer. MoRo-prosjektet viste at det bør utvikles tiltak som medfører endringer i atferd. Videre påpekes det at det kan være mest effektivt å påvirke de samfunnsmessige og sosiale faktorene som igjen påvirker atferd (Lorentzen, Ommundsen, Jennum & Ødegaard, 2005).

I en studie utført av norsk institutt for naturforskning ble det sett nærmere på innvandrergupper i Groruddalens bruk av natur- og grøntarealer, og hvilket meningsinnhold ulike grupper tillegger naturmiljøet (Figari, Haaland & Krange, 2009). Her kommer det frem at nesten samtlige av de intervjuede kvinnene snakket om turgåing som et viktig element i hverdagen, og påpeker turgåing som den viktigste aktiviteten utenom hjemlige og andre plikter (Figari, Haaland & Krange, 2009). Turene blir brukt for å være sammen med andre, ofte familien, men mange går også alene. Kvinnene benytter oftest nærmiljøet som turareal, hovedsakelig turveier, tettbygde strøk eller tilrettelagte grøntarealer. Svært få oppgir skogen som et turområde, selv om Alna grenser til Østmarka (Figari, Haaland & Krange, 2009). Både det sosiale og et ønske om mosjon, god helse og frisk luft påpekes som motivasjoner for å gå på tur. Som en barriere mot friluftsliv, trekkes det frem informantenes tolkning av selve landskapet. Det kan se ut til at disse kvinnene har en annen forståelse av det og være ute enn ”det norske friluftslivet”. I tillegg til at turgåing knyttes opp mot det sosiale, legges det vekt på at utendørsarealene bør bære et preg av at de fysisk er utformet på en måte som tydeliggjør hva området er tilrettelagt for. Dette gjelder for eksempel parker (Figari, Haaland & Krange, 2009). Videre påpekes det at kvinnene ikke går tur bare for å gå tur. Det er viktig at turen har et mål. Et eksempel er at turens mål for mange var IKEA. Denne studien viser at selv om mange innvandrere går mye på tur, er hensikten og motivasjonen bak dette noe annerledes enn det er for mange nordmenn. For dem er turgåingen hovedsakelig en sosial aktivitet, og turen har ofte et spesielt mål eller destinasjon. Selv om flere av de intervjuede kvinnene trekker frem mosjon og helse som viktige aspekter med turen, er det ofte andre motivasjoner bak. Mange nordmenn går tur for å få frisk luft og trim. Videre viser studien at mange innvandrerkvinner benytter tettbygde strøk og tilrettelagte nærområder, men i liten grad skogen.

Ulike intervensjoner og evalueringer som de overnevnte har dannet grunnlaget for utviklingen av frisklivssentralene og de enkelte tiltakene som disse består av. Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU har utarbeidet en kunnskapsoversikt i forbindelse med prosjektet *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling. Inherredmodellen –Trinn 1*. Hovedmålet var å gi en oversikt over hva som den gangen var ”beste praksis” for organisering og innholdet i en frisklivssentral basert på tilgjengelig informasjon og resultater fra studier (Oldervoll & Lillefjell, 2011). Det kom blant annet frem at det er viktig med et tett samspill mellom regionalt og lokalt nivå. Kommunelege 1 spiller en viktig rolle da vedkommende får andre legene aktivt med i ordningen. Videre er det svært viktig med kontinuerlig informasjon om

kjennskapen til, kunnskapen om og bruken av ordningen. Det kommer frem i rapporter at 2/3 av brukerne av ”trening på resept” er kvinner, og gjennomsnittsalderen er 50 år. I forhold til kroppsmasseindeks, lå gjennomsnittet på 30 (Oldervoll & Lillefjell, 2011). Hovedkonklusjonen er at ”trening på resept” har en korttids- og mellomlangtidseffekt, men at langtidseffekten er usikker. Det kan se ut til at individuelle tilpasninger både i forhold til hva slags trening som skal gjennomføres og når, er vesentlig. Det finnes lite informasjon om hvem det er som benytter seg av tilbudet i forhold til sosial status, hvem som faller av underveis og hvem som velger og ikke delta i det hele tatt. Studier som er gjort har hovedsakelig fokusert på å måle effekt av fysisk form og aktivitetsnivå, og i liten grad målemetoder som ser på individets evne og mestring, og deltakelse i arbeidslivet og samfunnet ellers. Kunnskapsoversikten trekker frem at en sentral utfordring for målgruppene som blir henvist til frisklivssentralene er hvordan en kan øke aktiviteten i hverdagen, og hvordan en kan få folk til å fortsette egenaktiviteten etter endt reseptperiode. Det er et behov for kunnskapsbaserte tiltak rettet mot enkeltpersoner og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd. Derfor er det viktig at etableringen av frisklivssentraler er basert på forskning og utviklingsarbeid allerede i planleggingsfasen. Det kan være en fordel at det blir utviklet et felles nasjonalt evalueringsverktøy. En slik kunnskapsdatabase gjør det mulig å evaluere de anbefalte tiltakene over tid, og sammenlikne effekten av disse (Oldervoll & Lillefjell, 2011).

Rapporten *Ein resept å gå for?* (2008) ble utgitt i samarbeid med Helsedirektoratet (Båtevik et al., 2008). Studien evaluerte noen tiltak som allerede da var satt i gang i enkelte kommuner, nemlig modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og et sunt kosthold. Dette er tiltak som i dag er en del av frisklivsordningen. Hensikten var å kartlegge det utviklingsarbeidet som allerede har blitt gjort i forhold til organisering, forankring og implementering. Rapporten konkluderte blant annet med at reseptbrukerne er generelt sett fornøyd med opplegget og oppfølgingen som har blitt gjort (Båtevik et al., 2008). Det ser ut til at de lokale ordningene i stor grad satser på fysisk aktivitet, mens kostholdsanbefalinger og røykeslutt er mindre prioritert. Samtidig viser det seg at fagpersonene som er ansvarlige for ordningen ikke har samme kompetansegrunnlag innenfor disse to områdene, som ved førstnevnte. Det stilles spørsmålstegn til om selve målgruppen for ordningen er for svakt definert, og varierer fra kommune til kommune. Det viser seg at de som faktisk har vært brukere av ordningen er mer fysisk aktive og ressurssterke enn forventet.

Likevel er det mange brukere som ikke er i arbeid, enten på grunn av arbeidsledighet eller langtidssykemeldinger. Videre viser det seg at ordningene rekrutterer langt flere kvinner enn menn. En utfordring er at ordningene ikke klarer å fange opp personer med minoritetsbakgrunn (Båtevik et al., 2008).

I de senere årene har det blitt gjort enkelte studier på kostholdskurset *Bra mat for bedre helse*. Et eksempel er en prosessevaluering fra 2009. Fire kurslederkurs avholdt i forbindelse med *Bra mat for bedre helse* ble vurdert, basert på hva deltakerne uttrykte om kurset (Sørvang, 2009). Det kom frem at deltakerne syntes materialet var godt, og mange brukte dette aktivt i sitt arbeid, uavhengig om det ble startet opp et kostholdskurs i kommunen eller ikke. Samtidig oppga de fleste at deres kunnskap om ernæring økte etter deltakelse på kurs. I 2012 ble det gjort en effektevaluering av *Bra mat for bedre helse*. Kort oppsummert kom det her frem at kurset førte til at det for deltakerne ble viktigere å spise sunn mat og enklere å planlegge sunne måltider. Det ble eksempelvis et økt inntak av frukt og grønt blant deltakerne, og et redusert inntak av mettet fett. Kursene og tilhørende materiale ble vurdert som nyttig og svært nyttig (Mortensen, 2012).

Det har de senere årene blitt utviklet flere egne frisklivstiltak rettet mot barn og unge. I 2012 gjennomførte Kunnskapsenteret, på oppdrag fra Unio, en systematisk oversikt over effekten av ulike tiltak som har som formål å forebygge ugunstige levevaner blant barn og unge (Nylenna, Berg & Underland, 2012). Dette gjaldt eksempelvis helsefremmende tiltak for å fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold. Det ble inkludert seks systematiske oversikter som ble vurdert til å ha høy kvalitet. Blant konklusjonene fra denne sammenfattingen av resultater, kan det blant annet se ut til at skolebaserte tiltak for å fremme et sunt kosthold fører til at barn og unge spiser mer frukt og grønnsaker. Det finnes ikke nok dokumentasjon av god nok kvalitet til å konkludere med at skolebaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet har effekt på barnas fysiske aktivitetsnivå (Nylenna, Berg & Underland, 2012). Det ble ikke funnet nok grunnlag til å si at tiltak i forhold til fysisk aktivitet og kostholdsundervisning for å forebygge overvekt blant 0-5-åringer fører til mindre overvekt. Det finnes heller ikke god nok dokumentasjon på at slike tiltak fører til mindre overvekt blant barn og unge i alderen 6-18 år. Det konkluderes videre med at videre forskning på området bør fokusere på langtidseffekten av ulike tiltak, for eksempel med oppfølging i minst et år etter avsluttet tiltak.

Det er et behov for systematiske oversikter som fokuserer på helsefremmende tiltak på sosial helse blant barn og unge, samt ulike tiltak for å forebygge overvekt og fysisk inaktivitet som ikke baseres på skoleintervensjoner (Nylenna, Berg & Underland, 2012).

2.4.2 Studier i andre land

Det ble i 2003 gjort en studie for å se på langtidseffektene av grønn resept-ordningen i New Zealand (Elley, Kerse, Arroll & Robinson, 2003). Studien var en randomisert kontrollert studie, der alle pasienter i alderen 40-79 år som besøkte sin fastlege i rekrutteringsperioden ble spurt om å delta. Fastlegen skulle så følge opplegget med grønn resept, der det ble gitt verbal og skriftlig rådgivning om fysisk aktivitet ved de vanlige konsultasjonene. Deretter ble personene i intervensjonsgruppen fulgt opp av en treningseksperter per telefon og post. Kontrollgruppen mottok kun vanlig konsultasjon. Hos intervensjonsgruppen ble det funnet forandringer i fysisk aktivitet, livskvalitet, risiko for hjerte- og karsykdommer og blodtrykk etter en 12 måneders periode. De konkluderer med at rådgivning til pasienter i forhold til fysisk aktivitet er effektivt for å øke det fysiske aktivitetsnivået og bedre livskvaliteten etter 12 måneder (Elley, Kerse, Arroll & Robinson, 2003).

I Norden samarbeides det mye om både innsamling av informasjon om innbyggernes helse, samt tiltak for å bedre helsesituasjonen. Et eksempel er rapporten *Fysisk aktivitet på resept i Norden- erfaringer og anbefalinger*. Dette er et resultat fra et samarbeid mellom Sverige, Danmark, Finland og Norge (Kallings, 2010). Et nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet ble etablert for å dele ulike erfaringer, og samarbeide for å bedre kunnskapen og kunne utvikle arbeidet med livsstil/fysisk aktivitet på resept. I de nordiske landene har det de siste årene blitt utviklet ulike metoder og modeller for fysisk aktivitet innen helsesektoren. For å sammenfatte informasjon om de ulike ordningene ble denne rapporten utgitt (Kallings, 2010). Målet er at dette kan forme det videre arbeidet i Norden, slik at en finner den beste modellen som kan brukes som en felles ordning, men med lokale tilpasninger (Kallings, 2010). Sverige var tidligst ute med ordninger som likner dagens frisklivssentraler, allerede i 1980-årene ble det igangsatt tiltak der. Norge var også relativt tidlig ute, men kun i enkelte fylker. I Danmark og Finland ble tiltak som mosjon på resept og resept for fysisk aktivitet satt i gang på begynnelsen av 2000-tallet. Det var i det tidsrommet tiltakene i Norge og Sverige også ble mer utbredt (Kallings, 2010). Det de ulike ordningene har til felles er at det er leger eller annet helsepersonell som gjennomfører samtalen med pasienten, og gir dem resepten på

fysisk aktivitet. Et annet fellestrekk er at det er utviklet ulike modeller som skal tilpasses til ulike regioner, fylker eller kommuner. Det er likevel litt forskjell i hvem som gjennomfører samtalene og følger opp pasienten. Det er stor variasjon i hvor intensive intervensjonene eller oppfølgingen er, hvilke deler av ordningene som gjennomføres innen helse- og omsorgstjenesten og i samarbeid med andre aktører, og om det er et fokus på å fremme fysisk aktivitet på egen hånd eller i grupper (Kallings, 2010).

En studie som trekkes frem i veilederen for kommunale frisklivssentraler, er den svenske Björknäs-studien (2009). Det er en randomisert kontrollert studie der personene ble fulgt fra 2003 til 2006. Hensikten var å se på hvordan livsstilsintervensjoner bestående av fysisk aktivitet og kostholdsveiledning ville påvirke risikofaktorer for hjertesykdom. Resultatene viste at slike intervensjoner i primærhelsetjenesten vil være hensiktsmessige for å redusere risikofaktorer blant individer med særlig høy risiko (Eriksson, Franks & Eliasson, 2009). Samtidig viser det seg at intervensjoner som kombinerer kosthold og fysisk aktivitet anbefales fremfor medikamentell behandling (Eriksson, Franks & Eliasson, 2009). En annen randomisert kontrollert studie fra Sverige viste at et oppfølgingstilbud der ga signifikante effekter på kondisjon, midjemål, blodtrykk og helse relatert livskvalitet etter 3 måneder med strukturert, gruppebasert trening og kostholdsveiledning (Eriksson, Hagberg, Lindholm, Malmgren-Olsson, Østerlind, & Eliasson, 2010).

Lindström og medarbeidere (2006) gjennomførte en oppfølgingsstudie av den Finske diabetes-forebyggende studien, hvor hensikten var å se om de oppnådde endringene i livsstil og reduksjonen i sykdomsrisiko, ble vedlikeholdt etter at opplegget og veiledningen var avsluttet. Overvektige, middelaldrende menn og kvinner med redusert glukosetoleranse ble randomisert til enten en kontrollgruppe eller gruppen der en deltok i en livsstilsintervensjon. Etter en fireårs periode ble personer som fortsatt ikke hadde utviklet diabetes fulgt opp i tre nye år. Det ble gjort målinger på diabetes, kroppsvekt, fysisk aktivitet og kostholdsrelaterte faktorer som fett og fiber (Lindström, et al., 2006). Etter den totale oppfølgingsperioden på sju år var sykdomsrisiko redusert med 43 %. Reduksjonen i risiko var relatert til hvor suksessfullt deltakeren oppnådde målene for vektnedgang, redusert inntak av fett, økt inntak av fiber, samt mer fysisk aktivitet. Endringene i livsstil i intervensjonsgruppen så ut til å bli vedlikeholdt også i tiden etter oppfølgingsperioden.

De konkluderer med at livsstilsintervensjoner hos personer med høy risiko for å utvikle type-2 diabetes, resulterte i vesentlige endringer i livsstil og en reduksjon i diabetesinsidens, som også ble vedlikeholdt etter oppfølgingstiden (Lindström, et al., 2006).

2.5 Sammendrag

Selv om helsetilstanden på verdensbasis har bedret seg de siste tiårene, eksisterer det fortsatt store helseutfordringer. Helsestatus er ikke jevnt fordelt i befolkningen, der de med lavere sosioøkonomisk status har dårligst helse (Folkehelseinstituttet, 2010). I Norge er helsetilstanden god sammenliknet med resten av verden, men vi har fortsatt en lang vei å gå. Utfordringsbildet er preget av en høy forekomst av overvekt, kreft, røyking, diabetes type 2 og for lite fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). Det multietniske samfunnet bringer med seg utfordringer, da helsen blant mange innvandrergupper er dårligere enn for resten av befolkningen (Helsedirektoratet, 2010). Studier som er gjort om frisklivssentralene og liknende tiltak, viser at de enkelte tiltakene kan ha en positiv effekt på helsen. Det er likevel manglende bevis på langtidseffekter. Det er usikkert om tiltakene når ønsket målgruppe, som i hovedsak er personer i særlig risiko for å utvikle livsstilssykdommer. Det er stilt spørsmålsteget til om målgruppen er for svakt definert, og varierer fra kommune til kommune. De ordningene som har eksistert til nå, har i hovedsak fanget opp kvinner i alderen 40-60 år. Det finnes ikke nok dokumentasjon på kjennetegn ved brukerne, for eksempel i forhold til sosial status, hvem som faller fra og hvem som uteblir helt fra de ulike tiltakene. Effekten av tiltakene ser ut til å være større dersom en kombinerer ulike fremgangsmåter, for eksempel muntlig og skriftlig informasjon.

2.6 Kommunen i Akershus

Denne kommunen er allerede i gang med et frisklivstilbud, og etablerte det allerede i 2006. Det er denne kommunens frisklivssentral jeg vil se nærmere på i min masteroppgave. Kommunen satser sterkt på folkehelsearbeid, blant annet gjennom skolefrukt, fokus på ernæring i mat og helsefaget, og tilrettelegging for fysisk aktivitet i nærmiljøet (Anonymisert³, 2011). På bakgrunn av det nye lovverket i Samhandlingsreformen er det et krav at den enkelte kommune kartlegger befolkningens helsetilstand. De lokale utfordringene skal danne grunnlaget for utviklingen av strategier og mål for å bedre innbyggernes helse. Kommunen kom i 2011 ut med en rapport som gir en oversikt over både helsestatus og

³ Kilder er anonymisert på grunn av at kommunenavnet fremstår i referansen.

utfordringene kommunen står ovenfor (Anonymisert, 2011). Dette gir kunnskap om dagens situasjon, men også hvilke områder det bør satses på i fremtiden.

I rapporten legges det vekt på at kommunen har lagt til rette for fysisk aktivitet, blant annet i form av gang- og sykkelveier og alpintanlegg. Videre poengterer rapporten at det eksisterer en del helseutfordringer blant innbyggerne. Kommunen har en høy andel innvandrerbefolkning, og den er økende. Over 15 % av innbyggerne har flerkulturell bakgrunn. Økningen har vært særlig stor de siste ti årene. Kommunen jobber hardt for inkludering i forhold til personer med flerkulturell bakgrunn, siden innvandrere har dårligere helse og flere helseutfordringer, enn resten av befolkningen (Klepp & Asheim, 2010). Dødeligheten for kvinner er høyere i kommunen enn både Akershus og landet for øvrig. En stor andel av dødsfallene skyldes hjerte- og karsykdommer. Selv om dødeligheten for menn er lavere enn landsgjennomsnittet, er den fortsatt høyere enn Akershus. Helsestatusen til barn og unge i kommunen er generelt god, men det er visse utfordringer knyttet til inaktivitet og overvekt. Samtidig er antall barn og unge som røyker signifikant høyere enn gjennomsnittet i Akershus, og egenrapportert helse er lavere enn for fylkessnittet. Generelt sett ligger kommunen over gjennomsnittet for Akershus når det gjelder antall som får sosialhjelp (Anonymisert, 2011). Da frisklivssentraler er et tiltak i utvikling og etablering, er det trolig fordelaktig å se nærmere på en kommune som har hatt en slik ordning over lengre tid. Det vil bidra til mer informasjon om erfaringer som er gjort opp gjennom årene, og hvordan tiltaket eventuelt har endret seg.

3. Metode og utvalg

Denne studien skal bidra til vitenskapelig forskning. Selve begrepet forskning har mange ulike definisjoner, men felles for dem alle er at en undersøker noe på en systematisk måte (Merriam, 2009). For at arbeidet en gjør skal være systematisk, er det viktig å følge en bestemt forskningsmetode. I dette kapittelet presenteres valgt metode for datainnsamling og analyse. Her er det inkludert sentrale begreper for den valgte vitenskapelige metoden, samt en detaljert beskrivelse av fremgangsmåten som er benyttet. Selve analysen er hovedsakelig basert på Malterud (2011). Blant liknende studier som er gjort om frisklivssentralen, virker det som at det i hovedsak er gjort kvantitative studier samt intervensjonsstudier. Med unntak av Mortensens (2012) effektevaluering med fokus på de ansattes synspunkter rundt kostholdskursene, kan det se ut til at det er gjort få kvalitative studier med fokus på de *ansattes erfaringer* med frisklivssentralen.

3.1 Kvalitativ metode

Den vitenskapsteoretiske metoden en benytter har betydning for hvilke data som samles inn. Metoden har også betydning for hvordan analysen av dataene skal gjennomføres (Thagaard, 2009). I denne studien følges en *kvalitativ tilnærming*. Et viktig skille mellom kvantitative og kvalitative studier er at kvantitative studier fokuserer på spørsmål som hvor mange og hvor mye. Kvalitative studier har som hensikt og utforske meningsinnholdet i ulike fenomener, slik de oppleves av de involverte i en naturlig setting (Malterud 2011; Merriam, 2009). En kvalitativ metode er godt egnet dersom en ønsker å gå i dybden og presentere mangfold og nyanser. Den innsamlede informasjonen rundt fenomenet kan benyttes til å utvikle nye hypoteser i fremtiden (Malterud, 2011). Det finnes mange ulike definisjoner på kvalitative metoder, mye på grunn av at metoden i seg selv er svært sammensatt og kompleks (Merriam, 2009). Denzin og Lincoln (2005) oppsummerer forskere som benytter kvalitative metoder på denne måten:

”De studerer noe i sin naturlige setting, forsøker å gi mening til, eller tolke, fenomener slik de involverte opplever dem”.

Kort oppsummert gir en kvalitativ metode deg muligheten til å gå i dybden og finne mye informasjon om et lite antall personer. Hovedmålet er å forstå hvordan mennesker gir mening til noe (Merriam, 2009). Metodene egner seg godt når en skal studere et fenomen det finnes lite informasjon om fra tidligere, og dersom en vil ha svar på problemstillinger som angår menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger (Malterud, 2011). Samtidig gjør metoden det mulig å gå i dybden av et eksempel på fenomenet en er interessert i. Kvalitative tilnærminger er nyttige dersom en er åpen for informasjon rundt problemstillingen, og dersom en vil ha informasjon om store og vide forskningsspørsmål (Swanborn, 2010).

3.1.1 Casestudie

En *casestudie* følger et *intensivt* forskningsdesign. Det fokuseres på et eksempel av et fenomen, også kalt et case (Swanborn, 2010). Dette caset blir så studert i sin opprinnelige kontekst, gjerne over et lengre tidsrom. En ser på sammenhenger mellom ulike variabler som alle sammen er en del av caset som studeres (Swanborn, 2010). Casestudier blir av Merriam (2009) definert som en fordypende studie av et avgrenset system, hvor en går i dybden for å

studere dette caset. I denne studien er de ansatte ved den ene kommunens frisklivssentral eksempelet på dette. Et viktig kjennetegn ved en casestudie er at det benyttes flere metoder i datainnsamlingen. Dette kan for eksempel være intervjuer, spørreskjema og observasjon (Swanborn, 2010). De anvendte metodene er dybdeintervju av aktuelle ansatte ved frisklivssentralen i den valgte kommunen, samt noe observasjon ved deltakelse på kurs og gruppetrening. Det samles inn informasjon om de relevante egenskapene ved fenomenet, og konklusjoner trekkes basert på totalinntrykket av all innsamlet informasjon (Swanborn, 2010). Ved å benytte ulike metoder i datainnsamlingen er målet i denne studien at det skal gi et helhetlig bilde av frisklivssentralen i kommunen.

3.1.2 Kvalitativt intervju og observasjon

Hovedmetoden for denne studien er *kvalitative forskningsintervju*. Hensikten med slike intervju er å samle inn fyldig og omfattende informasjon om menneskers livssituasjon og deres synspunkter rundt relevante temaer for studien (Thagaard, 2010). Målet er å få innsikt i informantenes egen oppfatning av situasjonen han eller hun befinner seg i, og forstå innholdet og meningen i det som blir sagt. I følge Thagaard (2010) finnes det ulike perspektiver for hvordan intervjudata samles inn. Et perspektiv følger et positivistisk ståsted, som representerer den ”ytre” verden. Informantene deler sine opplevelser og synspunkter, som er en gjenspeiling av deres egne erfaringer. Forskeren har en nøytral rolle og fokuserer på hva informantene forteller. Et annet perspektiv innebærer et konstruktivistisk ståsted. Her fokuseres det ikke på den ”ytre” verden, men betydningen av sosial interaksjon mellom forskeren og informant. Sammen utvikles det ny kunnskap og forståelse (Thagaard, 2010). I denne studien er det førstnevnte perspektivet den mest passende beskrivelsen. Det er da viktig at en som forsker ikke fortolker det informanten forteller, og registrerer både det verbale, kroppsspråk og stemmebruk (Dalland, 2008). De kvalitative intervjuene i denne studien kan defineres som *semistrukturerte intervju*. Det innebærer at det på forhånd er utarbeidet en intervjuguide som benyttes i gjennomføringen av intervjuet. Samtidig er en åpen for å endre formuleringen og rekkefølgen på spørsmålene, samt legge til enkelte oppfølgingsspørsmål underveis for hvert intervju (Malterud, 2011).

De kvalitative intervjuene gir først og fremst indirekte beskrivelser, da informantene gjenforteller deres opplevelser og synspunkter (Malterud, 2011). For å danne et eget inntrykk av situasjonen, altså frisklivssentralen i den utvalgte kommune, har *observasjon* blitt benyttet.

Det er vanlig å kombinere disse to metodene (Thagaard, 2010). Det skal imidlertid presiseres at intervjuene av de ansatte er hovedmetoden, og observasjon er kun ment som et komplimenterende førsteinntrykk av frisklivssentralen i praksis. Ved observasjon får en som forsker et direkte inntrykk av situasjonen, hvor en er til stede i de situasjonene informantene oppholder seg (Malterud, 2011). Hensikten med observasjon i denne studien er å få innsikt i hvordan kostholdskursene og temakveldene i kommunen fungerer, samt gjennomføringen av gruppetreningen. Dette gjaldt både for friskliv voksne og friskliv barn og unge. Det finnes ulike former for observasjon basert på hvor deltakende en som forsker er (Malterud, 2011). Observasjon slik den er benyttet i denne studien, kan best beskrives som *deltakende observasjon*. En deltar i de aktivitetene som gjøres av informantene, og forsøker å forstå deres situasjon gjennom utvikling av kontakt og samtale underveis (Thagaard, 2010). Denne deltakelsen er kun delvis da forskeren ikke gjør alt det som informantene gjør, men følger heller en observatørrolle mesteparten av tiden. Underveis samles det inn feltnotater som danner datagrunnlaget for analysen (Thagaard, 2010).

3.2 Analyseverktøy -temasentrert tilnærming

Da hovedfokuset er hva informantene har å si om ulike tema, følges en *temasentrert tilnærming* i analysen av intervjuene (Thagaard, 2009). Informasjon rundt hvert enkelt tema, eller spørsmål fra hver informant, blir sammenliknet. Ved en slik tilnærming blir enkelte utsnitt løsrevet fra sin opprinnelige sammenheng. Det er derfor viktig at informasjon fra den enkelte informant settes inn i den sammenheng som utsnittet er en del av, for å kunne ivareta et helhetlig perspektiv. Et godt verktøy i analysen er å utforme matriser med informasjon under hver kategori (Thagaard, 2009).

3.3 Teoretisk rammeverk for studien

Ved vitenskapelig forskning er det viktig å basere sitt arbeid på et teoretisk grunnlag (Malterud, 2011). Når en gjennomfører kvalitativ forskning, kan det være vanskelig å avgjøre hva slags studie en gjør, og hva som da er det teoretiske rammeverket for studien (Merriam, 2009). Det finnes ulike syn på hvordan en skal vurdere dette, og i hvilken grad det eksisterer et konkret rammeverk. Merriam (2009) hevder at det innen felt som utdanning, helse og rådgivning som oftest gjennomføres en "type" kvalitativ studie som kan defineres som en grunnleggende, fortolkende studie. Det er den mest egnede beskrivelsen for min studie. Dette er mer vanlig enn for eksempel en fenomenologisk eller kritisk tilnærming. En av grunnene til

at det kan være vanskelig å identifisere det teoretiske rammeverket, er at hensikten ofte går ut på å utvikle nye teorier i stedet for å teste allerede eksisterende teorier og hypoteser. Et teoretisk rammeverk kan defineres som:

”Den underliggende strukturen, stillaset eller rammen for studien (Merriam, 2009).”

Det teoretiske rammeverket vil påvirke hele gangen i studien, blant annet i forhold til formulering av forskningsspørsmål, datainnsamling og analyse (Merriam, 2009). Rammeverket vil i første omgang bestemme hvor i litteraturen du finner hva en allerede vet om temaet, og hva det vil være naturlig å fokusere på. Dette vil videre ha betydning for problemstillingen og studiens hensikt. Det oppstår ofte forvirring i forhold til hvordan en kan plassere teori i en kvalitativ studie, på grunn av at denne forskningen er induktiv og fører til fortolkende eller analytiske konstruksjoner i større grad enn teori (Merriam, 2009). En kan likevel hevde at kvalitativ forskning former eller modifierer eksisterende teorier, ved at datamaterialet blir analysert i henhold til konseptene ved en allerede utforsket teori. Videre er studiens funn så å si alltid diskutert i lys av eksisterende kunnskap. Dette gjøres med et mål om å demonstrere hvordan studien bidrar med ny kunnskap om et allerede kjent tema eller fenomen (Merriam, 2009). En kan si at den teoretiske referanserammen er de brillene en har på i forskningsprosessen. Det er den rammen en følger i gjennomlesningen av materialet og identifiseringen av ulike mønstre (Malterud, 2011). En slik referanseramme vil dels avhenge av den erfaringen og det ståstedet en har fra tidligere, og dels det en utvikler underveis i prosessen. I mitt tilfelle vil eksempelvis min utdanning innen ernæring være en sentral referanse for hvilket tema som er valgt, samt vinklingen og fokuset i studien.

3.4 Forskerrollen og etiske betraktninger

Forskeren vil alltid ha en aktiv rolle i sitt arbeid. Allerede ved valg av forskningsområde og problemstilling vil forskerens interesser og påvirkning ha en betydning. Den enkelte forskers personlige interesser og personlige erfaringer vil påvirke disse valgene, og vil videre ha betydning for hvilken metode som skal benyttes, samt hvilket utvalg en anser som representativt (Malterud, 2011). Da tolkning er en viktig del av den kvalitative forskningsprosessen, er forskeren selv et viktig redskap i analysen.

Den pakken en som forsker har med seg inn i sitt forskningsprosjekt, kalles ofte *forforståelse*. Denne forforståelsen vil ha betydning for hele prosjektets gang, fra planlegging til sluttresultater (Malterud, 2011).

Vitenskapelig redelighet er et viktig prinsipp i forskning. Normer for dette blir presentert i ”De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH)”. Her presiseres det at det grunnleggende prinsippet for vitenskapelig redelighet innebærer å unngå plagiering av andres tekster, altså å stjele informasjon fra andre og utgi det som eget arbeid. Det er derfor viktig at en hele tiden refererer til andre publikasjoner og materiale ved kildehenvisninger (Thagaard, 2010). I tillegg til prinsipper om redelighet, er det en del etiske hensyn som bør betraktes i forskningsarbeidet. I 1964 ble *Helsinkideklarasjonen* utarbeidet av Verdens legeforening. Den inneholder etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker (18th WMA General Assembly, 1964). Her kommer det blant annet frem at medisinsk forskning skal følge noen etiske standarder som fremmer respekt for mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. Forskning som omfatter mennesker må kun gjøres dersom formålet med det er viktigere enn eventuell risiko og belastning for de involverte forsøkspersonene (Malterud, 2011). Deklarasjonen skal spesielt beskytte sårbare grupper, som for eksempel personer som på grunn av psykiske lidelser ikke er i stand til å ta stilling til om deltakelse i et forskningsprosjekt kan være skadelig. I tillegg vil forskningen reguleres av regler i helseforskningsloven og forskningsetikkloven (REK, 2011).

I kvalitativ forskning stilles det særlige krav til etikk, da det er en nærhet mellom forsker og forsøkspersonene. Dette gjelder spesielt i en intervjusituasjon (Thagaard, 2009). På bakgrunn av dette vil normer og verdier være viktig i forskningsarbeidet. Psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse er eksempler på risiko som forsøkspersonene kan utsettes for (Richards & Schwartz, 2002). I feltarbeidet møtes forsker og forsøkspersonene ansikt til ansikt. Det er viktig å skape en trygg atmosfære der den enkelte føler seg så komfortabel som mulig i situasjonen. Det samles til tider inn sensitive opplysninger, og det er viktig å opprettholde anonymitet i så stor grad som mulig (Malterud, 2011). Forskerens sammenfatninger og konklusjoner bør samsvare med det den enkelte informant har ment å fortelle. Opplysningene forskeren vil få om forsøkspersonene tilknyttet datainnsamlingen, kalles gjerne personopplysninger. NESH definerer dette som:

”Opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til en enkeltperson. En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer eller andre personentydige kjennetegn. Indirekte opplysninger er opplysninger som registreres med et referansenummer og viser til en atskilt liste med for eksempel navn eller personnummer, uansett hvem som oppbevarer listen, hvor den oppbevares eller hvordan den oppbevares (Thagaard, 2009)”.

Da denne studien er et forskningsprosjekt som forutsetter behandling av slike personopplysninger, faller det innunder personopplysningsloven. Det betyr at besvarelsen er meldepliktig. Tilknytningen til en høyskole innebærer at studien blir meldt inn til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) (Thagaard, 2010). For at gjennomføringen av studien skal bli godkjent, er det også viktig at en får informantenes *informerte samtykke*. Det skal komme klart frem for dem at det er frivillig å delta, og at de kan trekke seg når som helst uten at det vil få negative konsekvenser for dem. Samtidig må informantene orienteres om hva deltakelse i studien vil innebære (Thagaard, 2009). Et annet etisk grunnprinsipp er kravet om *konfidensialitet*. Det betyr at de som er innblandet i forskning har krav på at all den informasjonen de gir, blir behandlet og presentert på en måte som ikke skader personene som deltar. Dette inkluderer blant annet at informantene og all innsamlet informasjon anonymiseres. Som et tredje grunnprinsipp er det viktig at forskeren unngår at de som forskes på blir utsatt for skade eller andre alvorlige belastninger. Derfor er det viktig å tenke over om det som skal gjøres kan ha noen negative konsekvenser for informantene (Thagaard, 2010).

3.5 Sentrale begreper

Kvalitativ metode og analyse er en dynamisk prosess (Malterud, 2011). Dette kan knyttes opp mot begrepet *refleksivitet*. Som forsker må en være åpen for å endre formuleringen på problemstilling og forskningsspørsmål, med hensyn til ny informasjon og innsikt som vil dukke opp underveis (Malterud, 2011). Også i kvalitative studier innebærer det en viss form for *generalisering*. Da det er svært lite forskning som kan gi allmenngyldige resultater, er det mer naturlig å definere dette som overførbarhet. Begrepet innebærer at funnene kan overføres til å gjelde i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført. Overførbarhet er en forutsetning dersom kunnskapen skal offentliggjøres.

Det er sjelden at funn som kun gjelder et enkelttilfelle er av allmenn interesse (Malterud, 2011). I denne tilfelles kan det være at funn som gjøres ved frisklivssentralen i den ene kommunen, også gjelder ved andre kommuners frisklivssentraler.

Begrepet *reliabilitet* omhandler en kritisk vurdering av prosjektet. Det innebærer en vurdering av om forskningen er gjort på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2009). Reliabilitet refererer til spørsmålet om hvorvidt en annen forsker kan komme frem til de samme resultatene, ved å anvende samme metode. Dette kan igjen knyttes opp mot begrepet *repliserbarhet*. Et viktig kriterium er derfor å redegjøre for fremgangsmåten så detaljert som mulig (Thagaard, 2009). Begrepet reliabilitet blir av enkelte delt opp i *ekstern* og *intern reliabilitet*. Ekstern reliabilitet omhandler repliserbarheten, mens intern reliabilitet omhandler en vurdering av om konstruksjon av data samsvarer mellom forskere som arbeider innenfor samme fagområder (Thagaard, 2009). *Validitet* kan defineres som gyldighet av de tolkningene og konklusjonene som forskeren har kommet frem til. På bakgrunn av dette kan validiteten vurderes i forhold til om resultatene en sitter igjen med faktisk representerer virkeligheten (Thagaard, 2009). Også validitet blir delt opp i en ekstern og intern del. *Intern validitet* kan knyttes opp mot hvordan årsakssammenhenger støttes innefor en bestemt studie. *Ekstern validitet* omhandler hvorvidt forståelsen og resultatene fra èn studie kan være gyldige også i andre sammenhenger. Derfor knyttes ofte ekstern validitet opp mot overførbarhet (Thagaard, 2009). De nevnte begrepene utdypes ytterligere i diskusjon av metode, da vurderingen av disse har betydning for studiens kvalitet.

3.6 Rekruttering og utvalg

Da datainnsamlingen foregikk i en bestemt kommune, var det naturlig at utvalget besto av alle ansatte som er involvert i arbeidet med friskliv. Både ansatte i en overordnet stilling, og ansatte som jobber med friskliv i praksis. På bakgrunn av dette er det et *strategisk utvalg* (Malterud, 2011). Det betyr at de utvalgte informantene er de personene eller den gruppen som en håper har størst forutsetning for å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). I denne studien er hensikten å kartlegge hvordan frisklivssentralen er organisert og fungerer i praksis. Da er det sannsynligvis de ansatte som arbeider med friskliv som kan gi mest mulig korrekt informasjon rundt dette (Malterud, 2011). Gjennom min kontaktperson i kommunen ble mailadresser og telefonnummer til samtlige ansatte tilgjengeliggjort. Første kontakt foregikk per mail. Dersom respons uteble, ble de ansatte kontaktet per telefon. Sammen med

forespørsel om deltakelse lå informasjonsskriv og samtykkeerklæring som vedlegg. Her sto det kortfattet informasjon om oppgavens hensikt, samt informasjon om at deltakelse var frivillig. Dette brevet ble skrevet under av hver enkelt informant før intervjuet ble satt i gang, etter at informanten hadde mulighet til å stille spørsmål dersom det var aktuelt. Alle de fem ansatte lot seg intervju, men en ønsket å vente på grunn av at hun var nyansatt. De fire intervjuene ble avholdt høsten 2012, samt intervju med kontaktperson vinteren 2012. Den siste av de ansatte ble intervjuet i mars 2013.

3.6.1 Datainnsamling

De ansatte fikk selv velge hvor de ønsket at intervjuet skulle finne sted. Samtlige valgte da sin arbeidsplass, nærmere bestemt et av spiserommene. Lengden på intervjuene varierte i stor grad. Dette skyldes trolig en kombinasjon av hvor komfortabel den enkelte var med intervjusituasjonen, samt hvor mye informasjon de hadde å komme med. Lengden på intervjuene varierte fra 30 minutter til en time og 15 minutter. Den samme intervjuguiden ble benyttet ved alle intervjuene med unntak av intervjuet med personen som har en overordnet stilling, samt fastlegen. Det var ikke hensiktsmessig å stille de samme spørsmålene til disse personene som de ansatte. Spørsmål rundt frisklivssentralen i praksis ble stilt til de ansatte, mens det for kontaktpersonen i en overordnet stilling var naturlig å inkludere spørsmål om oppstartsfasen og selve organiseringen av ordningen, da dette er noe hun har hovedansvaret for. Hensikten med intervjuet med fastlegen var å innhente informasjon rundt deres synspunkter på frisklivssentralen som tilbud, samt deres samarbeid med de ansatte og hva som eventuelt kunne blitt gjort annerledes. Alle intervjuene ble tatt opp med en diktafon, noe informantene selv samtykket før opptaket ble satt i gang.

Observasjonen foregikk på ulike steder på bakgrunn av hvor den aktuelle aktiviteten fant sted. Målet med observasjonen var å få et direkte inntrykk av gjennomføringen av de ulike aktivitetene. På forhånd ble en observasjonsbeskrivelse utarbeidet. Hensikten med dette var å kartlegge områder som jeg ønsket å fokusere på under observasjonen. Det ble nedskrevet praktiske opplysninger som tidspunkt, varighet, sted, antall til stede og hvem av de ansatte som hadde ansvaret for gjennomføringen. Slike opplysninger er det lett å glemme dersom en gjennomfører observasjonen over flere ganger. Det er nyttig å vite for eksempel hvem som var til stede, slik at en kan sammenlikne dette fra gang til gang. I denne studien var dette spesielt hensiktsmessig å merke seg de ansatte, da det i hovedsak var deres rolle som skulle

observeres. Områder jeg valgte å fokusere på var blant annet gruppelederens engasjement og pedagogiske rolle, inkludering av brukerne og brukernes engasjement og samhandling. Det er viktig at observasjonen foregår i dets naturlige omgivelser (Malterud, 2011). Brukerne hadde på forhånd fått beskjed om at jeg skulle være tilstede ved noen treninger og kurs, og godkjent dette. Da det ikke ble samlet skriftlig samtykke fra alle deltakerne som deltok da observasjonen fant sted, ble det heller ikke inkludert direkte sitat fra deltakerne. Malterud (2011) trekker frem *metaposisjoner* som sentralt i forhold til refleksivitet. Hun mener dette er både en forutsetning og et virkemiddel for å oppnå refleksivitet i rollen som deltakende observatør. Det handler om å etablere holdninger og rutiner som gir en mulighet til å skifte mellom rollen som aktør og forsker (Malterud, 2011). Da frisklivsgruppen i kommunen er relativt liten, var min rolle ganske tydelig. Jeg ønsket ikke å ta veldig avstand fra gruppen da dette kunne tydeliggjøre min rolle som observatør i stor grad. Derfor var jeg på mange måter en del av gruppen, med et mål om at brukerne og den ansatte skulle ignorere min tilstedeværelse i så stor grad som mulig. Samtidig skal en ikke være for nære, da dette kan påvirke inntrykkene en sitter igjen med. I følge Malterud (2011) gjelder det å finne den optimale avstanden slik at en som forsker kan se hva som er annerledes dersom en ser det utenfra. Gruppetreningen for voksne ble kun observert én gang. Målet med observasjonen var ikke å se endringer fra gang til gang, men få et innblikk i hvordan treningen foregikk og hvordan samhandlingen og innsatsen var i gruppen, og mellom gruppen og ansvarlig ansatt. Treningen for barna ble observert to ganger. Grunnen til at denne treningen ble observert flere ganger enn for den voksne gruppen, var hovedsakelig på grunn av at treningen for barna varierer i stor grad. Den første treningen som ble observert var en svømmetime, den andre treningen var ulike aktiviteter inne i en gymsal.

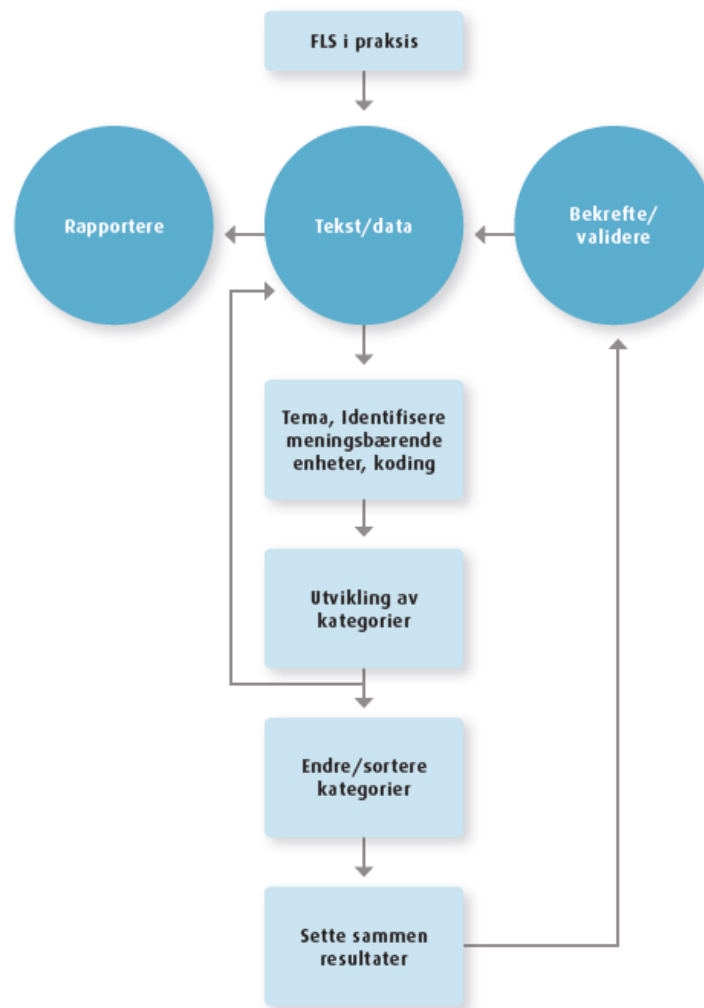
For friskliv barn og unge gjennomføres det temakvelder periodevis. Dette foregår i løpet av høsten og tidlig vår, der hver periode inneholder fem kurskvelder. Høsten 2012 var det fokus på kosthold. Da jeg holdt på med datainnsamlingen min på dette tidspunktet, var jeg ikke klar over at dette pågikk. Jeg fikk derfor kun vært til stede ved siste temakveld. Da vinterens temakvelder ikke omhandlet kosthold, var jeg ikke til stede på disse. Temakveldene omhandlet blant annet fysisk aktivitet, psykologi og tannhelse. Det tok tid før *Bra Mat for bedre helse* ble gjennomført for friskliv voksne, da de fleste av brukerne har vært igjennom dette opp til flere ganger. Vinteren 2013 ble det så avholdt en ny runde med kostholdskurs. Den første av de fem kursene fikk jeg ikke informasjon om, og var kun en prat mellom helsesøster og brukerne i forhold til interesse for et slikt kurs, samt hva de ønsket å få ut av

dette. Jeg fikk derfor ikke observert den første gangen. Jeg var til stede 3 av de 4 virkelige kursdagene. Etter at datainnsamlingen fant sted, ble mine inntrykk nedskrevet. De kvalitative intervjuene som ble tatt opp på bånd, ble ordrett skrevet ned på datamaskinen. Observasjonsnotatene ble utdypet og utvidet like etter at observasjonen var gjort. Da var fortsatt inntrykkene tydelige. De nedskrevne notatene dannet grunnlaget for analyseprosessen.

3.7 Analysen

Målet med analysen er å sammenfatte datamaterialet og presentere de mønstrene en finner. Hvilke mønstre en finner og ser etter, vil avhenge av problemstillingen og/eller forskningsspørsmålene, samt hvilke og hvordan datainnsamlingen foregår (Malterud, 2011). Forskningsstrategiene som benyttes beskriver og analyserer karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som blir studert (Malterud, 2011). Disse metodene benyttes for å gjøre en systematisk innsamling, organisering og tolkning av informasjon. Målet er at informasjonen kan overføres til å gjelde andre kontekster enn der studien er gjennomført (Thagaard, 2010). Tolkningen av data vil hovedsakelig følge en *induktiv* tilnærming. Dette innebærer at det teoretiske perspektivet utvikles på bakgrunn av selve analysen og resultatene (Thagaard, 2009). Ved presentasjon av analysen er det svært viktig å redegjøre for fremgangsmåten en har benyttet. Dette er viktig for reliabilitet og validitet av studien. En slik redegjørelse kan kalles for intersubjektivitet (Malterud, 2011). Det blir av flere anbefalt at kvalitative analyser bør bygges på prinsipper om *dekontekstualisering* og *rekontekstualisering* (Malterud, 2011). *Dekontekstualiseringen* gir muligheten til å løserive enkeltdeleer av materialet for å utforske dette sammen med andre elementer av datamaterialet som sier noe om det samme. Ved *rekontekstualiseringen* er målet å kunne forsikre at de svarene en får ved *dekontekstualiseringen*, fortsatt stemmer overens med den sammenhengen de opprinnelig ble tatt ut av. På den måten blir enkeltkomponentene validert opp mot helheten (Malterud, 2011). Det finnes ikke en fasit for hvordan en bør gå frem i kvalitativ analyse. Dette vil variere ut fra hva slags data en har, men også hva slags kunnskap en leter etter (Malterud, 2011). Det er likevel enkelte prinsipper som er gjeldende uansett hvordan fremgangsmåte en følger, og dette gjelder blant annet *refleksivitet*. Begrepet er viktig for at analysen skal kunne resultere i vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2011). I denne studien vil analysen være *tverrgående*, da informasjonen vil sammenfattes fra flere ulike informanter. Den vil derfor følge en *systematisk tekstkondensering* (Malterud, 2011). Denne fremgangsmåten egner seg godt for utvikling av beskrivelser og til dels også begrepsutvikling. Som forsker er det da viktig å ta

stilling til variasjonsbredde og fellestrekk i datamaterialet (Malterud, 2011). Analysen benyttet ved denne studien følger enkelte trekk fra en strategi kalt *editing analysis style*, eller datastyrt analyse. Dette betyr at en som forsker identifiserer enheter i teksten som kan danne grunnlag for utvikling av databaserte kategorier. Disse kategoriene kan så benyttes for en reorganisering av teksten slik at meningsinnholdet tydeliggjøres (Malterud, 2011). Figuren under viser hovedtrekkene ved en slik analysestrategi.



Figur 4. Modell over fremgangsmåten for datastyrt analyse. Selvlaget modell, inspirert av Miller & Crabtree, 1999.

3.7.1 Systematisk tekstkondensering - Analysens fire trinn

Malterud (2011) baserer seg på Giorgis fremgangsmåte, der analysen gjennomføres i fire trinn som sammen utgjør hovedstrukturen for analyse i form av systematisk tekstkondensering. De fire trinnene er som følger: 1. Å få et helhetsinntrykk, 2. Å identifisere meningsdannede enheter, 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4. Å

sammenfatte betydningen av dette. Videre følger en nærmere forklaring på de enkelte trinnene, relatert til gjennomføringen av egen analyse.

1. Å få et helhetsinntrykk.

I analysens første trinn er målet å bli kjent med datamaterialet (Malterud, 2011). En bør lese gjennom råmaterialet en sitter igjen med etter transkriberingen. Flere påstår at analysen allerede begynner ved selve transkriberingen, da dette gir det første inntrykket av *hva* informantene har fortalt, og *hvordan* de ordlegger seg. På dette stadiet vurderes mulige temaer som representerer hovedtrekkene i materialet, og et helhetsinntrykk av innholdet dannes (Malterud, 2011). Jeg valgte å skrive ut alle intervjuene slik at jeg hadde de i papirform foran meg, da jeg på den måten synes det var lettere å få et inntrykk av innholdet. Samtidig er det da lettere å skrive inn kommentarer underveis. Det er viktig at en setter sin egen forforståelse til side, og er tro mot det faktiske innholdet (Malterud, 2011). Da alle intervjuene var gjennomgått, og et helhetsinntrykk var dannet, kunne formuleringen av i midlertidige temaer gjøres. Det var naturlig at flere av disse temaene allerede var definert ut fra spørsmålene i intervjuguiden, som igjen var definert ut fra problemstilling og forskningsspørsmål. Det er likevel viktig å ikke basere seg kun på dette, men også finne temaer som gir nye perspektiver. Dersom jeg kun sitter igjen med temaer som er basert på forskningsspørsmålene, kan dette være et tegn på at min forforståelse har fått for stor plass i analysen. Malterud (2011) påpeker videre at det etter konstruksjonen av de forløpige temaene er mye igjen av analysen før en sitter igjen med det en kan kalle vitenskapelig kunnskap. Etter første analysetrinn konstruerte jeg noen i midlertidige temaer for å begynne sorteringen av informasjon:

Tabell 2. Oversikt over i midlertidige tema som ble dannet i første analysetrinn.

1. Analysetrinn	I midlertidige tema
	FLS i praksis, utfordringer, fungerer/ikke fungerer, ønsker, brukere

2. Meningsbærende enheter –fra temaer til koder

Det neste steget i analysen går ut på å organisere og sortere den delen av teksten fra datamaterialet som er relevant for problemstillingen, og derfor skal inkluderes videre (Malterud, 2011). En går systematisk gjennom datamaterialet for å identifisere *meningsbærende enheter*. Da jeg ikke har mye erfaring med kvalitativ analyse, valgte jeg på dette stadiet å inkludere veldig mye av teksten. På den måten vil jeg forhåpentligvis unngå å miste viktig informasjon, eller bryte opp teksten slik at mye ble tatt ut av sammenheng. Derfor

gikk jeg gjennom de meningsbærende enhetene flere ganger, og forkortet disse gradvis etter hvert som jeg ble bedre kjent med innholdet fra alle intervjuene. Malterud (2011) understreker også at det er bedre å ta med litt for mye enn for lite. Det videre arbeidet går ut på å systematisere de meningsbærende enhetene i teksten. Dette kalles *kodning*, og hensikten med dette er å finne elementer i teksten som har sammenheng med de forløpige temaene som ble funnet i det første analysesteget (Malterud, 2011). Det er da naturlig at de forløpige temaene blir utvidet til flere koder underveis i analysen. En kan si at temaene er tekstbiter som får en merkelapp, en kode, som samler tekstbiter som har noe til felles. Kodingen er en kontinuerlig prosess, der flere koder vil bli lagt til, noen vil bli fordelt i flere koder, og andre koder vil kanskje slås sammen med eksisterende koder. Alt dette avhenger av innholdet av teksten som skal inkluderes (Malterud, 2011). På dette stadiet er det også viktig å overveie om det er noen av fenomenene eller kodene som ikke er relevant for problemstillingen, og derfor bør ekskluderes. Kodingsprosessen er det vi kan kalle en *dekontekstualisering* (Malterud, 2011). Analyseprosessen ble gjort både manuelt og ved å benytte det elektroniske analyseprogrammet *Atlas.ti*. Min personlige erfaring med dette programmet var at jeg mistet oversikten, og jeg valgte derfor og hovedsakelig gjennomføre analysen manuelt, ved bruk av *Microsoft office word 2007*. I programmet *Atlas.ti* kan en konstruere koder ved å markere den delen av teksten som skal ligge innunder koden, gi koden et navn, og koden vil dukke opp i margin. På den måten samles all informasjon innunder en kode, og materialet blir sortert. I stedet for å benytte denne metoden på alle intervjuene, gjorde jeg noe tilsvarende i Word. Jeg benyttet fargekoder, der jeg ga hver kode en farge, og markerte all tekst i intervjuet som tilhørte hver kode, med den tilsvarende fargen. Da dette var gjort i alle intervjuene, samlet jeg alle temaer og tilhørende tekst i en matrise. Først for hver enkelt informant, så en felles matrise med alt samlet. Hensikten var å få en oversikt over informasjon rundt temaene fra alle informantene. Tabellen nedenfor illustrerer eksempler på hvordan jeg sorterte tekst fra informantene inn i koder og videre til kategorier.

Tabell 3. Oversikt over enkelte eksempler på prosessen fra tekstmaterialet til sortering i koder og kategorier.

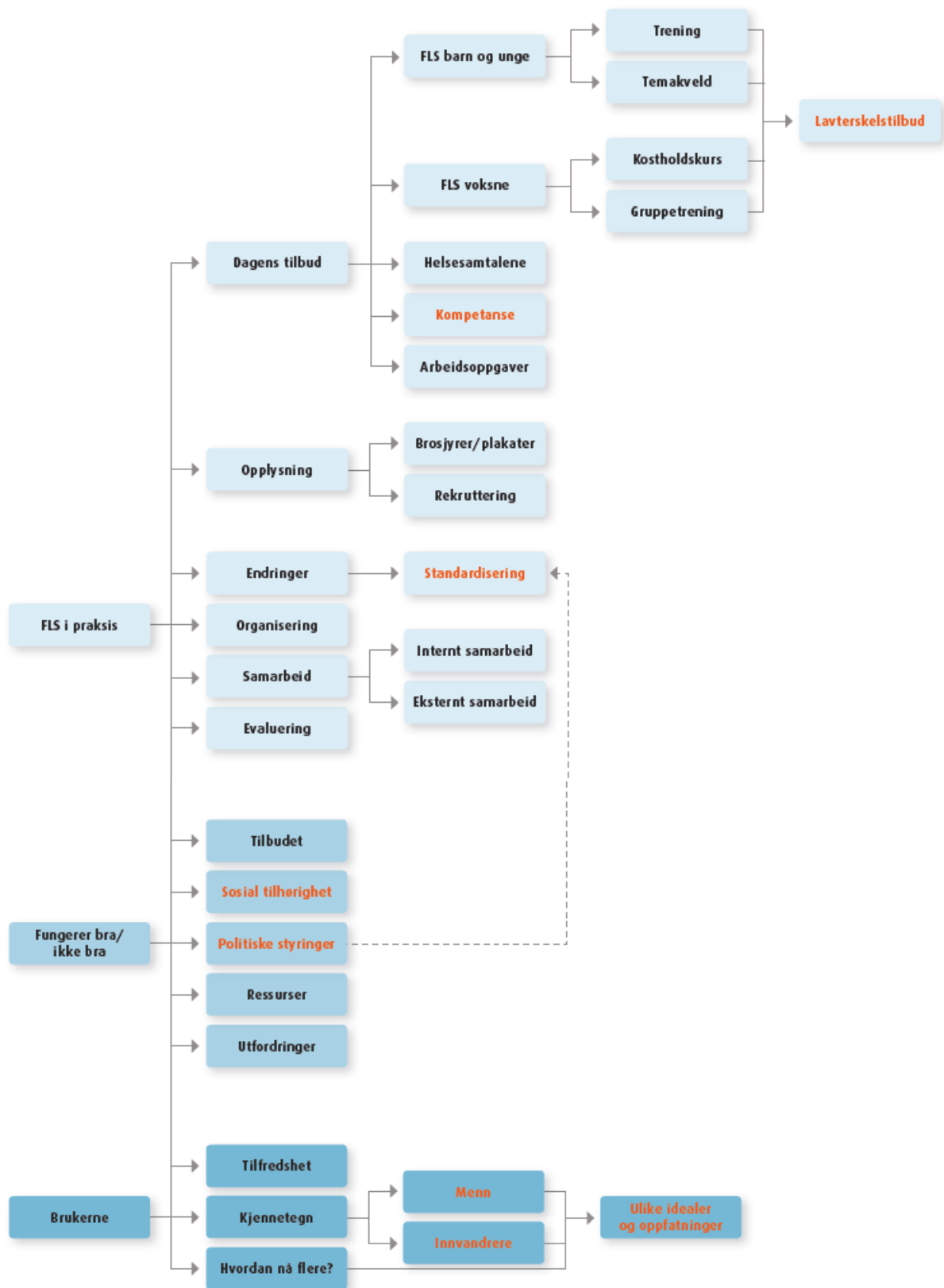
Informant	Tekstutdrag	Kode	Kategori
Informant 1	Vi snakker jo med andre kommuner, vi har et nettverk med frisklivssentraler, som vi møter sånn, ja, et par tre ganger i året, og <i>der hører vi jo hva andre holder på med</i>	Kontakt med andre kommuner Nettverk	Samarbeid
Informant 1	Målet vårt er jo egentlig å <i>hjelpe dem i gang</i> , og så gjerne <i>få dem videre</i>	Målsetning Få dem videre	Utslusing av brukerne
Informant 1	Så det er noe med miljøet som blir.. De damene <i>trives</i> veldig godt sammen. Noen av dem har <i>vært med leenge</i> . Og det er jo i utgangspunktet ikke meningen.	Brukerne Trives godt Hvert med lenge Miljø	Sosial tilhørighet
Informant 1	Jeg føler at det er noe, altså det er noe som vi også liker å jobbe med. <i>Selv om vi gjerne skulle gjort mer</i> . Og utviklet det mye mer.	Synspunkter om eget frisklivstilbud Gjøre mer	Ressurser
Informant 3	Altså, det vil vi gjerne <i>endre</i> på, oppdatere. Så vi holder egentlig på, vi skal bruke <i>Helsedirektoratet</i> sin brosjyre som mal da. Så både resepten og brosjyren skal vi <i>fornye</i>	Endringer av tilbud Oppdatere Følge Helsedirektoratet	Standardisering
Informant 4	Og det er også noe vi har tenkt på videre, og prøve å få til en gruppe kanskje på fredager også, bare at det på en måte er de som skal ha <i>ansvar for den selv</i> . Og at de på en måte kanskje får treningsprogram av oss da, plansjer og sånn, og treningsprogram.	Endringer av tilbud Eget ansvar	Utslusing av brukerne
Informant 4	Det er litt vanskelig å få.. Det er en del som <i>ikke vil ut</i> . Også er det, så er det litt kanskje i forhold til <i>kontinuitet</i> , det å møte opp og si ifra og sånne ting som er litt <i>vanskeligere</i> .	Innvandrere Vanskeligere Kontinuitet	Utfordringer med ulike befolkningsgrupper
Informant 4	Det er litt sånn, det er liksom ingen som har sagt at det er, at det <i>ikke er noen andre menn her</i> , at det er derfor de ikke kommer da på en måte. Men det kan jo hende at det har hatt litt å si. At hvis det hadde vært <i>flere menn</i> så hadde det vært <i>lettere</i> å møte opp da	Menn Flere menn, lettere	Utfordringer med ulike befolkningsgrupper
Informant 5	For det er den <i>utslusingen</i> som vi sliter litt med. Det er mange som bare <i>blir og koser seg</i> her, hehe.. så det er litt for på en måte å <i>hjelpe de videre</i> også, for å få mer <i>sirkulasjon</i> her	Blir og koser seg Hjelpe dem videre Sirkulasjon	Utslusing av brukerne
Informant 2	Også er det noen av våre nye landsmenn som kanskje <i>ikke</i> synes det er <i>så gøy å gå tur</i> som norske. Og de komme jo da til innetreeningen	Innvandrere Ikke så gøy på tur	Utfordringer med ulike befolkningsgrupper

Da den benyttede analysemetoden er en temasentrert tilnærming (Malterud, 2011), ble en videre sortering av innholdet gjort etter temaer, ikke etter hver enkelt informant. Dette ble gjort på bakgrunn av at det er informantenes forklaringer av frisklivssentralen som er relevant, ikke hvem som forteller eller mener hva. Alle endringene som gjøres i kodingsprosessen bør loggføres underveis. Derfor noterte jeg endringer som ble gjort, både koder som ble fjernet, endret, lagt til og slått sammen. Når endringer gjøres, bør tekstmaterialet gjennomleses igjen, da en kan ha nye perspektiver og synsvinkler på materialet (Malterud, 2011). Etter første sortering basert på forskningsspørsmålene, og flere gjennomganger av innholdet, ble nye koder konstruert. På den måten kunne tekstmaterialet sorteres ytterligere. De store kodene jeg

først konstruerte, ble derfor tillagt en del underkategorier. Hovedmålet med å konstruere slike konkrete koder var å få en oversikt over datamaterialet slik at det var enkelt å sammenlikne informasjon fra de ulike informantene og danne et bilde av frisklivssentralen i helhet. I forhold til intervjuet med min kontaktperson i kommunen, ble spørsmålene i intervjuguiden noe annerledes. Hun gjennomfører ikke frisklivsordningen i praksis, men har en mer overordnet stilling i forhold til dette. Hun var også med i selve planleggingen og oppstarten av friskliv i kommunen. Da var det naturlig å fokusere på dette i intervjuet. Derfor ble intervjuet kodet noe annerledes enn resten av intervjuene. I første omgang ble den utvalgte informasjonen fra intervjuet fordelt i disse kodene:

Forberedelser – Oppstart – Ressurser – Endringer – Samarbeid – FLS i praksis

Analysesteg 1 og 2 ble noe overlappende, da prosessen med å utvide og abstrahere koder ble gjort i en sammenhengende prosess. I analysen blir skillet mellom stegene noe diffust på grunn av at det er en pågående prosess der en går frem og tilbake i datamaterialet, på bakgrunn av nye funn og kunnskap underveis (Malterud, 2011). I de neste analysetrinnene ble koder med en mer fortolkende betydning lagt til, der merkelappen eller navnet på denne koden eller kategorien ble konstruert basert på de innsamlede dataene. Eksempler er ressurser, standardisering og ulike idealer. Under vises en oversikt over prosessen med kodingsarbeidet i analysen, fra de store kodene tidlig i prosessen til de konstruerte kodene og kategoriene på et senere stadium. Enkelte koder ble beholdt som de opprinnelig var. De kodene som jeg anså som de mest interessante, og dermed representerte hovedfunnene i min studie, er markert med rød skrift.



Figur 5. Oversikt over kodingsprosessen. De opprinnelige kodene basert på forskningsspørsmålene ble utvidet underveis i analysen. Selvlaget figur.

3. Kondensering –fra kode til mening

I det tredje trinnet i analysen skal kunnskapen fra de foregående trinnene abstraheres ved å identifisere de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011). Ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen, er målet å hente ut mening. De ulike kodegruppene som de meningsbærende enhetene er fordelt i, skal nå settes i sammenheng for å kunne danne grunnlag for konklusjoner og nye begreper (Malterud, 2011). Fremgangsmåten må være systematisk, der idealet trolig er å ta for seg hver og en av de meningsbærende enhetene, og omformulere dem til en mer abstrakt mening. Dette kan likevel bli en for detaljert og langvarig prosess da datamaterialet er omfattende, og en velger derfor heller å arbeide med hver kodegruppe i stedet for hver meningsbærende enhet (Malterud, 2011). Da studien er veldig beskrivende fremfor fortolkende, bærer også kodene preg av dette. Det er for eksempel lite tolkning som kan gjøres av en beskrivelse av et frisklivstilbud. Videre blir hver og en av kodegruppene studert, sammen med eventuelle subgrupper. Tekstene blir tolket ut fra eget faglig perspektiv og ståsted (Malterud, 2011). Det videre arbeidet i analysen er å konstruere et kondensat, også kalt et kunstig sitat. Målet er å fortette innholdet i hver av subgruppene innenfor hver av kodegruppene. Kondensatet skal fungere som et hjelpemiddel for resultatpresentasjonen, ved at det skal fremstille og innholdet i de meningsbærende enhetene. Her skal en presentere tekst på omtrent samme måte som informantene selv har uttrykt seg (Malterud, 2011). I dette trinnet konstruerte jeg en ny matrise med kortfattede utsnitt av teksten, sortert etter kodene og/eller kategoriene. Dette ga et utgangspunkt for resultatkapittelet. Under vises et utdrag fra denne matrisen:

Tabell 4. Et utsnitt fra matrisen konstruert i steg 3 av analysen. Sammensetningen ble benyttet som et utgangspunkt for resultatkapittelet. Selvlaget modell.

Koding/kategori	Informant 1	Informant 2	Informant 3
FLS i praksis – dagens ordning	-Lavterskelstilbud, -Sosiale veldig viktig - Friskliv siden 2006 -Hospiterte hos Modum -For de som trenger å komme seg i aktivitet -Fortsatt i samme spor -Har sin måte å drive det på, men finnes mange varianter	-Mest kjennskap til barn -Henviing av de voksne -Resept fra fastlegene -Innkomsamtale -Gangtest for å teste fysisk kapasitet -treningstilbud 2xper uke, mandag og onsdag, 9:30- 11:30; stavgang ute og styrketrening inne	-Lavterskelstilbud for beborere i kommunen -Gruppetilbud og kostholdstilbud -FLS barn og unge; 3-7. klasse -Kurs i deprisjonsmestring – finnes i kommunen

I prosessen med studien ble det gjort mange endringer underveis i utviklingen. Det gjelder både formuleringen av problemstilling og forskningsspørsmål, samt koder i analyseprosessen. Presentasjonen av de konkrete eksemplene i analysen samsvarer derfor ikke fullstendig med alle stegene og de endelige resultatene.

4. Sammenfatning –fra kondensering til beskrivelser og begreper

I det fjerde og siste trinnet skal alle de løse delene settes sammen igjen. Dette kalles å *rekontekstualisere* materialet. Hensikten er å sammenfatte de gjenfortellingene en sitter igjen med etter kondenseringen, slik at de kan danne grunnlaget for nye beskrivelser og begreper som presenteres i resultatkapittelet (Malterud, 2011). Hittil i analyseprosessen har løse deler av materialet blitt behandlet, nå skal en gjøre en vurdering av om resultatene fortsatt gir en riktig beskrivelse av den opprinnelige sammenhengen de ble tatt fra. Resultatene blir presentert som en analytisk tekst, der det er viktig at det kommer tydelig frem at det som blir presentert er en sammenfatning av flere personers meninger (Malterud, 2011). Derfor bør alle informantene være godt representert i resultatpresentasjonen. Matrisen som ble konstruert i steg 3 ble benyttet som et utgangspunkt, og kontrollert opp mot de opprinnelige dataene. For hver av kodegruppene som blir presentert er det vanlig å inkludere såkalte ”gullsitater” som illustrerer det som blir fortalt. Dette er direkte sitat hentet fra informantene. De ulike delene av resultatkapittelet bør så bli gitt gode og passende overskrifter, og hovedfokuset bør være å fremstille den delen av resultatene som fremstiller *nye* begreper og beskrivelser (Malterud, 2011). Som et siste ledd i det avsluttende analysetrinnet kan det være fordelaktig å gå tilbake til de opprinnelige intervjuene der all tekst er representert, for å sammenlikne denne informasjonen med de resultatene en til slutt sitter igjen med. Det bør da være mulig å gjenkjenne innholdet, selv om det naturlig nok ikke vil sammenfalle helt. Er det store forskjeller kan det være at det har blitt endret for mye, og det kan være nødvendig å endre resultatene slik at en er mer tro mot sine informanter. Dette inngår som en del av forskningsetikken (Malterud, 2011).

3.7.2 Observasjon

Gjennom observasjon blir en som forsker sittende igjen med omfattende informasjon (Malterud, 2011). Derfor er seleksjon viktig. Det betyr at en må ta noen valg i forhold til hva en ønsker å fokusere på (Thagaard, 2009). Observasjonsnotatet hadde som hensikt å gjøre seleksjonsprosessen enklere, slik at jeg hadde noen preferanser om hva jeg ville konsentrere meg om. Dersom en ikke har klargjort dette på forhånd, er det en risiko for at en ikke sitter igjen med noe på grunn av alle inntrykkene (Thagaard, 2009). Det ble skrevet ned notater og stikkord underveis, som dannet grunnlaget for et mer utfyllende observasjonsnotat. Da all observasjon var gjennomført, kunne jeg sette sammen alle notatene. En slik sammenslåing var ment for å danne et helhetsbilde, og kunne sammenlikne informasjon der dette var relevant. Det gjaldt i første omgang kostholdskursene, der jeg var til stede flere ganger. På grunn av at jeg ikke kunne sammenlikne informasjon fra alle observasjonsdagene, ble heller ikke analysen så systematisk. Det ble likevel konstruert enkelte merkelapper på samme måte som for intervjudataene. Disse merkelappene, eller kodene, representerte i hovedsak kategorier som var en del av observasjonsnotatet. Eksempler på slike koder er:

Engasjement blant ansatt – Engasjement blant brukerne – Samhandling – Ansattes lederrolle

Materialet ble brukt som komplimenterende informasjon til hva som ble fortalt av de ansatte i intervjuene. Derfor ble observasjonsnotatene slått sammen med disse dataene, etter at analysen var gjort. Jeg valgte å gjøre etter analysen fordi det ellers ville blitt for mye data å se i gjennom. I resultatkapittelet ble informasjonen fra observasjonen inkludert sammen med intervjudataene, da hensikten var at informasjonen fra de ulike metodene sammen skulle danne et helhetsbilde.

4. Resultater

Basert på mine innsamlede data, har jeg samlet hva jeg anser som de viktigste funnene i denne studien. Resultatene presenteres sortert etter forskningsspørsmålene. Som en del av helhetsbilde er det nødvendig å presentere selve frisklivstilbudet i kommunen, med fokus på de enkelte tiltakene, organiseringen, de ansatte og deres arbeidsoppgaver. Vider følger en presentasjon av brukergruppen, spesielle utfordringer og ønsker, samt planlagte endringer av tilbudet i tiden fremover.

Problemstillingen er:

Hvordan *praktiseres* en frisklivssentral i en kommune i Akershus, og hvilke *erfaringer* har de aktuelle ansatte i kommunen med dette tiltaket?

4.1 Forskningsspørsmål 1

Hvordan er frisklivstilbudet i kommunen *organisert*, basert på de ansattes beskrivelser, samt noen egne observasjoner og tilgjengelig skriftlig informasjon?

4.1.1 Et lavterskeltilbud i kommunen

Kommunens frisklivssentral blir av de ansatte definert som et *lavterskeltilbud* for beboerne. Dette har de ansatte i kommunen selv avgrenset det til, og er samtidig det Helsedirektoratet ønsker at det skal være, basert på definisjoner fra deres veiledere (Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet^b, 2013). Det innebærer blant annet at det ikke er noen begrensninger for hvem som kan oppsøke frisklivssentralen:

”Frisklivssentralen for oss er jo et lavterskeltilbud, så vi skal heller ikke nødvendigvis bestemme hvem som har behov for å være med eller ikke” (Inf. 1).

Frisklivstilbudet ligger under den kommunale *Fysio –og Ergoterapitjenesten*, som igjen er en del av *Enhet for familie og helse*. Dette er en enhet bestående av en helseadministrasjon som blant annet inkluderer fastlegeordningen, miljørettet helsevern, folkehelsearbeid, psykolog samt helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Enheten dekker videre tjenestoområder innen barnevernstjenesten, fysio –og ergoterapi, pedagogisk-psykologisk tjeneste, samt flyktnings- og inkluderingstjenesten (Anonymisert¹, 2011).

Det er totalt 6 ansatte som arbeider med deres frisklivssentral i ulike stillingsprosenter. Det er fire fysioterapeuter og en helsesøster som har ansvaret for driften av frisklivssentralen i praksis, samt en frisklivskoordinator som har en mer overordnet stilling i dette arbeidet. Denne stillingen ble nylig opprettet, og frisklivskoordinatoren selv forteller at det er for tidlig å si noe detaljert om hva denne stillingen vil innebære. Hensikten er hovedsakelig å ha et overordnet ansvar for at de ansatte koordinerer sitt arbeid og er informert og oppdatert på hvordan frisklivssentralen i kommunen skal drives. Samtidig vil hun delta på nettverksmøter og ha kontakt med andre kommuner i forhold til deling av erfaringer. Hun sier blant annet

dette om de nye arbeidsoppgavene sine:

”Det blir jo mye av det jeg allerede har gjort, altså fortsette å videreutvikle det rett og slett, og være kontaktperson, jeg kommer sikkert til å delta på nettverkssamlinger og litt sånt” (Inf. 5).

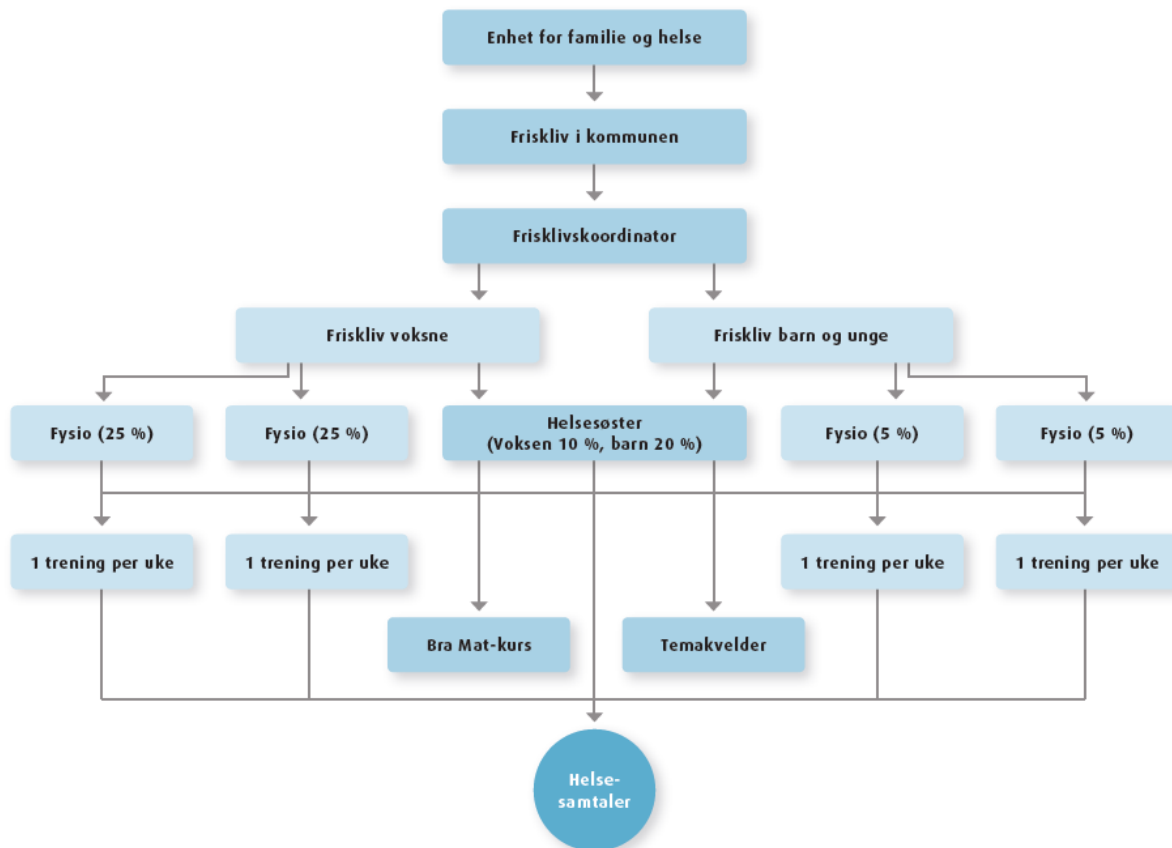
Tabellen nedenfor gir en oversikt over de ansatte, deres utdanning og arbeidsoppgaver. Da de ansatte kun har små stillingsprosent hver beregnet til frisklivssentralen, har de i tillegg andre arbeidsoppgaver i kommunen.

Tabell 5. Oversikt over de ansatte og noe av deres utdanning, arbeidserfaring og arbeidsoppgaver.

Ansatt	Stillingsprosent ved friskliv	Utdanning	Arbeidserfaring	Arbeidsoppgaver tilknyttet friskliv	Arbeidsoppgaver ved siden av friskliv
Frisklivs-koordinatør	Usikkert ennå			Koordinere samtlige ansattes arbeid	Andre oppgaver relatert til Enhet for familie og helse
Helsesøstere	30 %	Sykepleier (1994), videreutdanning i sykepleie, helsesøster-utdanning	Hjerteklinikk for voksne, barnemedisinsk post (hjerte- og kreftsyke barn), helsesøster, turnleder	Helsesamtaler, kostholdskurs voksenbarn, deltakelse på treninger for barna, rekruttering- og informasjonsarbeid	Helsesøster på skole
Fysio 1	25%	Fysioterapeut ved Høyskolen i Oslo (2008)	Personlig trener	Helsesamtaler, trening for voksne + planlegging	Fysiorettet arbeid i kommunen
Fysio 2	25%	Fysioterapeut i Nederland (2006)	Privat institutt og i kommunen (50/50)	Helsesamtaler, trening for voksne + planlegging	Fysiorettet arbeid i kommunen
Fysio 3	5%	Fysioterapeut i Danmark	Institutt i Danmark, bedriftsfysioterapi	Helsesamtaler, trening for barna + planlegging	Fysiorettet arbeid i kommunen - voksenrehabilitering
Fysio 4	5%	Fysioterapeut (2005)	Sykehus, kommunalt, skolehelsetjenesten i Oslo	Helsesamtaler, trening for barna + planlegging	Fysiorettet arbeid i kommunen - skolebarn

Helsesøster er den som har størst stillingsprosent til arbeidet med frisklivssentralen, og hun arbeider både innenfor friskliv voksen og friskliv barn og unge. Totalt har hun en stillingsprosent på 30%, der 20% er til friskliv barn, og 10% er beregnet til friskliv voksne. Det er to fysioterapeuter som arbeider med friskliv voksne, og har en 25% stilling hver til dette arbeidet. Deres hovedoppgaver er tilknyttet gjennomføringen av en trening i uken hver, med noe oppfølging av brukergruppen i form av helsesamtaler. De to fysioterapeutene som arbeider med friskliv barn og unge har en 5% stilling hver. Den tiden er dedikert til planlegging og gjennomføring av treningen, der den enkelte har ansvar for en trening i uken.

Totalt utgjør dette en 90% stilling uten å beregne med frisklivskoordinatoren. Figuren nedenfor viser en oversikt over hvordan det kommunale tilbudet er organisert. Aktivitetene for friskliv barn og unge er ikke oppgitt her grunnet svært varierende aktiviteter. Tilbudet vil presenteres senere i resultatkapittelet.



Figur 6. Oversikt over kommunens frisklivstilbud, inkludert stillingsprosjenter og aktiviteter. Egenlaget figur.

4.1.2 Frisklivstilbudet

I denne kommunen har de hovedsakelig valgt å tilby et *gruppetilbud*. Frisklivskoordinatoren påpeker selv fordelene med gruppeaktiviteter:

”Og grupper er lurt! Altså, det er så mange gode aspekter ved det, med det sosiale og nettverksbygging og alle disse tingene” (Inf. 5).

Fordelene med grupper fremheves ytterligere ved at det for eksempel trekkes frem i informasjonsskrivet om frisklivssentralen på kommunens nettsider. Der står det blant annet:

”Det vi ikke greier alene kanskje vi greier sammen?”

I informasjonsskrivet står det videre at tilbudet kan hjelpe til et mer aktivt liv og/eller livsstilsendringer i et støttende miljø, noe som videre understreker et fokus på at dette er noe som skal oppnås i samarbeid med andre. De ansatte forteller at hovedmålet med frisklivssentralen er å hjelpe folk som trenger det med *å komme i gang*. De ønsker å hjelpe personer på ulikt vis i forhold til endringer i livsstil. Forhåpentligvis vil deltakelsen ved frisklivssentralen føre til at personene klarer å gjennomføre endringene også på egenhånd. En av de ansatte forteller:

”Målet er å gi hjelp til de som trenger å komme i gang. Altså, for å endre livsstilen sin, som er på vei inn i noe som ikke er bra. Rett og slett. Få dem på gli (Inf. 5).”

For å oppnå endringer i livsstil, ønsker de ansatte varige endringer. De uttrykker et ønske om at brukerne skal oppnå en økt mestringfølelse og tilhørighet gjennom deres gruppetilbud, og følelsen av å være i samme situasjon som andre. Tilbudet består hovedsakelig av fysisk aktivitet i form av stavgang i skogen og styrketrening innendørs, samt kostholdskurset *Bra mat for bedre helse*, utarbeidet av Helsedirektoratet. Dette foregår på dagtid. De har et samarbeid med Akershus Universitetssykehus, der det tilbys et røykesluttkurs for brukere som eventuelt trenger og ønsker hjelp med dette. I tillegg har det siden våren 2012 vært et eget frisklivstilbud for barn og unge. Frisklivsgruppen består i snitt per i dag av rundt 8-10 brukere til stede ved hver trening. Ved kostholdskursene kommer det frem i intervjuene av de ansatte at det ofte er noen færre brukere til stede. Dette skyldes hovedsakelig at mange av brukerne allerede har vært gjennom kostholdskurset opp til flere ganger allerede. Brukerne er hovedsakelig personer som blir henvist fordi de trenger hjelp med å endre livsstil, fremfor å settes på medikamentell behandling. For friskliv barn og unge er det for øyeblikket med 5 familier, der det er en jente og fire gutter. Da dette tilbudet kun har eksistert i litt over et år, er det vanskelig å si noe om hvor mange familier som vil delta på dette i tiden fremover, og hva som karakteriserer dem.

4.1.3 Hvordan startet det?

Denne kommunen var svært tidlig ute med å opprette en frisklivssentral. Det er derfor interessant å få et innblikk i hvordan en gikk frem i dette arbeidet, fra planlegging til et fungerende tiltak. Frisklivskoordinatoren, som på den tiden arbeidet som

rehabiliteringskoordinator, forteller om selve oppstarten av deres frisklivsordning. Det kommer frem i intervjuet at det hele startet i 2004. Det var en del sentrale føringer som ledet mot dette arbeidet. Dette var hovedsakelig St. melding nr. 16, *Resept for et sunnere Norge* (2002-2003), Folkehelsemeldingen, Handlingsplan for fysisk aktivitet, *Sammen for fysisk aktivitet* (2005-2009), Fysisk aktivitet og helse (rapport 1 & 2), samt fokus på tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. En partnerskapsavtale ble inngått, noe som blant annet resulterte i at kommunen ble en såkalt fyrtårnkommune innen folkehelse, noe som medførte en del føringer sentralt fra. Dette ledet dem inn mot oppstarten av frisklivssentralen. Behovet for et slikt tilbud ble tydeliggjort av fastlegenes frustrasjon rundt *Grønn resept*⁴, som ikke var noen stor suksess. Frisklivskoordinatoren forteller:

”For det var jo, det var en del motstand mot det sånn etter hvert, særlig blant legene. For det ble for vanskelig for dem å følge det opp rett og slett. De kunne komme med råd og veiledning, men hadde ikke noe sted å sende dem videre (Inf. 5)”

I 2005 var representanter fra kommunen i møte med fylkeslegen i forbindelse med Grønn resept-ordningen⁴. Under dette møtet ble det tydeliggjort et behov for et henvisningssted for pasienter som trengte hjelp til endring i livsstil. Frisklivskoordinatoren forteller at dette la grunnlaget for ønsket om å utvikle et frisklivstilbud:

”I februar 2005 var vi i møte hos fylkeslegen, og grønn resept var jo inne der, vi ble litt inspirert til å ta tak i dette. Så det var egentlig der det startet, sånn det startet opp (Inf. 5).”

Selv om frisklivssentralen ble opprettet som en løsning på hva fastlegene så på som en utfordring, tok det tid før fastlegene var positive til disse planene. Frisklivskoordinatoren forteller at det krevde mange møter og samtaler med ulike parter i kommunen før de kom til enighet. Det var mange diskusjoner rundt hvordan frisklivssentralen skulle organiseres, og hvem som skulle ha ansvaret for gjennomføringen. En utfordring var blant annet at det var få andre kommuner som hadde opprettet et slikt tilbud, og det var derfor ikke mange å sammenlikne seg med. I 2006 hospiterte derfor enkelte av de ansatte hos Modum kommune i en periode, for å se hvordan de arbeidet med sin frisklivssentral. Etter mange møter og mye

⁴ Grønn resept var en reseptordning der personer i særlig risiko for hjerte- og karsykdommer skulle gjennomføre trening på resept for å forebygge utviklingen av sykdom.

planlegging, begynte de mer praktiske forberedelsene. I januar 2006 var helsesøster og fysioterapeuter fra kommunen på kostholds- og kurslederkurs i regi av Helsedirektoratet. I februar samme år ble det i gangsett en kartlegging og registrering av kommunens aktivitetstilbud, samt utforming av brosjyrer og en link på kommunens hjemmesider. I august-september fortsatte utformingen av materiell. Dette inkluderte blant annet frisklivsresepten, helsesamtale 1 og 2, tilbakemeldingsskjema til fastlegen, informasjonsskriv til brukerne, samtykkeerklæring og testskjemaer.

Mye av dette materialet finnes i dag ferdig utformet av Helsedirektoratet. Arbeidet med å kartlegge hvilke tilbud som fantes i og rundt kommunen fortsatte i august 2006. Det ble tatt kontakt med Akershus Universitetssykehus, der de ansatte fikk deltatt på et kurs i endring av levevaner. Det ble samtidig satt i gang et samarbeid med sykehuset i forhold til deres røykesluttkurs, slik at kommunen kunne sende brukere ved frisklivssentralen dit ved behov:

”Så vi fikk vite at vi på en måte kunne sende folk dit. Og de startet opp kurset når det var mange nok liksom. Så da konsentrerte ikke vi oss om å ha det her i og med at det var så små ressurser (Inf. 5)”.

I september 2006 nærmet det seg oppstart av den kommunale frisklivssentralen. Frisklivskoordiatoren forteller at de fortsatte arbeidet med å presentere planene i kommunen, og gi oppdateringer i forhold til planleggingsprosessen. De ansatte ble sendt på kurs i motiverende samtale relatert til livsstilsendringer. Dette kurset ble avholdt av Helsedirektoratet. De siste forberedelsene før oppstarten av frisklivssentralen ble gjort i oktober. I kommunen gjennomføres faste samarbeidsmøter mellom fastlegene, og Fysio –og ergoterapitjenesten. Det ble da avholdt et eget møte med tema frisklivssentralen. Som siste forberedelser forteller frisklivskoordiatoren at det var viktig å gi ut informasjon om det nye tilbudet i kommunen:

”Så vi jobbet mye med informasjonsbiten i det året vi startet opp. Vi skulle bli kjent i kommunen” (Inf. 5).

Det ble derfor satt inn en annonse i lokalavisen og tydeliggjort på kommunens nettsider. Det ble i tillegg gitt ut informasjon i nabokommuner samt til de ulike instituttene, tjenestene og avdelingene i kommunen. Fra oktober-november 2006 var frisklivssentralen et fungerende

tiltak. I oppstarten var tiltaket godt kjent blant legene, og henvisningene var derfor relativt mange. Dette mener de ansatte at først og fremst skyldes informasjonsarbeidet som var gjort hyppig og bredt i oppstarten. Trenings- og kostholdstilbudet er hovedsakelig det samme nå som det var i oppstartsperioden. Dette er mye på grunn av at stillingsprosentene blant de ansatte ved frisklivssentralen ikke har blitt noe særlig utvidet siden den gang. Den største endringen som har skjedd siden oppstarten er at det nå finnes et eget tilbud for barn og unge.

4.1.4 Informasjons- og rekrutteringsprosessen

For at det skal rekrutteres brukere til frisklivssentralen, er det viktig at det kontinuerlig gis ut oppdatert informasjon om tilbudet. Det kommer frem i intervjuene at helsesøsteren er den som har hovedansvaret for at frisklivstilbudet er kjent i kommunen, både blant innbyggerne, skoler og andre institusjoner. De benytter fremdeles det opplysningsmateriellet som ble utarbeidet ved oppstarten, blant annet brosjyrer, informasjonsplakater og resepter. Dette måtte de utarbeide selv, da det ikke fantes mye standardisert materiale på den tiden:

”Og det er klart, mye av dette måtte vi utarbeide selv. Nå er jo dette standardiserte ting som har kommet etter hvert. Men det var veldig mange som ikke hadde dette tilbudet den gangen” (Inf. 5).

Helsesøster forteller at de ønsker å endre dette noe nå som Helsedirektoratet har utgitt mye standardisert materiale som den enkelte kommune kan ta i bruk. Hun forteller at de blant annet ønsker å benytte felleslogoen for frisklivssentralene i stedet for den de selv har laget, slik at flere kan gjenkjenne logoen og hva den står for. Unntaket er for friskliv barn og unge. Helsesøster har valgt å designe en egen logo som de ønsker å fremheve så godt som mulig. Nedenfor er logoen illustrert.



Figur 7. Kommunens egendesignede logo for friskliv barn og unge. (Anonymisert1, 2012).

De er stolte av at de har et tilpasset opplegg til barna. Egne frisklivstilbud for barn og unge er ikke så utbredt ennå. Derfor synliggjøres tilbudet så godt som mulig, blant annet ved egenderedignede jakker med logoen på. Helsesøster påpeker at dette skal vise frem deres arbeid:

”Nå har vi i friskliv, meg og to fysioterapeuter, fått jakker. Blå jakker med logoen vår på, og kommunelogoen. Jeg tenker at da blir vi synlige når vi går rundt omkring (Inf. 2)”

Det er viktig at frisklivssentralen er kjent i kommunen og at det finnes mange samarbeidspartnere slik at det kan tilbys et bredt spekter av tilbud. Men det er ikke nok å ha et variert tilbud som folk kjenner til. Det må også bli rekruttert brukere til friskliv slik at det er nok personer til å gjennomføre gruppetreningen og kostholdskurs. Det blir av de ansatte fortalt at den viktigste samarbeidspartneren i forhold til rekruttering, er fastlegene. Det påpekes at det er betryggende å ha et samarbeid med fastlegene da dette er mest forsvarlig i forhold til den enkelte pasients helsesituasjon. Hun forteller:

”Men det er jo veldig greit å ha legen på lag da, sånn at de står bak og mener at dette er et forsvarlig tilbud til en person med den helsa liksom (Inf. 3).”

På spørsmål om hvor aktive fastlegene er til å rekruttere, svarte samtlige ansatte at dette varierer i stor grad. Det er enighet om at det er for få personer som blir henvist, og det er et ønske om at frisklivsgruppene skal bli større enn de er i dag. Hvor mange som blir henvist varierer veldig i ulike perioder og fra lege til lege. En av de ansatte forteller:

”Det er veldig varierende med pågangen, noen ganger blir det henvist veldig mange. Også går det en sånn tørkeperiode hvor det nesten virker som at legen har glemt at vi finnes (Inf. 3).”

Videre påpekes det at de selv må bli flinkere til å informere legene om frisklivstilbudet:

”Vi er jo for dårlige til å, til å oppdatere de og ha en dialog med de da, så det er et ønske vi har om at vi kanskje kan sende ut noen mail og..Annen hver måned eller noe sånt da.. (Inf. 4)”

Tidligere var det et strengere system rundt selve resepten. Dette var en blankett som ble utfylt av fastlegen, som personen så brakte med seg til frisklivssentralen. Frisklivskoordinatoren nevner at det i dag ikke lenger er så viktig at en slik resept er fylt ut skriftlig. Hun forteller:

”Nå er vi ikke så nøye med resepter lenger, vi tar en telefon eller et eller annet, vi har liksom løst det litt sånn etter hvert (Inf. 5)”.

Selv om fastlegene er dem som hovedsakelig henviser sine pasienter, forteller de ansatte at dette vil endre seg noe i tiden fremover. Fastlegene vil fortsatt være viktige i denne prosessen, men det skal åpnes for et samarbeid med andre aktører. Et eksempel som nevnes er et samarbeid med NAV, der dem også kan henvise personer til frisklivssentralen. Det blir foreslått at andre aktører også bør kunne henvise personer. Det gjelder for eksempel helsesøstre, jordmødre og andre helsearbeidere. Det nevnes videre at dette er viktig fordi disse aktørene ofte ser pasienten tidligere enn kanskje en fastlege vil gjøre. I forhold til tilgjengeliggjøring av oppdatert informasjonsmateriell og opplysninger om tilbudet, sier de ansatte selv at de kan bli flinkere til å gjøre dette kontinuerlig. Og selv om informasjon er synlig for folket, betyr ikke dette nødvendigvis at det blir lagt merke til. En av fysioterapeutene forteller at hun til tider er bekymret for om informasjonen i det hele tatt blir registrert:

”Selv om det henger plakater der, så er det ikke sikkert at man egentlig registrerer hva som står på den. Også, rektorene og lærerne, de får jo så innmari mange beskjeder, så det kan jo være at det ikke er alt som ligger fremme i pannebrasken sånn til en hver tid (Inf. 6)”.

Ved en frisklivssentral bør de ansatte ha en oversikt over hva kommunen kan tilby av ulike tilbud og tjenester, spesielt lavterskeltilbud (Helsedirektoratet^b, 2011) For denne kommunen gjelder det både i forhold til barn og voksne. Selv om de ved frisklivssentralen har informasjon om hva som finnes av tilbud i nærmiljøet, betyr ikke dette at de aktuelle tilbudene faktisk appellerer til innbyggerne. Det blir av de ansatte fortalt at det er lite å spille på i kommunen. Selv om det blir nevnt enkelte eksempler som *Friskis og Svettis* og *Frittgående høner*, er det ellers få tilbud som de kan se for seg som mulige samarbeidspartnere, og som er egnet for sine brukere. Da fysioterapeutene ikke jobber på kveldstid, foregår friskliv på dagtid. Dersom en skal ha et gruppetilbud for folk som er i

arbeid, må det tilbys noe når arbeidsdagen er over. Da er det nødvendig med ansatte som kan ha ansvar for treningen, men også tilgang til lokaler. Det ses på som en stor utfordring blant de ansatte:

”Altså, vi er så avhengig av lokaler for å ha grupper. Både for instituttet, som sliter med det, og også vi. Så det er en viktig greie altså (Inf. 5)”.

Det meste av kommunens lokaler er allerede leid ut til for eksempel lokale fotball- og håndballag på ettermiddagen og kvelden. Helsesøsteren sier at det betyr at gode samarbeidspartnere da er spesielt viktige, slik at frisklivstilbudet blir en prioritet, der det for eksempel kan være muligheter for å benytte gymsaler på skolene. Videre presiserer de ansatte at manglende tilbud kan henge sammen med at kommunen er relativt liten. Dette kan være en av årsakene til at selve frisklivsgruppen heller ikke er særlig stor. Det blir fortalt at det blir vanskeligere å gjennomføre gruppeaktiviteter dersom det kun er 3-4 brukere tilstede ved hver samling.

4.2 Forskningsspørsmål 2

Hvordan *fungerer* de enkelte tilbudene ved kommunens frisklivssentral *i praksis*, basert på de ansattes beskrivelser og erfaringer, mine egne observasjoner, samt tilgjengelig skriftlig informasjon om dette?

4.2.1 Innkomstsamtale og kartlegging av den enkeltes behov

På bakgrunn av at personer blir henvist på ulike måter og av ulike årsaker, er det også mange ulike behov. De ansatte forteller at det derfor blir gjennomført en innkomstsamtale, kalt helsesamtale 1. Disse samtalen følger prinsippene for motiverende samtale. Kort fortalt kan en si at en slik samtale er en pasientsentrert tilnærming der helsearbeideren skal *veilede* pasienten i stedet for å gi konkrete råd og retningslinjer (Holli, Maillet, beto & Calabrese, 2009). Hensikten er at de sammen kan kartlegge brukerens behov og hva en ønsker å oppnå med deltakelse ved frisklivssentralen. Denne tilnærmingen er det anbefalt av Helsedirektoratet at kommunene skal følge i arbeidet med frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2011^b; Helsedirektoratet^b, 2013). Det er enighet blant de ansatte om at kompetanse innen motiverende samtale er veldig sentralt i arbeidet med frisklivssentralen. Dette har alle ansatte deltatt på kurs i, hovedsakelig gjennom Helsedirektoratet. Det kommer frem i intervjuene at

de ansatte gjerne starter en helsesamtale ved at brukeren blir bedt om å fortelle om seg selv. Det snakkes videre om frisklivssentralen som tilbud og hva dette innebærer. De ansatte hevder at det viktigste ved slike samtaler er at brukeren selv setter seg noen mål med hva de ønsker å oppnå hos dem, og hva som er motivasjonen for å komme dit:

”Så snakker vi litt om, ja.. hvilke hovedproblemer, eller hva de, hva de på en måte er henvist for. Hva de ønsker å få hjelp til av oss. Så prøver vi også å gå inn på det med motivasjon. Finne ut liksom hvor er de i den prosessen. Prøve å være litt tøffe mot dem (Inf. 3)”

”Så snakker vi selvfølgelig om målsetning. Det er jo veldig viktig. Og at de selv skal prøve å definere det. Og det er kanskje det viktigste, det og definere mål. Det er veldig mange som vil begynne å trene, men de vet ikke helt hvorfor. Det er jo veldig bra det. Men det er noe med at hvis du skal fortsette, og holde på over tid, så må du vite og merke at du oppnår noe (Inf. 1)”

Samtidig påpekes det av en ansatt at det er viktig at brukerne selv er klar over at det kan bli utfordrende å gjennomføre frisklivsopplegget, og dermed også er mer realistisk i forhold til om en klarer å møte opp på alle treningene og nå de målene som de sammen kommer frem til:

”Og det er viktig at de selv skjønner at dette kan bli tøft da, hvis de ikke har vært med på noe eller trent eller beveget seg noe særlig i løpet av de siste 20 årene. Så skal de plutselig enten gå ned i vekt eller har andre mål da (Inf. 1)”

Det er et ønske om at brukerne skal være forberedt før en samtale gjennomføres. Det er viktig at den enkelte har klart for seg hva som er motivasjonen for å oppnå livsstilsendringer:

”De skal planlegge det og tenke gjennom det på kvelden før de legger seg, og kanskje... ja.. sette på vekkerklokka rett og slett (Inf. 1).”

En av de ansatte forteller at det ikke nødvendigvis er slik at alle som blir henvist til frisklivssentralen skal delta på akkurat dette. For noen kan det være andre kommunale tilbud som er mer egnet. Det viktigste er å tilby noe som personen selv synes er et godt alternativ. For de personene som det enes om at skal delta på frisklivssentralen, begynner en

reseptperiode på 12 uker der en kan delta på en eller flere av tilbudene kommunen har å tilby. Kostholdskurset er valgfritt, men har du først bestemt deg for å delta, skal du føle deg pliktig til å fullføre. De ansatte ønsker at brukerne skal føle at det er obligatorisk å møte opp på treningene:

”Det er, de må. De må være med på alt. Ja, eller kostholdskurset er frivillig (Inf. 2).”

Det kommer frem i intervjuene at samtlige ansatte synes gjennomføringen av slike samtaler kan være utfordrende:

”Når man sitter på et kurs så er det veldig lett å tenke at, ja, det er sånn man skal svare, og man skal bare sitte der og la den personen man snakker med fortelle selv ikke sant, men så er det... Får du sitter der med et ordentlig menneske som har sine utfordringer og.. (Inf. 1).”

Det legges spesielt vekt på at dette med målsetninger er utfordrende, som også er hovedtemaet under disse samtaler. Dersom brukeren selv ikke har noe på hjertet, forteller helsesøsteren at det er lett å komme med råd:

”Å gud, dette må jeg skjerpe meg på, dette må jeg jobbe med. For man faller fort tilbake på at man gir råd, plutselig så gir man råd med en gang. I stedet for å ha den endringen, stille de spørsmålene og.. Ja, de må eie problemet og sånn. Det skaper ikke noe eierskap til det, hvis de bare får alt servert. (Inf. 2).”

Selv om det er enkelte faste elementer som bør være tilstede ved helsesamtaler, vil ikke de ansatte at det skal bli for mye skjemaer og ting som skal fylles ut. Derfor benyttes heller ikke endringshjulet av Prochaska & DiClemente (1983) og liknende i stor grad. De ansatte har inntrykk av at brukerne ikke er så veldig positive til bruken av skjemaer:

”Det er veldig mange som synes det.. hvis det blir for mye skjemaer og ark og.. De må fylle ut masse ting så blir det for litt fort sånn, klinisk på en måte (Inf. 1).”

Etter at brukerne har deltatt på frisklivssentralen en periode, gjøres det et forsøk på å kartlegge den enkelte brukers prosess mot å nå sine mål. Etter en reseptperiode gjennomføres

det en ny helsesamtale, ofte omtalt som helsesamtale 2. Denne samtalen omhandler i hovedsak et fokus på hvordan brukeren selv føler at deltakelsen ved frisklivssentralen går, og om han/hun er på vei mot å nå målene som de sammen med den ansatte har oppført. I dette arbeidet forteller enkelte av de ansatte at de benytter et slags vurderingsskjema. Skjemaet tar for seg ulike sider ved helse, for eksempel hvor fysisk aktiv du har vært, hvor mye sosiale aktiviteter du har deltatt på og hvordan du føler deg. Dette skjemaet blir først fylt ut ved oppstart, og tas frem igjen under oppfølgingssamtalene. Hensikten er at de sammen kan sammenlikne svarene fra gang til gang, og dermed kunne henvise til konkrete kommentarer på hva brukeren faktisk har oppnådd.

4.2.2 Frisklivsopplegget for den voksne brukergruppen

Hovedtilbudet ved denne kommunens frisklivssentral er fysisk aktivitet, altså et *treningstilbud*. Da samtlige ansatte med unntak av helsesøsteren er fysioterapeuter, er det på dette området de har den faglige kompetansen. De ansatte uttrykker også selv at det er treningstilbudet som er det mest sentrale tiltaket som tilbys ved deres frisklivssentral, og at kompetanse innenfor dette området er viktigst. Per i dag består treningen av et gruppetilbud med to treninger per uke. Tidspunktet for treningen er 9:30 til 11:30, hver mandag og onsdag. Aktiviteten er tilnærmet det samme hver gang, nemlig kondisjonstrening etterfulgt av styrketrening inne. Kondisjonstreningen består av stavgang i skogen. Turen varer omtrent en time, hvor det legges inn noen intervaller med jogging i motbakker. Ved å være tilstede ved en treningsøkt kunne jeg observere at alle møtte opp inne i lokalene der friskliv hører til, og der styrketreningen også gjennomføres. Denne dagen var det 7 brukere til stede. I lokalene fant brukerne stavene som benyttes på turen. Alle var tidlig ute, og jeg fikk inntrykk av at flertallet var veldig kjent med både lokalene, de andre i gruppen og hvordan treningen var lagt opp. De samlet seg i en gruppe før ansvarlig fysioterapeut var til stede. Det virket som de fleste kjente hverandre godt, da de førte en samtale om veldig hverdagslige ting som hva de hadde gjort i helgen, hvordan en hadde hatt det på ferie og liknende temaer. Det var også tydelig at noen snakket mer enn andre, og ledet samtalen. Likevel fikk jeg inntrykk av at alle følte seg inkludert.

Da ansvarlig fysioterapeut var til stede, begynte selve turen. Skogområdet de benytter til treningen ligger kun et par minutter unna lokalet. Alle hadde kledd seg etter forholdene, og det var god stemning også når selve treningen var i gang. Fysioterapeuten lot gruppen

bestemme tempoet under store deler av turen, men satt i gang tempoet ved enkelte anledninger, spesielt i motbakker. Det var under disse intervallene det ble tydeliggjort at kondisjonsnivået og/eller innsatsen blant brukerne varierte noe. Men de var veldig dyktige til å engasjere og motivere hverandre, og humøret var godt hele tiden. Etter turen i skogen møttes alle inne i styrkerommet. Her gjennomførte de styrketrening i form av stasjons/sirkeltrening, og dette varte omtrent en time. Under den observerte styrketreningen var det tydelig at alle brukerne gjorde sitt beste, men kvaliteten på gjennomføringen av styrkeøvelsene varierte noe. Dette henger trolig også sammen med at de fleste kvinnene er godt voksne, og har ulike smerter og skader som begrenser utførelsen av enkelte aktiviteter. Jeg fikk inntrykk av at alle gjorde sitt beste, og ønsket å få noe ut av treningen. Samtidig var det sosiale i gruppen svært fremtredende. De ansatte forteller at de har valgt relativt enkle øvelser som de fleste kan gjennomføre. Etter en god del styrkeøvelser med små pauser lagt inn etter hvert intervall, avsluttes det hele med uttøying og avspenning. Etter at treningen på onsdagene er avsluttet, kan de som ønsker det spise lunsj sammen i lokalene til frisklivssentralen. De ansatte forteller at de fleste i gruppen deltar på dette, og at brukerne synes dette er en fin avslutning på uken. Ved egen observasjon er det en god stemning under lunsjen, der gjerne både helsesøster og den ansvarlige fysioterapeuten er til stede. Praten går lett, og alle er svært inkluderende og prater med hverandre.

I forhold til arbeidsoppgaver tilknyttet treningstilbudet, har de ansatte ansvar for hver sin trening. Da treningsopplegget stort sett er det samme hver gang, forteller de ansatte at det ikke er mye planlegging som skal til. Det er derfor *gjennomføringen* av treningen samt helsesamtalene som utfyller fysioterapeutenes 25% stilling hver. De ansatte uttrykker et ønske om å ha mer tid til oppfølging av brukerne, samt oppdatering av informasjon rundt omkring i kommunen. Selv om de ønsker mer tid disponert til dette, gis det inntrykk av at fysioterapeutene foretrekker selve gjennomføringen av treningen fremfor planlegging:

”Men jeg liker jo på en måte, jeg liker nok bedre å gjennomføre det og ha friskliv enn å kanskje planlegge, hehe. Jeg er ikke så god på å ringe rundt og få til avtaler og sånn (inf. 3)”.

De ansatte forteller at valg av aktiviteter er mye basert på beliggenheten til lokalene der frisklivssentralen foregår. Med skogen som nærmeste nabo var det naturlig at de ønsket å benytte seg av dette. Flere av de ansatte uttrykker et ønske om å ha mer varierte aktiviteter til den voksne gruppen. Kommunen følger kurset *Bra mat for bedre helse*, utformet av Helsedirektoratet. Dette er et opplegg over fem kurskvelder, med ulike kostholds- og ernæringsrelaterte tema. Opplegget bygger på prinsippene om endringsfokuset veiledning. Målet er å motivere og hjelpe brukerne til positive endringer i sitt kosthold (Helsedirektoratet^c, 2011). Tabellen nedenfor viser en oversikt over tema for de ulike kursøktene som er utformet av Helsedirektoratet.

Tabell 6. Oversikt over Helsedirektoratets kursplan for Bra mat for bedre helse.

Kursøkt	Tema
Kurs 1	Bra mat for bedre helse –velkommen på kurs
Kurs 2	Må det søte liv smake søtt?
Kurs 3	Fettkvalitet og varedeklarasjon
Kurs 4	Maten er servert! Matøkonomi
Kurs 5	Fargerik mat i hverdagen –veien videre

Det er helsesøster er ansvarlig for planlegging og gjennomføring av disse kursene. Selv om hun følger det opplegget som Helsedirektoratet allerede har utformet, har hun selv gjort en del tilpasninger og endringer for å være egnet til den aktuelle brukergruppen. Det er for eksempel noen som har vært med på kostholdskurset flere ganger tidligere, og helsesøster forteller at det derfor har vært behov for å endre opplegget noe. Kurset avholdes periodevis, etter brukernes etterspørsel. Det er altså brukernes interesse og etterspørsel som avgjør hvor ofte disse kursene avholdes:

”Og da spør jeg litt rundt om noen ønsker å ha Bra mat-kurset. For da må jeg samle opp helst en 5-6 stykker før jeg begynner med et kurs. De som har vært her nå, de har jo vært her i evigheter. Og de har kanskje vært med på to kurs allerede. For de slenger seg på hvis det er noen nye. Og de har jo sagt at de alltid lærer noe nytt (Inf. 2).”

I periodene kurset foregår, er hver økt etter den felles lunsjen som foregår på onsdager etter trening. Helsesøster forteller at hvert kurs varer i rundt en time, halvannen, der hun deler informasjon om kosthold og ernæring basert på Helsedirektoratets kursplan. Det er, i tillegg til ferdige temaer for hvert kurs, blir utformet 9 faktaark som kan deles ut til brukerne.

Disse deler helsesøsteren ut hver gang. Faktaarkene tar for seg ulike tema som er tilknyttet kursene, og gir enkel, kortfattet og konkret informasjon. Nedenfor er overskriften på de ulike faktaarkene presentert.

Tabell 7. Oversikt over overskrifter og tema for faktaark til bruk ved Bra mat for bedre helse, utformet av Helsedirektoratet.

Faktaark	Overskrift/tema
1	5 om dagen
2	Hvordan øke fiberinntaket?
3	Slik sparer du på fett
4	Små skritt –store endringer
5	Hvordan spare på salt
6	Fysisk aktivitet
7	Til deg som vil velge sunt når du spiser ute
8	Nøkkelhullet
9	Å snakke om endring

Helsesøster ønsker et *dialogbasert kurs* der brukerne selv er aktivt med i samtalen og deler sine erfaringer og synspunkter med resten av gruppen. Dette for eksempel i form av utveksling av oppskrifter. På bakgrunn av at kostholdskursene er basert på dialog mellom kursleder og brukergruppen, er det en fordel at det er flere brukere til stede. Da brukergruppen er relativt liten, og flere av brukerne har vært i gruppen i lang tid, hender det at det går ganske lang tid mellom hver gang kurset holdes. Kostholdskursene ble observert ved tre anledninger, og jeg fikk da et innblikk i hvordan kursene ble gjennomgått. Mitt inntrykk er at kurset er veldig preget av dialog, der helsesøster er den som styrer samtaleemnene, og brukerne blir oppfordret til å dele sine tanker med resten av gruppen. Det ble under mine observasjonsdager gått gjennom temaer som fettkvalitet og fettinnhold i ulike produkter. Det ble fremvist emballasje på magrere alternativer, som for eksempel kesam fremfor seterrømme og magerost fremfor vanlig ost. Kaloriinnhold og avlesning av næringsinnhold på emballasje var tema for et av kursene, der brukerne, sammen med helsesøster, gikk gjennom enkelte eksempler. Konkrete eksempler på alternative produkter ble vist, som at det lønner seg å velge tacoskjell fremfor lefser dersom en ønsker å gå ned i vekt. Videre ble nøkkelhullsmerkingen og brødskalaen diskutert, der helsesøster fremviste eksempler. Brukerne ble testet i forhold til grovhet i ulike brød, der tre brød ble vist frem, og dem skulle gjette hvem som var grovest. Dette gjorde helsesøster for å poengtere at det ikke alltid er det brødet som er mørkest som har størst innhold av grovt korn, og at brødskalaen derfor kan være et godt hjelpemiddel. De brukerne som hadde vært gjennom kurset før var klar over dette, men det virket som at brødskalaen var et ukjent symbol for enkelte av de ”nye”. Brukerne er flinke til å hjelpe hverandre, og det tok ikke lang tid før noen av de andre delte sine synspunkter eller

kommentarer dersom en av de andre fikk et spørsmål fra helsesøster som de hadde problemer med å besvare. Kombinasjonen av nye og erfarne brukere ser ut til å fungere godt i forhold til å oppnå et dialogbasert kurs slik helsesøsteren ønsker. I tillegg til at helsesøster, sammen med brukerne, går gjennom ulike kostholdsrelaterte tema, blir det også gitt hjemmelekser. Et eksempel som ble tatt opp under et av de observerte kursene, var hva en gjør dersom en kjenner søtsug på kveldstid. Det ble diskutert hvordan en kan unngå situasjoner som ofte gjør at en kjenner søtsuget, og sunnere alternativer for snacks som kan dempe søtsuget. Brukerne virket ivrige etter å dele sine erfaringer, og ikke minst, sine råd til de andre i gruppen.

Videre forteller helsesøsteren at hun er veldig fornøyd med det kursopplegget Helsedirektoratet har utformet. Det er laget på en enkel og brukervennlig måte, og gir de store linjene for hvordan en kan oppnå endringer i kosthold og livsstil generelt. Hun synes opplegget bare blir bedre og bedre jo flere ganger hun benytter det. Samtidig føler hun at alle får noe ut av deltakelsen på disse kursene. Hun forteller for eksempel om ei fra Kosovo, som kun spiste hvitt brød:

”Hun spiste bare loff. Men så fikk hun introduksjonen i forhold til brødskalaen og ulike typer brød, også smakte hun på noe av det som vi hadde på den leksjonen. Og da fant hun ut at dette var jo helt okei. Og dermed sluttet hun å spise loff (Inf. 2).”

Da opplegget allerede finnes der, kreves det ikke mye planlegging for å kunne gjennomføre det. Hun forteller at det ikke er noe problem å gjennomføre dette kurset selv om hun ikke har noen ordentlig ernæringsbakgrunn, mye på grunn av at temaene tar for seg de viktigste aspektene ved mat og helse, og er forklart på en enkel og brukervennlig måte. Helsesøsteren kunne likevel ønske at hun kunne gitt mer individuell kostholdsveiledning til brukerne:

”Altså jeg har ikke noen kompetanse, men jeg kunne tenkt meg, hadde lyst til å kunne gi hver enkelt mer sånn kostholdsråd individuelt da, kanskje legge opp kostholdsplaner for å veilede hver enkelt (Inf. 2).”

For å kunne gi individuell veiledning forteller helsesøster at hun burde hatt mer ernæringskompetanse. På spørsmål om er det behov for en ernæringsfysiolog ved frisklivssentral, svarte helsesøster følgende:

”Absolutt! Det er kjempeviktig, et stort savn, og ha en person som kunne tatt noe av opplegget, pluss at vi som jobber med det kunne rådført oss med en. Det savner jeg egentlig veldig. (Inf. 2).”

Selv om det var få av de intervjuene fysioterapeutene som ga noe særlig inntrykk av at det var et behov for mer kompetanse innenfor ernæring, var de likevel en som nevnte dette i tillegg til helsesøster:

”Jeg skulle ønske at vi kanskje hadde mer om kosthold. At selv om helsesøster på en måte har den biten, så hadde det nok vært enda bedre dersom vi hadde hatt kanskje en ernæringsfysiolog i en eller annen stilling. Som kunne, ja, hatt litt mer individuelt og hatt mer veiledning (Inf. 1).”

4.2.3 Friskliv barn og unge

Friskliv barn og unge er et resultat av et studentsamarbeid våren 2012. To fysioterapistudenter, hovedsakelig i samarbeid med helsesøster, utviklet et eget frisklivstilbud rettet mot barn og deres familie. Målgruppen for dette tilbudet er barn fra 3-7. klasse, som enten er overvektige eller i fare for å utvikle overvekt. Disse barna fanges opp ved de rutinemessige helsemålingene som foregår på skolen. En av fysioterapeutene forklarer det slik:

”Så det er på en måte hver gang en blikker over en eller annen grenseverdi på disse målingene, så skal man i utgangspunktet ta kontakt med dem og snakke med foreldrene, og snakke om dette frisklivstilbudet da. Og høre om de kan være interessert i det (Inf. 6).”

Dersom helsesøster ved skolene mener barnet er i faresonen, tar de kontakt med foreldrene for å diskutere dette. De får da tilbudet om å delta på friskliv barn og unge. Det kan også være skolelegen eller helsestasjonene som finner kandidater til dette. Det er altså ikke mulighet for hvem som helst å møte opp, og det er et opplegg som skal følges hele veien. Tilbudet følger ikke en reseptperiode på samme måte som friskliv voksne. Her har de valgt å la familiene delta så lenge de selv ønsker, så lenge det er plass til det i gruppen. De ansatte forteller at barna gjerne kjennetegnes ved at de ikke er glad i å være fysisk aktive, for eksempel i gymtimene eller på fritiden. Det blir fortalt at målet med frisklivstilbudet er å gi disse barna

en økt mestringsfølelse og glede av å være i bevegelse. Dette vil forhåpentligvis bidra til en endret livsstil, med mer hverdagsaktivitet. Det fortelles videre at en sentral del av tilbudet er foreldrenes deltakelse. Foreldrene må være til stede og delta aktivt sammen med barna. To fysioterapeuter har ansvaret for gjennomføringen og planleggingen av treningen. Med hver sin 5% stilling dedikert til friskliv barn og unge, er det ikke så mye annet en det de har tid til. Helsesøsteren deltar på treningene så ofte hun kan, hvor hennes rolle først og fremst er å motivere på sidelinjen.

”Det veldig greit å være to. En som har ansvar for gjennomføringen og passer på, og en som for eksempel kan heie litt og pushe litt (Inf. 2).”

Tilbudet for barna er trening to ganger i uken, hver tirsdag og onsdag. Tidspunktet for treningen er 14:45-15:45, og består av varierende aktiviteter. De ansatte forsøker å legge opp et så variert treningsprogram som mulig, med unntak av svømming som foregår hver tirsdag. Dette har de ansatte inntrykk av at barna synes er veldig gøy. Dersom barna synes aktiviteten er morsom, mener de ansatte at de er mer motiverte og yter en større innsats. Derfor har de valgt å ha svømming som en fast aktivitet. Andre aktiviteter kan være ballspill, klatring, lagkonkurranser og lignende. Det er fokus på lek og moro under treningen, det er viktig å huske på at dette er barn:

”Der skal det være, vi skal på en måte lære barna til hvordan man kan være i aktivitet på mange forskjellige måter, gjerne ved å på en måte ha det gøy samtidig da (Inf. 2).”

Videre forklarer en av fysioterapeutene at barn ikke kan trenes så hardt, og at treningen bør pakkes inn i lek dersom de skal være motiverte til å fullføre aktiviteten:

”Så du kan ikke trene barna altfor mye, fordi.. ja.. når de blir slitne da, det gjelder alle barn har jeg merket, at når barn på en måte kjenner at det var litt ubehagelig slitsomt og svett, så stopper de ofte uansett (Inf. 1).”

”For det må jo være gøy. Hvis ikke så funker det ikke. Så når jeg har vært sånn i sal da, som her, så er det veldig lekpreg på alt vi gjør, at man enten da får styrketreningen i den leken, eller at man i hvert fall putter det inn i sånne kort bolker, innimellom all den andre moroa (Inf. 6).”

Basert på observasjon var det tydelig at barna trivdes godt med bassengtreningen. Barna kunne nesten ikke vente med å hoppe uti vannet, og virket svært fornøyde. Alle tøyset med hverandre, og alle ble inkludert i leken. Foreldrene var også med i vannet, mens helsesøster og ansvarlig fysioterapeut sto på land. Det ble gjennomført ulike aktiviteter i vannet, blant annet en lek med ball og ”løping” i vann, med ulike variasjoner. Dette var blant annet høye kneløft og armene i været, samtidig som at de skulle ta seg fra den ene kortsiden av bassenget til den andre. Fysioterapeuten var den som satt i gang de ulike aktivitetene, mens helsesøster var svært aktivt med for å heie og oppmuntre barna. Jeg fikk inntrykk av at barna gjerne ville fortsette leken selv etter at timen var over.

En annen treningsdag var aktiviteten innendørs, i det samme treningsrommet som friskliv voksne gjennomfører styrketreningen. Opplegget besto denne gangen av ulike leker, blant annet ”Stiv heks”. Fysioterapeuten la opp treningen slik at det annen hver gang var en lek og en styrkeøvelse. Både barna og foreldrene var svært aktivt med under lekene. For enkelte av de voksne ble tempoet under leken noe høy, hvor de blant annet ikke orket å løpe så mye som resten av gruppen. Ved styrketreningen var det flere av barna som ikke fikk til øvelsene. Dette gjaldt spesielt push-ups, der svært få av barna fullførte alle repetisjonene. Jeg fikk inntrykk av at barna ikke trivdes med styrkeaktiviteter der det krevdes mer av de tekniske utførelsene, hvor flere ga opp da de ikke fikk det til de første gangene. Selv om aktivitetene er preget av lek, trekkes motivasjon frem som en særlig utfordring blant barna.

”Ungene mangler jo av og til litt, på en måte, den indre motivasjonen for virkelig å hige etter dette her (Inf. 6).”

Deres motivasjon varierer veldig fra gang til gang, og de blir lett påvirket av de andre. Dersom en eller to av barna ikke er motiverte, forteller en av fysioterapeutene at dette gjerne smitter over på resten av gruppen. Hun forteller videre at treningen er rett etter skolen, og at barna kan være slitne:

”Man må tenke på at de kommer rett fra skolen også, ikke sant. Kanskje ikke har spist og.. Har jeg lurt litt på, hehe (Inf. 3).”

Da foreldrene spiller en sentral rolle i gjennomføringen av friskliv barn og unge, er deres motivasjon svært viktig for barnas deltakelse:

”Og jeg så jo, for en fjorten dager siden, da var det bare en forelder som var med da, og hun var kanskje litt fraværende hun også. Og da ser jeg at de er tunge å motivere (Inf. 3)”

”Når de voksne tenker; nei, får vi til dette her, så smitter det veldig fort over på barna. Da kan barna si; Jeg vet ikke helt om vi skal gjøre dette her, mamma (Inf. 6).”

Selv om de ansatte til tider føler at motivasjonen til foreldrene er noe fraværende, er de stort sett fornøyd med foreldrenes innsats. Det påpekes at mange av foreldrene selv kan ha sine skader eller smerter, noe som gjør deltakelse på treningene problematisk. En av fysioterapeutene forteller:

”Men nå skal det sies at denne mammaen har.. hun kunne vel like gjerne vært med i friskliv voksne selv (Inf. 6)”

Selv om familiene virker fornøyd med opplegget, forteller en av fysioterapeutene at det kan være enkelte som frykter at deltakelse ved friskliv kan medføre stigmatisering. Det har derfor blitt snakket litt om hvilken aldersgruppe frisklivstilbudet bør være for:

”Men det er det at man skal være med i ”tjukkas-gjengen” på en måte, at det, så det er noe vi har snakket litt om, hvilke aldersgrupper vi skal ha det for. For jo eldre de blir, jo mer bryr man seg om det. Men hvis du går i 1. klasse, da tenker du ikke på det, da er du sikkert glad for at du får lov til å turne rundt i salen (Inf. 6).”

Det blir påpekt at frisklivsopplegget krever mye av en familie, og det kan være vanskelig å ha tid til å følge det opp maksimalt ved å delta på alle treninger og temakvelder. Samtidig er det ikke kun det ene barnet som er med, det involverer på mange måter hele familien:

”Det er jo på en måte ikke bare det ene barnet som har ”problemet”. Men så er det jo også det å få det til da, for det krever veldig mye av en familie, og klare å følge opp et sånt opplegg. Så jeg skjønner at det er en logistikkutfordring (Inf. 6).”

De ansatte mener at barna har vist en fremgang i forhold til hvor aktive de er på trening. I bacheloroppgaven til fysioterapistudentene kom det frem at barna i starten var usikre på hverandre og sin egen kropp, men at de ved mestring og opplevelse av at aktivitetene var morsomme, glemte dette (Kleivset & D. Sørensen, 2012). Selv om innsatsen er god, kommer det frem bekymringer blant de ansatte om hvordan det går med familiene når de kommer hjem igjen og ikke lenger følger opplegget:

”Den største utfordringen til disse familiene er jo åssen det går med dem etter at de er ferdig. Når de liksom skal opprettholde aktiviteter og gode levevaner og fokuset etter at de ikke er sammen med oss lenger. Bare sånn som nå i ferien, hvor fort de faller tilbake. Så.. (Inf. 2).”

I tillegg til treningstilbudet, er det ulike kurs som foregår på kveldstid. Da er både barna og foreldrene til stede. Det meste er felles, men ved gjennomføringen av kostholdskursene var det enkelte deler som kun var for foreldrene. De ansatte forteller at friskliv barn og unge følger et slags årshjul, der kursene avholdes i to omganger. Det er en periode på høsten og en om våren. Høsten 2012 var fokuset under temakveldene kosthold. Det var fem kurskvelder, som helsesøster hadde ansvaret for. Kurset var basert på, og inspirert av, *Bra mat for bedre helse*, med enkelte tilpasninger. Våren 2013 var fokuset på ulike aspekter ved helse. Det var en temakveld med fokus på fysisk aktivitet som fysioterapeutene hadde ansvaret for. Ved de andre temakveldene var det eksterne personer som sto for gjennomføringen. Dette inkluderte blant annet tannhelsetjenesten og psykologer. Jeg var kun til stede ved en av temakveldene som ble avholdt om høsten. Temaet var derfor kosthold, og det var kun foreldre til stede den kvelden. Næringsinnhold og avlesning av varedeklarasjon var hovedtemaet som ble omtalt denne kvelden. Da den ene moren snakker veldig dårlig norsk, var det leid inn en tolk som skulle oversette under kurset. Denne tolken hadde vært til stede tidligere. Mitt inntrykk var at bruken av tolk gjorde dialogen mellom helsesøster og foreldrene noe vanskeligere, da de hele tiden måtte stoppe opp samtalen for at tolken skulle få tid til å oversette.

4.2.4 Hva oppnår brukerne ved deltakelse på friskliv?

For at det skal være hensiktsmessig å bruke mye tid og ressurser på et tilbud som frisklivssentralen, er det viktig å ha en slags dokumentasjon på om brukerne oppnår en form for helseeffekt etter deltakelse, eller om de oppnår en form for endring i atferd som på sikt kan

ha en positiv innvirkning på helsen. På spørsmål om det blir gjort noen form for kartlegging av brukernes kunnskaper om kosthold etter gjennomføringen av Bra mat for bedre helse, var det kun helsesøsteren som kunne svare på dette. Hun forteller at det ikke blir målt noen kunnskap før og etter kurset gjennom konkrete skriftlige eller muntlige tester. Det er ingen skjema med spørsmål som skal fylles ut eller noe liknende. Helsesøster hevder likevel at hun kan merke forskjell på brukerne ved endt kurs:

”Vi måler jo på en måte gjennom å se hva de kan, hva de tar med seg å, tips til de andre og oppskrifter de har funnet og bruker og.. (Inf. 2).”

Basert på informasjonen fra intervjuene kan det se ut til at det er flere tester og målinger ved friskliv barn og unge, enn for den voksne brukergruppen. Det gjennomføres tester og målinger en gang i halvåret. Disse testene og målingene blir også gjort ved selve oppstarten av frisklivsdeltakelsen. Dette gjøres av både barna og deres foreldre. Det blir målt både høyde og vekt, og den fysiske testen er en såkalt biptest. Dette er en kondisjonstest der det er merket opp en strek eller markør over et område. Testen starter ved at barna og foreldrene står plassert bak den ene markerte streken. Det settes på et opptak som forteller når testen starter, og deretter er det ulike tidsintervaller mellom hver gang det kommer en pipetone. Disse intervallene er langsomme i starten, men øker hele tiden. Hensikten er at deltakerne skal forflytte seg fra startstreken og over til neste side, før neste pipesignal kommer. Dette gjentas så tilbake til utgangspunktet igjen, og den samme rutinen. I starten er tempoet lagt opp til at en kan spasere, men etter hvert er en nødt til å løpe for å rekke det innenfor tiden. Ved den første testen som ble gjennomført, løp alle barna og deres foreldre sammen på denne testen. Flere av de ansatte forteller at dette ikke var noen suksess, fordi de ble veldig lett påvirket av hverandre:

”Første gangen gjorde de det sammen. Og det ble bare kaos. Og det var sånn at hvis en stoppet, så stoppet de andre også (Inf. 6).”

Da testen ble gjennomført andre gangen, gjorde de det en og en. Dette hevder de ansatte at fungerte mye bedre, fordi de da kunne løpe i fred og ro uten påvirkning av sidemannen:

”Det fungerte mye bedre, for da ble det ikke en sånn dårlig påvirkning og det var ikke noe krasjing og.. Så det kommer de til å gjøre neste gang også (Inf. 6).”

Helsesøster fortalte at samtlige fikk bedre resultater på den andre biptesten som ble gjennomført, noe hun var veldig fornøyd med:

”Det som var kjempepositivt var at de, den fysiske testen har de klart mye bedre (Inf. 2).”

Det blir fortalt av helsesøster at det ikke fokuseres på vekt og kropp ved friskliv barn og unge, i hvert fall ikke med barna til stede. En av de ansatte trekker også frem erfaringer aktiv Eiker har hatt med sitt frisklivsarbeid knyttet til barn og unge. Det legges vekt på at det viktigste ikke er det kroppsvekt, men at barna skal føle glede av å være i aktivitet:

”De aktiv Eiker folka, de har jo holdt på veldig lenge og har masse erfaring med friskliv barn, og de sa at de sjelden så at det var noen særlig vektreduksjon egentlig, på de gruppene. Fokuset var heller på det med mestringsglede eller mestringsopplevelser, og livsglede (Inf. 6).”

”Det som er viktig er å se forandringene i livsstil, forandringene i fysisk utholdenhet. Kanskje klærne blir mindre. Ikke nøyaktig det tallet. Det er like viktig det med innstillingen til aktivitet, at en orker mer av aktivitet. Og at man kanskje forandrer livsstil. Skjøner at man må sykle til skolen og ikke blir kjørt osv.. (inf. 2).”

Det presiseres av de ansatte at det er vanskelig å måle hva den enkelte bruker oppnår i forhold til noen kriterier. Alle oppnår ulike ting, og har ulike behov. Dette baserer de hovedsakelig på inntrykkene de selv har, samt kommentarer fra brukerne selv:

”De får hjelp til forskjellige ting, selvfølgelig. Og hver enkelt er jo viktig i seg selv. Om det ikke er det store antallet, selv om vi selvfølgelig ønsker å få opp antallet. For de gir jo uttrykk for at det gjør noe med dem veldig positivt. Du hører det jo, og merker det jo (Inf. 5).”

4.2.5 Ulike grupper –ulike utfordringer

Da frisklivssentralen er et lavterskeltilbud er målet å fange opp personer eller grupper som ikke nås gjennom andre tilbud (Helsedirektoratet^b, 2011). Samtlige ansatte er enige i at frisklivssentralen er et godt tilbud som fanger opp mange av dem som trenger hjelp til å endre

livsstil. Dette gjelder for eksempel dem som ikke føler seg hjemme på vanlige treningssenter eller trives med andre treningstilbud. Selv om frisklivssentralen er åpent for begge kjønn og alle aldersgrupper, er det hovedsakelig kvinner i alderen 50 år og oppover i gruppen for øyeblikket. En av de ansatte synes det er noe merkelig at det stort sett er eldre kvinner med, spesielt med tanke på at de som arbeider ved friskliv er såpass unge. Hun uttrykker seg slik:

”Det er ikke trim for eldre vi holder på med her inne (Inf. 1).”

Helsesøsteren hevder at det ikke er et miljø for de litt yngre slik gruppen er i dag:

”For hvis det kommer inn en på 30-40 år og trenger hjelp til ulike ting, så detter den fort av. Det er ikke et miljø for dem (Inf. 2).”

Det blir fortalt at mange av brukerne er uføre eller pensjonerte. Det er derfor svært få som er i arbeid. En av de ansatte hevder at de uføre ofte er inaktive og trenger hjelp til å komme seg i aktivitet. Det er en del med muskel- og skjelettplager, og enkelte er overvektige. I forhold til målsetninger er det flere av brukerne som har som mål å komme tilbake i arbeid. Ellers er bedre fysisk form eller vektnedgang typiske eksempler på hva brukeren ønsker å oppnå med frisklivssentralen. Det blir sagt at gruppen er svært positiv og inkluderende. De har en god tone seg i mellom, noe jeg gjennom observasjon fikk se selv. Det er likevel flere som detter av, noe de ansatte hevder at ofte skyldes psykiske problemer. Dette er problemer de ansatte mener at det bør tas tak i før personen er klar for å delta i frisklivsgruppen. Angst og depresjoner nevnes som gjentakende psykiske problemer blant brukerne. En ansatt forteller at flere av brukerne selv har uttrykt at de ikke føler seg vel på andre treningssenter og liknende tilbud:

”Også vet jeg at de som følger tilbudet her ville hatt kjempestore problemer med å gå inn på for eksempel SATS, for de føler seg ikke sett, og de føler at det er et helt annet utstyrspress og i det hele tatt. De føler seg ikke vel (Inf. 2).”

Det blir videre fortalt at det for enkelte kan være utfordrende nok å stå opp om morgenen, da flere av brukerne virker ensomme og isolerte. En av fysioterapeutene hevder at det for flere av brukerne er nok å ha noe fast å gå til:

”For noen kan det å bare møte andre til faste tidspunkter i uka, det kan være nok, for deltakelse. Kanskje de er litt ensomme, isolerte og kommer kanskje ikke så mye ut (Inf. 1).”

”For noen kan målet være å trene to ganger i uka. Som en start. De kommer seg et sted to ganger i uka, møter andre mennesker, går til noe fast. Det kan være et mål i seg selv, bare det å være her (Inf. 1).”

Det er ikke bare psykiske problemer som de ansatte føler at de ikke kan håndtere. En av de ansatte mener at det mange av dem som blir henvist til frisklivssentralen som egentlig er for fysisk ”syke” til å delta i gruppen:

”Når de ikke klarer å gå i fem minutter en gang, så er jo litt av poenget borte, og hvis de har mye lunge- og/eller hjerteproblematikk i tillegg, så er det jo ting som bør utredes før de nødvendigvis er med oss (Inf. 1).”

En av fysioterapeutene har inntrykk av at enkelte av brukerne tror at frisklivssentralen er noe de skal holde på med resten av livet. Det er enkelte som unnskylder seg for at de ikke har hatt tid til å møte opp på treningene fordi dem har gjort så mye annet:

”Nei, de har hatt så mye å gjøre, ikke sant, da spiller de golf og er på hyttetur.. Så det er jo noe med å forklare dem at hvis de har så mye å gjøre ellers, som også involverer fysisk aktivitet, så er det jo bedre at du fortsetter med det, enn å pushe deg selv og presser hverdagen for at du skal rekke alt mulig (Inf. 1).”

Mange av brukerne har vært med i lang tid, opp til flere år. De ansatte mener at de erfarne brukerne tar godt i mot de nye og er ivrige på å dele sine erfaringer med resten av gruppen. På spørsmål om brukerne i gruppen er flinke til å komme med innspill og synspunkter om tilbudet, forteller en av de ansatte at de er flinke til det, men at det alltid er noen som snakker høyere enn andre:

”Det er noen som er veldig klare på hva dem ønsker, hehe. De tror kanskje at de snakker for hele gruppa, men kanskje de ikke gjør det nødvendigvis (Inf. 4).”

Siden oppstarten av friskliv i kommunen i 2006, blir det fortalt at det har vært en økende andel med innvandrerbakgrunn i gruppen. Det er stor variasjon i hvilke land dem kommer fra, men de er hovedsakelig fra ikke-vestlige land. På spørsmål om de ansatte føler at det er noen spesielle utfordringer med å ha innvandrere i gruppen, er det enighet om at språk og kultur er hovedutfordringene som kan gjøre samarbeidet noe vanskeligere. Videre forteller de ansatte at det kan være enkelte problemer i forhold til oppmøte på aktivitetene. Det er flere som ikke møter opp, eller gir beskjed om at de ikke kan komme. En av fysioterapeutene forteller at det for eksempel kan være at de har reist på en lang ferie til hjemlandet sitt uten å gi beskjed om dette. Andre faller fra veldig tidlig:

”Så er det litt i forhold til kontinuitet, det å møte opp og si ifra og sånne ting som er litt vanskeligere, mer utfordrende der. Også er det en del som faller fra også. Kanskje man ikke får tak i dem igjen og.. Kanskje de har dratt på ferie eller, til hjemlandet sitt og sånn (Inf. 4).”

Det kan være store kulturforskjeller mellom norsk kultur og ”alle” andre, men det kan også være forskjeller mellom de andre kulturene. En av de ansatte forteller om en periode for en stund tilbake da det var en kvinner fra Eritrea og en fra Etiopia i gruppen. De syntes det var helt greit å delta i den samme gruppen, men disse familiene kunne ikke vedkjenne hverandre. Dette fordi det lenge har vært konflikter mellom disse landene. En av dem var god i norsk, men det var ikke den andre. Dem forsto hverandres språk, men det var problematisk for hun som var flink i norsk å fungere som tolk for hun som ikke var det. Helsesøsteren forteller om dette:

”Det er jo veldig lett for oss å henvise oss til henne fordi vi visste at hun forsto hva hun sa. Og hun ikke forsto oss. Hun sa det var helt greit å tolke hvis det var noen enkle ting, men hun ville for eksempel ikke tolke et sånt Bra Mat-kurs (Inf. 2).”

Selv om det er enkelte utfordringer med å ha innvandrere i gruppen, påpekes det at det også er positive sider ved dette. Selv om helsesøsteren forventet at det kunne være noen problemer tilknyttet gjennomføringen av kostholdskursene, har det kun vært fordeler med å ha ulike kulturer der. De har fungert som en ressurs hvor de deler sine erfaringer og oppskrifter. Det kan for eksempel være innspill rundt matvarer vi i Norge ikke spiser så mye av, som hvordan vi kan tilsette linser i maten.

Samtlige ansatte har inntrykk av at brukerne er fornøyd med frisklivsopplegget. Dette inntrykket har de både på grunn av tilbakemeldinger fra brukerne, men også fordi det er så mange som har vært med i lang tid. Ved observasjonen av de ulike aktivitetene ble jeg fortalt av enkelte av brukerne at de er svært fornøyd, og at de spesielt får mye ut av treningen. I forhold til friskliv barn og unge, virker både foreldrene og barna veldig fornøyd med selve opplegget. Foreldrene har på tross av dette gitt tilbakemeldinger på at det er vanskelig å rekke alle aktivitetene, og at treningene er litt for tidlig på ettermiddagen.

I forhold til folks kjennskap til frisklivstilbudet, tror de ansatte at det er svært få alminnelige folk på gata som vet om tilbudet. Som helsesøsteren uttrykker seg:

”Men selvfølgelig, om du går på Rimi og spør, så er det nok veldig få (Inf. 2).”

Som forslag på hvordan de kan nå flere grupper og bli mer kjent i kommunen, mener de selv at de må gå bredere ut enn de gjør i dag. Dem må gjøre tilbudet mer tilgjengelig og synlig, slik at folk vet om tilbudet.

”Det er jo en del som kommer hit som har hørt om det via noen andre, som har bedt legen sin om henvisning til det. Og da er vi på en måte ikke synlige nok tenker jeg. Og heller ikke kjent nok i forhold til legene, eller godt nok brukt da (Inf. 4).”

Nå som det er mye fokus på frisklivssentralene som tilbud på nasjonalt nivå, tror de ansatte at flere vil kjenne til tilbudet i fremtiden. Videre presiserer helsesøsteren at frisklivstilbudet er for en spesiell gruppe, og det derfor ikke annonseres overalt. Det står om tilbudet på kommunens nettsider, men det er ikke annonser i aviser og liknende. Det er likevel en økt interesse og nysgjerrighet rundt tilbudet:

”I går var det en i svømmeklubben som skulle ha svømming etter oss, og lurte på hvem er dere, hva driver dere med og sånn. Åh, det visste ikke hun, nå vet hun det også. Så det spres jo (Inf. 2).”

Det er delte meninger blant de ansatte om hva brukerne oppnår gjennom deltakelsen på friskliv. Det påpekes at brukerne har ulike behov, og derfor får hjelp til ulike ting. Det er et ønske om at antall brukere som oppnår en eller annen form for livsstilsendring gjennom

frisklivstilbudet skal øke. Det påpekes at det bør gjøres en vurdering på hvem som oppnår endringer og dem som ikke gjør det:

”Det er klart at noen er mer mottakelig på en måte, enn andre. Sånn vil det jo alltid være. Så det er det vi må se, hver er det vi på en måte, hvem er det som ikke kommer og som er, ja, hva skal jeg si, som glipper, hehe. Så hva kan vi gjøre for å sette inn noe mer der (Inf. 5).”

4.3 Forskningsspørsmål 4

Er det noe de ansatte ønsker å **gjøre annerledes** med dagens frisklivstilbud, og er det noen **planlagte endringer** i nærmeste fremtid nå som frisklivssentralene har blitt et nasjonalt formet tiltak?

4.3.1 Ønsker for eget tilbud

De ansatte har mange tanker rundt hvordan de kunne tenkt seg å forbedre frisklivstilbudet. De forteller at hovedbegrensningen for tilbudet er ressursene de har til rådighet for å utvikle og drive frisklivssentralen. Selv om det er mye oppmerksomhet rettet mot frisklivssentralen som et folkehelseiltak, har kommunen lite ressurser til sitt arbeid. Det er derfor svært ønskelig med flere midler øremerket dette arbeidet.

”Og det snakkes veldig varmt om det, men det har vært trange tider til nå (Inf. 5).”

”Også ser jeg jo, det blir sikkert bedre, altså jo flere ressurser man har, desto bedre blir jo nødvendigvis tilbudet (Inf. 6).”

Det gir inntrykk av at det interne samarbeidet mellom de ansatte ved frisklivssentralen ikke fungerer optimalt, noe enkelte av de ansatte selv også hevder. Det er ønskelig at dette samarbeidet skal bedres, og den nyopprettede stillingen som frisklivskordinator skal bidra til dette. Hensikten er å koordinere arbeidet i større grad enn nå, slik at det blir mer struktur på arbeidet.

”Vi må ha litt, litt mer struktur på det. Også i forhold til helsesøsteren. At vi må ha litt flere felles møter faktisk, for å tenke sammen. OG det er der vi er nå, fordi nå kommer jeg sterkere inn igjen (Inf. 5).”

”Jeg føler at de på en måte har måttet greie seg veldig mye selv, og da med få ressurser. Så det med organisering og oversiktsstatistikker og alt dette her, det har på en måte flyttet litt (Inf. 5).”

Som et ytterligere tiltak for å bedre samarbeidet internt, blir det ytret ønsket om et ”frisklivshus”, hvor de ansatte kunne jobbet tettere sammen og hatt 100% stillinger. Her skulle frisklivssentralen hatt et større spekter av tilbud, for eksempel tilknyttet psykiske utfordringer. Her kunne det tilbys et kurs i mestring av depresjoner og belastning, såkalte KID og KIB-kurs (Helsedirektoratet^b, 2013). Det påpekes at det også er nødvendig med mer kompetanse innen disse fagområdene. Per i dag har de et samarbeid med psykiatritjenesten i kommunen. Det kommer tydelig frem et ønske om å ha et større tilbud.

”Så vi skulle ønske at vi hadde mer å spille på, for vi har på en måte, med alle disse individene og diagnosene og sammensatte problemer, så har vi liksom den samme løsningen for alle. Det er jo ikke alltid, ikke alltid vi føler at det er det riktige (Inf. 1).”

Samtidig er det et sterkt ønske om å ha et tilbud på kveldstid, slik at det også tilbys noe for personer som er i fulltidsarbeid:

”For da kunne vi hatt noe på kveldstid også, ha flere ting å spille på. For flere. Det er jo det vi gjør, vi bygger ut konseptet nå i alle retninger for å si det sånn (Inf. 5).”

Dersom brukergruppen hadde vært stor nok, og tilbudene mange nok, kunne de ansatte ønske at det foregikk flere aktiviteter på samme tid. På den måten kunne brukerne selv velge hva de ønsket å delta på, noe de ansatte tror hadde resultert i at flere hadde blitt værende. At det kanskje hadde vært en egen gruppe for kvinner, en for menn, enn for litt yngre, og en for innvandrerkvinner. Og at disse gruppene av og til kunne vært samlet. Helsesøsteren tror dette ville gjort at tilbudet hadde vært mer tilpasset hver enkelts behov, og at det ville gjort det lettere å holde på brukerne i lengre tid. Det kunne også ha løst enkelte problemer i forhold til kultur.

”Jeg ser jo at, for eksempel, at noen av innvandrerdamene, de blir ofte litt sånn, altså de er ikke så glad i at det er menn til stede. Når de skal trene. Ah, er det menn med i gruppa liksom. Så det hadde vært fint å ha et større, bredere tilbud da, med flere grupperinger (Inf. 2).”

For at frisklivssentralen skal bli mer kjent i kommunen, nevnes det av de ansatte at tilbudet må bli mer synlig på kommunens hjemmeside. For at flere skal bli værende, er det et ønske om å kunne følge opp brukerne i større grad enn nå. Det og kunne ha flere individuelle samtaler med hver enkelt, og kunne gi hver enkelt det de ønsker av tilpasninger og tilbud. I flere andre kommuner har de en løsning om at den kontaktpersonen folk har i NAV, også kan følge dem til friskliv i starten. For enkelte kan det være skummelt å skulle møte opp på et slikt tilbud med fremmede mennesker, så målet er at denne kontaktpersonen skal resultere i at flere våger å prøve ut friskliv. Det ytres ønske om flere samarbeidspartnere i kommunen, for eksempel avtaler med treningssenter og liknende:

”Sånn at de som har vært på frisklivssentralen og hatt et opplegg i bønn, får mye billigere treningsavgift når de melder seg inn, og får gratis prøvetimer og sånn. At de blir hjulpet litt videre. Her finnes det ingen alternativer (Inf. 2).”

4.3.2 Mot en standardisert frisklivssentral

Kommunen er for øyeblikket inne i en endringsperiode i forhold til sitt frisklivstilbud. I tillegg til den nyoppførte stillingen som frisklivsordinator, er det andre endringer som planlegges i tiden fremover. Fokuset som er rundt frisklivssentralene på nasjonalt nivå og føringene fra Helsedirektoratet er en av grunnene til at de ønsker å gjøre noen endringer:

”Det blir jo mer fokus på det. Man merker jo at dette er noe som, de sentrale føringene og sånn. At det skal være et tilbud. Det er ikke noe vi bare fant på her i kommunen, hehe (Inf. 5).”

De ansatte uttrykker at de ønsker å gjøre endringer med deres frisklivssentral som samsvarer i større grad med den standarden som Helsedirektoratet har formulert i sine veiledere:

”Vi vil ha det ganske likt egentlig, som det de har. For det er jo, vi vil jo den veien på en måte. At dette blir mer en frisklivssentral her også, men litt større, med mer tilbud og mer samarbeid (Inf 4).”

På spørsmål om frisklivskoordinatorer visste noe om hvilke endringer som ble gjeldene i den nye veilederen for frisklivssentraler utgitt av Helsedirektoratet Januar 2013, nevnte hun at de ikke hadde satt seg så mye inn i dette ennå. Men hun nevnte at tilbudet skulle bli gratis, noe de i denne kommunen har valgt å følge selv.

”Det skal bli gratis i hvert fall, det har vi skjønt. For vi har jo tatt noe, et par hundre kroner eller noe sånt. Men nå har vi sluttet å ta betalt. Så det er litt deilig egentlig (Inf. 5).”

Det fortelles at det er ønskelig å utvide tilbudet slik at flere tilbud ligger innunder dette konseptet, og flere ansatte jobber med det:

”For de vil at frisklivskonseptet på en måte skal bli en sånn paraply. At det er flere ting som legges innunder det etter hvert (Inf. 5).”

”Vi trenger jo å være flere for å videreutvikle det. Vi skal ha den utøvende biten, men vi trenger å ha noen som driver utviklingen videre også (Inf. 5).”

For øyeblikket er det alt av informasjonsmateriell som blir gjennomgått, hvor det skal tilpasses mer Helsedirektoratets standarder. Som tidligere nevnt benyttes den logoen som Helsedirektoratet har utformet for frisklivssentralen. Dette var et steg mot å bli en mer standardisert frisklivssentral. De ansatte påpeker at prosessen med å utvikle nytt informasjonsmateriell tar veldig mye tid, spesielt når det finnes begrensede midler til denne utviklingen.

”Det er ikke så lett å få omgjort det materiellet til sitt skjønner du, i forhold til trykking og sånt noe. For det er noe med format og det er mye frem og tilbake. Så vi bruker litt tid på det (Inf. 5).”

Når det skriftlige materialet er på plass, uttrykkes det et ønske om at de kan få delt ut det nye informasjonsmaterialet og oppdatert alle aktuelle aktører i kommunen:

”Det vi tenker nå, er å få de tingene på stell, så skal vi ta en ny runde med informasjon. Og spre det litt mer, og passe på at det ligger både her og der. Sånn at folk ser det. At det er lettere tilgjengelig (Inf. 5)”

Sirkulasjon av brukere er et prioritert utviklingsområde i tiden fremover, i følge de ansatte. Det kartlegges noe i forhold til flyten av brukerne, og rekrutteringen. Som nevnt tidligere er det et ønske om at brukerne blir mer selvgående og det blir mer sirkulasjon:

”For det er noe med den utslusingen som vi sliter litt med. Det er mange som blir og koser seg her, hehe (Inf. 5). ”

”Dette skal jo ikke være en hvilepute, et sånt treningstilbud. Hensikten er jo å få folk i gang og at de skal ut og ta ansvar for egen helse (Inf. ?)”

Ønsket om mer sirkulasjon av brukere tydeliggjøres av flere av de ansatte, hvor de vil at reseptperioden, som er foreslått av Helsedirektoratet, skal følges i større grad enn nå:

”De ideelle er jo at de går som det planen at de skal gjøre da, fire måneder. Ny helsesamtale, og kanskje de trenger fire måneder til. Og så at vi klarer å løse de videre (Inf. 4).”

Selv om det er et ønske om at brukerne skal komme seg videre og stå på egne ben, påpekes det av de ansatte at det er flere positive sider med å ha de erfarne i gruppen:

”De er helt supre å ha med. For de har jo så mye gode tips til hverandre, og tar med oppskrifter som de deler og lure ting som de har gjort i hverdagen, i og med at de har vært med så lenge. Så de er veldig gode og ha med egentlig (Inf. 2).”

På grunn av den sosiale tilhørigheten tror de ansatte at det vil være problematisk å kaste noen ut av gruppen. Dette gjelder både på grunn av at det ikke er behov for det da gruppen og pågangen ikke er så stor, og fordi gruppen er veldig sammensveiset:

”Det er veldig varierende med pågangen, noen ganger blir det henvist veldig mange. Mens andre ganger er det en sånn tørkeperiode hvor det nesten virker som at legene

har glemmt at vi finnes. Og da er det veldig dumt og på en måte kaste ut deltakere som skaper en god gruppe (Inf. 1). ”

Da flere av brukerne har vært med i lengre tid, hevder de ansatte at det kan være vanskelig for nye å komme inn i gruppen. Men de erfarne brukerne kan også fungere som en motivasjon og ressurs. Da brukerne har vært med lenge, har det også blitt et sosialt miljø der brukerne på mange måter er selvgående og kan frisklivsopplegget veldig godt. Flere av de ansatte er redd for at en utkastning av brukere vil ha en negativ innvirkning på gruppen og føre til at andre også da velger å slutte:

”Noen brukere er veldig gode for gruppa å ha her. Men de følger ikke nødvendigvis det samme oppfølgingssystemet hvis de har vært med kanskje i et par år da. For noen er det det og ha det faste sosiale å gå til. Og de er jo veldig selvgående (Inf. 1). ”

”Hvis det er veldig mye pågang, og det er mye tilbud.. For det har blitt en veldig sammensveiset gruppe. Så hvis du begynner å kaste ut noen av dem, så vil plutselig kanskje alle ut, ikke sant, og da sitter du igjen der med bare på en måte de nyeste. Og de blir jo litt sårbare de også (Inf. 1.)”

Det er ønskelig å utvide treningstilbudet slik at det blir flere treninger per uke. Et forslag er en bassenggruppe på torsdager. Det er samtidig et ønske om en treningsgruppe på fredager, som brukerne selv skal ha ansvaret for. De kan få utdelt et ferdig treningsprogram, men skal selv stå for gjennomføringen. De ansatte håper at dette skal gi brukerne økt mestringfølelse og bli mer selvstendige. En av fysioterapeutene forteller om dette forslaget:

”Og at de da kanskje på en måte får treningsprogram av oss da, plansjer og sånn, og treningsprogram. Og at de kanskje kjøper strikker som de har med seg i skogen. Og at de bare er ute, og gjør øvelser ute. Det er liksom en sånn visjon vi har da, hehe. Som man kanskje kan lose folk til videre også, i en overgangsfase (Inf. 5).”

Samtidig ser kommunen et behov for tilpasninger hos innvandrere. De har allerede en del brukere med flerkulturell bakgrunn. Dette har de foreløpig ikke noen konkrete løsninger på, bortsett fra planer om en egen bassenggruppe for de kvinnene det gjelder. Det jobbes mye med å utforme en oppdatert totaloversikt over kommunens tilbud for alle aldersgrupper, som

hovedsakelig skal benyttes ved inntakssamtalen. Flere av de ansatte påpeker at dette er viktig for at de alltid skal ha oppdatert informasjon om tilbudene, og at brukerne skal få flest mulig alternativer slik at de sammen kan finne aktiviteter som passer for den enkelte:

”Det å lage en totaloversikt over alt som skjer i kommunen, hva vi har å spille på. Det er viktig at vi får en totaloversikt over hva.. At tjenestene kjenner til hverandres tilbud i større grad enn hva vi gjør. Så er det noen som finner på noe nytt. Så er det ikke alltid at vi får det med oss (Inf. 5).”

Som et tiltak for å få brukerne til å oppsøke frisklivssentralen, er det satt i gang en slags fadderordning. Det skal fungere slik at det er noen som kan møte brukere og følge dem til treningen. Dette er ment som et tiltak for personer som kanskje synes det er skummelt å møte opp på egen hånd. Frisklivskoordinatoren nevner at det er mange personer som er en del av ruspsykiatrien, og som har en del psykiske problemer. En fadderordning kan bidra til å gjøre deltakelse på friskliv litt tryggere for enkelte. Det er et forslag om at tidligere frisklivsdeltakere kan stille opp som faddere. Ved å følge til treninger, være tilgjengelig på telefon og likende, er målet at terskelen for at personer skal delta ved frisklivssentralen, blir lavere.

”Vi ser jo det med ruspsykiatrien, at vi trenger mer støtte rundt dem. Det har begynt noen sånne fadderordninger, at noen følger og henter og litt sånt da. Vi har så vidt begynt allerede (Inf. 5).”

I forhold til frisklivstilbudet for barn og unge, er det fortsatt en slags prøveperiode da tilbudet kun har eksistert i litt over et år. De ansatte synes det derfor er vanskelig å si så mye om endringer som er planlagt i tiden fremover. Det er likevel enkelte konkrete områder som det diskuteres om, blant annet tidspunkt for treningene. Da foreldrene har uttrykt at de synes det er vanskelig å rekke treningene, spesielt når det i tillegg er to treninger i løpet av uka. Etter tilbakemeldingene ble treningene flyttet fra halv fire til halv fem. Det ble i tillegg foreslått at foreldrene kun måtte delta på en av treningene, men foreldrene selv ønsket å være til stede på begge:

”Vi foreslo at foreldrene skulle få lov til, at de voksne kunne være med bare en gang. Sånn at det var en barnetrening i uka, på samme klokkeslett som nå. Og en litt senere trening som de voksne var med på. Men det ville de ikke, de ville være med på begge (Inf. 6).”

5.0 Metodediskusjon

Metoden som er benyttet reflekteres i hele denne studien. I første omgang ble metoden valgt på bakgrunn av *hva* jeg ønsket å finne svar på. Videre ble metoden avgjørende for *hvordan* datainnsamlingen og analysen ble gjennomført. Metoden som er benyttet er en kvalitativ casestudie, og typiske kjennetegn vil diskuteres innledningsvis. Hovedfokuset i denne diskusjonen er viktige begreper som er avgjørende for å vurdere en studies kvalitet. Egne refleksjoner og valg underveis i prosessen er inkludert for å belyse disse begrepene.

5.1 Valgte metoder

Det er i denne studien benyttet en kvalitativ metode. Det er mange ulike synspunkter om hvilke kriterier som bør benyttes for å vurdere kvaliteten på kvalitative studier. Malterud (2011) påpeker at en manglende felles kvalitetsstandard kan gjøre det vanskelig for enkelte å ha tillit til kvalitative metoder. Disse metodene er fortsatt i utvikling, og det er derfor behov for en mer eksplisitt definisjon på prinsippene som ligger bak. Likevel har slike metoder gradvis blitt mer akseptert og benyttet innen samfunnsvitenskapene (Thagaard, 2010). Det er likevel enkelte kriterier de fleste enes om, blant annet validitet, reliabilitet, objektivitet og generaliserbarhet (Malterud, 2011). Gjennom en kritisk vurdering av de ulike stegene i prosessen, vil dette øke studiens troverdighet.

Casestudie

Målet med en casestudie er å få et mangfoldig bilde av fenomenet som studeres gjennom å bruke ulike metoder i datainnsamlingen (Merriam, 2009; Swanborn, 2010). På bakgrunn av at hensikten med denne studien er å få et helhetlig bilde av frisklivssentralen, mener jeg at en casestudie er en riktig anvendt metode. På en annen side kan en kombinasjon av ulike metoder gjøre innsamlingen vanskeligere, spesielt dersom en ikke har noen erfaring med å benytte metodene. Det er trolig lettere dersom en kun har en metode å konsentrere seg om, slik at en virkelig får satt seg inn i både den teoretiske referanserammen og anvendelsen av metoden i praksis. Dette gjelder spesielt ved en studie over et relativt begrenset tidsrom. Jeg

sitter igjen med et inntrykk av at metodene kun er delvis benyttet, der jeg bare har fått et lite innblikk i hver av de anvendte metodene. Det hevdes av Merriam (2009) at en av ulempene med en casestudie nettopp er at det kan gi for mye detaljert informasjon, som kan være problematisk å håndtere. Det hadde likevel vært vanskelig og for eksempel kun benyttet kvalitative intervjuer med studiens begrensning.

Kvalitative intervju

Intervju er benyttet som hovedmetode. Da studien omhandler et tema det er gjort relativt lite forskning om fra tidligere, ble dette vurdert som den mest egnede metoden. Dette stemmer overens med hvordan blant annet Malterud (2011) og Thagaard (2009) omtaler intervju som mest egnet. Graden av struktur i et kvalitativt intervju varierer. Ustrukturerte intervju baserer seg ofte på en idè om hva intervjuet skal omhandle, med lite planlagt struktur. Slike intervjuer innleddes gjerne med et spørsmål som for eksempel dreier seg om hva informanten mener om et bestemt tema (Malterud, 2011). Deretter er det informantens initiativ som på mange måter avgjør hvor innholdsrikt intervjuet blir. Samtidig er det ofte veldig tidkrevende. Ustrukturerte intervju krever derfor ofte mer av forskeren enn ved semistrukturerte intervju (Merriam, 2009). Da jeg er uerfaren med denne metoden, mener jeg at det var riktig og velge sistnevnte. Ved semistrukturerte intervjuer har en allerede formulert mange av spørsmålene på forhånd (Malterud, 2011). Hensikten med studien er å sammenfatte informasjon fra alle de ansatte, som sammen skaper et helhetsbilde av frisklivssentralen i kommunen. Da er det nødvendig å kunne sammenlikne de ulike informantenes svar, noe som er enklere dersom de samme temaene er tatt opp under samtlige intervju. På en annen side er det viktig at en under intervjuet er fleksibel og stiller oppfølgingsspørsmål basert på hva informantene forteller (Malterud, 2011). Dersom en allerede har formulert mange spørsmål på forhånd, kan det være vanskelig og både endre rekkefølge og legge til spørsmål underveis. Dette opplevdes som spesielt vanskelig under de første intervjuene.

Observasjon

Som et komplimenterende inntrykk av frisklivssentralen i den utvalgte kommune, ble observasjon benyttet. Intervju gir i hovedsak indirekte beskrivelser av informantenes opplevelser og synspunkter (Malterud, 2011). Da kan det være en fordel å benytte observasjon for og selv få et direkte inntrykk av de samme situasjonene som informantene forteller om. Ved å være tilstede under både kostholdskurs og gruppetreninger kunne jeg selv danne meg et bilde av hvordan dette foregikk. Inntrykkene mine fra observasjonen kunne også benyttes for

å vurdere hvor ”sann” informasjonen informantene mine gav meg var. Under observasjonen dannet jeg et førsteinntrykk av frisklivstilbudet, samtidig som at jeg kunne se samholdet og den sosiale tilhørigheten som finnes i gruppen. Observasjonen var imidlertid kun ment som støttende informasjon til intervjuene, og det hadde vært ønskelig å være tilstede ved mange flere treninger og gruppesamlinger dersom jeg skulle benyttet observasjon som primærkilden.

5.2 Validitet og reliabilitet

Validitet omhandler gyldighet av tolkningene og konklusjonene som forskeren har kommet frem til (Thagaard, 2009). En må som forsker vurdere hva studien faktisk sier noe om, og hvilken overførbarhet studien har utover den sammenhengen den ble gjennomført (Malterud, 2011). Spørsmålet er altså om resultatene en sitter igjen med faktisk representerer ”virkeligheten” (Merriam, 2009). Begrepet validitet deles ofte opp i intern og ekstern validitet. *Intern validitet* omhandler hva resultatene er sant om. Dette kalles også *relevans*. En kan vurdere om en har brukt relevante begreper og metoder for å studere det utvalgte fenomenet (Malterud, 2011). Dersom min studie skal kunne kalles vitenskapelig kunnskap, bør resultatene bringe ny informasjon rundt det som studeres (Malterud, 2011). Da studiens hensikt var å danne et bilde av frisklivssentralen som tiltak basert på de ansattes beskrivelser samt egen observasjon, oppfattes de utvalgte metodene som korrekte. Det kan likevel stilles spørsmålstegn til om de ansattes perspektiver gir det mest riktige bilde av frisklivssentralen, eller om for eksempel brukerne hadde vært mer egnet til å bringe frem ”sannheten”. På en annen side kan dette vurderes som to ulike innfallsvinkler på frisklivssentralen som tiltak. Derfor kan det også vurderes som to ulike ”sannheter” basert på to ulike opplevelser. Da vil det ikke være riktig å vurdere den ene innfallsvinkelen som mer korrekt enn den andre. Det blir av Maxwell (2005) påpekt at en egentlig aldri kan fange opp ”virkeligheten”. Dermed er spørsmålet om intern validitet skal ses på som et mål snarere enn et produkt, og det er da ikke mulig å bevise at en studie er valid (Maxwell, 2005). Virkeligheten studeres ikke slik den faktisk er, men slik den oppleves av informantene.

Sannsynligheten for at studien bringer ny kunnskap er trolig større da frisklivssentralene er et relativt nytt tiltak. Det er derfor gjort få studier om dette. Det har imidlertid blitt gjort enkelte liknende studier i løpet av 2013 (Selø, 2013; Mortensen, 2012; Shah, 2010). Men dette kunne ikke jeg vite da jeg satt i gang min studie. Det kan også tolkes som at frisklivssentralene er et veldig aktuelt og relevant tema. Da flere har kommet frem til mange av de samme funnene

som i denne studien, kan dette være med på å støtte studiens eksterne validitet. *Relevansen* kan likevel ikke vurderes til det fulle før studien er utgitt, og andre kan ta fordel av det arbeidet som jeg har gjort (Malterud, 2011). I dette tilfelle er det ønskelig at studien kan benyttes som en referanse og inspirasjon til og blant annet gjøre en studie med fokus på brukerperspektivet. En studie alene kan ikke gi hele "sannheten". Studier som ser på det samme fenomenet med ulike innfallsvinkler og metoder kan sammen danne et helhetsbilde. Wolcott (2005) hevder at en studies troverdighet og validitet vil øke dersom en benytter triangulering. Dette kan gjelde blant annet i forhold til metode, flere forskere eller flere anvendte teorier. Ved at jeg har benyttet både intervju og observasjon, kan dette bety at validiteten til studien er større enn dersom jeg kun hadde benyttet en metode.

Ekstern validitet omhandler det som kalles overførbarhet eller generaliserbarhet. Det sier noe om resultatene fra en studie kan være gyldige også i andre sammenhenger (Thagaard, 2009). Det er uenighet om hvorvidt resultater fra en kvalitativ studie kan generaliseres (Malterud, 2011). Selv om casestudier har fått noe kritikk hovedsakelig på grunn av manglende evne til å kunne generaliseres, blir det av Shields (2007) argumentert for at casestudiers styrke ligger i at de ikke utelukker eller forenkler sannheten. Disse studiene gir korrekt informasjon på grunn av at de baserer seg på det faktum at det ikke finnes noen enkle svar. Videre blir det av Merriam (2009) fremhevet at overførbarhet i kvalitative studier ikke kan defineres på samme måte som ved kvantitative studier. En måte å se på generaliserbarhet på i kvalitative studier, er at resultatene kan overføres til å gjelde andre i den samme situasjonen (Merriam, 2009). På bakgrunn av at en casestudie fokuserer på et enkelt case, blir spørsmålet om generaliserbarhet noe komplisert. Da frisklivssentralene er et tiltak som er organisert på svært ulike måter fra kommune til kommune, vil det være vanskelig å generalisere funnene fra denne studien til andre frisklivstilbud. På en annen side kan funn fra liknende studier være med på å styrke overførbarheten. Det er for eksempel flere studier som har kommet frem til at det sosiale aspektet er svært viktig for frisklivsgruppen. Det påpekes videre av Merriam (2009) at mye kan læres gjennom å se grundig på et case, spesielt på bakgrunn av at denne metoden gir et mangfoldig bilde av caset. Så selv om en skal være kritisk til å hevde at funnene fra studien kan generaliseres, skal det kunne hevdes at tolkningen av funnene kan gjelde også i andre sammenhenger, og gi viktige elementer for en bedre forståelse av fenomenet.

Begrepet *reliabilitet* omhandler en kritisk vurdering av prosjektet (Thagaard, 2009). Reliabilitet kan derfor refereres til hvorvidt en annen forsker kan komme frem til de samme resultatene som meg, dersom han/hun benytter samme metode (Thagaard, 2009). Dette kan knyttes opp mot begrepet repliserbarhet. For å vurdere reliabiliteten til studien er det derfor viktig at fremgangsmåtene jeg har benyttet er beskrevet så detaljert som mulig (Thagaard, 2009). En kan si at det er viktig å inkludere oppskriften på hvordan jeg har kommet frem til mine resultater, slik at andre er i stand til å gjennomføre den samme studien kun ved å lese fremgangsmåten. Gjennom en grundig og detaljert beskrivelse av datainnsamling og analyse, er målet at denne studien har lagt til rette for at reliabiliteten er god. Merriam (2009) hevder at reliabilitet kan være problematisk innenfor den sosiale vitenskapen på grunn av at menneskelig atferd ikke er statisk. I forhold til min studie er det stor sannsynlighet for at en annen forsker hadde fått andre svar på spørsmålene enn hva jeg fikk, dersom datainnsamlingen påvirkes av relasjonen mellom forskere og informanter. Dessuten var kommunens frisklivssentral inne i en endringsprosess da intervjuene ble gjennomført, noe som øker sannsynligheten for at datainnsamling på et annet tidspunkt kunne ha generert andre resultater.

5.3 Fra utvalg til analyse

Veien fra valg av informanter, datainnsamling og gjennomføringen av analysen er avgjørende for resultatene vi til slutt sitter igjen med. De valgene som gjøres underveis i prosessen er med på å bestemme hvor god kvalitet det er på studien som er gjort, og om resultatene kan defineres som vitenskapelig kunnskap.

5.3.1 Rekruttering og utvalg

Valg av tema ble gjort basert på egen interesse og fagfelt. Ulike begrensninger måtte gjøres basert på dette, blant annet i forhold til hvor datainnsamlingen skulle foregå, og hvem som skulle inkluderes som informanter. Jeg vurderte både å inkludere kun en kommune for å gå i dybden på denne kommunens frisklivssentral, og inkludere to eller flere kommuner for å sammenlikne deres frisklivsordninger. Jeg endte opp med førstnevnte. I forhold til valget av den bestemte kommunen, var dette basert på ulike faktorer. Kommunen var tidlig ute med en frisklivssentral. Det er også en stor andel innvandere der, en gruppe det har vist seg å være vanskelig å nå gjennom tilbudet tidligere. I tillegg var det praktisk da kommunen ligger i nærheten av mitt bosted. Ved å gjøre et grundig forarbeid, som for eksempel å kartlegge

hvilke funn som er gjort i liknende studier, er en bedre rustet til å velge et utvalg som er egnet til å gi svar på problemstillingen (Malterud, 2011). Det er vanskelig å bedømme om det hadde vært mer riktig å velge en annen kommune. En må alltid foreta visse begrensninger, og disse begrensningene blir veldig tydelige ved et masterprosjekt der en verken har ressurser eller ubegrenset tid. Da en kommune ble valgt ut til studien, var selve utvalget allerede bestemt ut fra dette. Som en begrensning i studien ble det avgjort at jeg skulle fokusere på de ansattes beskrivelser, synspunkter og erfaringer. Dermed var utvalget alle ansatte som arbeider med frisklivstilbudet i kommunen. Dette er et strategisk utvalg (Malterud, 2011). Basert på hensikten med studien, mener jeg at utvalget er det som er mest egnet for å besvare problemstillingen. Dette er med på å styrke studiens interne validitet (Malterud, 2011).

5.3.2 Datainnsamlingen

Intervjuene ble gjennomført på de ansattes arbeidsplass, etter deres eget ønske. I sine egne lokaler er sannsynligheten større for at de føler seg hjemme, samtidig som at det krever mindre tid for dem å delta i undersøkelsen, da de ikke behøver å bruke tid på reisevei. På en annen side kunne mer nøytrale lokaler muligens ført til at informantene var nullstilte før intervjuet begynte. Dette ser jeg på som mindre viktig da temaet for intervjuene var de ansattes oppgaver på arbeidsplassen. Samtidig påpekes det av Swanborn (2010) at det er viktig at en casestudie gjennomføres i dets opprinnelige kontekst. Dermed er det en fordel at intervjuene ble gjort der de ansatte gjennomfører frisklivstilbudet. Det ble benyttet båndopptaker under intervjuene. I følge Thagaard (2010) er dette ønskelig fremfor og kun benytte notater. Som forsker kan en da fokusere på selve intervjusituasjonen og informantenes reaksjoner. Sitater er lagret, og kan lett benyttes ordrett i resultatkapittelet. Dermed øker sannsynligheten for at en får med seg mest mulig inntrykk.

Jeg opplevde det som utfordrende å gjennomføre intervjuene. Malterud (2011) påpeker at en som intervjuer må være fleksibel i intervjusituasjonen, og tilpasse spørsmål etter hva informantene forteller. Da jeg ikke hadde noen erfaring med metoden fra tidligere, tok det tid før jeg ble vant til situasjonen. Da en av de ansatte skulle i svangerskapspermisjon, måtte det første intervjuet gjennomføres på et veldig tidlig stadie. Dette ble dermed på mange måter et pilotintervju, og det ble gjort flere endringer i intervjuguiden etter intervjuet. Det var uheldig da det kun ble gjennomført 6 intervjuer. Videre synes jeg det var vanskelig å stille gode oppfølgings spørsmål. Da en utforsker en problemstilling det finnes lite kunnskap om fra

tidligere, er det spesielt viktig at en ikke følger intervjuguiden slavisk (Malterud, 2011). Opplevelsen av de enkelte intervjuene var ganske ulik. Noen av informantene delte mye informasjon, og det krevde ikke så mye av meg som intervjuer. Andre derimot, fortalte veldig lite. Dette tydeliggjorde utfordringen med å holde samtalen i gang. Basert på denne erfaringen kunne det vært en fordel om at jeg hadde gjennomført flere pilottester på forhånd. Det burde i så fall blitt gjort med ansatte ved en annen frisklivssentral for at inntrykket av intervjusituasjonen og testen av intervjuguiden skulle vært mest mulig realistisk. Dette ville vært en tidkrevende prosess, men styrket studiens kvalitet. Thagaard (2010) påpeker at intervjusituasjonen stiller særlige krav til forskeren. Det er viktig å ha kunnskap om temaene som blir tatt opp, og en må derfor lese seg opp på relevant teori. Jeg hadde lest mye teori på forhånd, blant annet i form av andre liknende studier som er gjort om frisklivssentralene. Da er det lettere og både formulere intervjuguiden og komme med oppfølginsspørsmål. Videre bør en ha visse forutsetninger for sosiale relasjoner fordi forskeren bruker seg selv som et verktøy, Det er viktig å skape et tillitsforhold, samtidig som at en må være observant ovenfor kroppsspråk og reaksjoner fra informanten (Thagaard, 2010).

Gjennomføringen av observasjon foregikk på ulike steder avhengig av hvor den aktuelle aktiviteten fant sted. Som Swanborn (2010) påpeker, er det viktig at datainnsamlingen foregår i dets opprinnelige kontekst. Selv om det mest ønskelige hadde vært at jeg kunne vært flue på veggen og observert det som foregikk uten at dem som var til stede ble påvirket av min tilstedeværelse, er ikke dette mulig i en slik setting. Mitt nærvær som forsker vil i større eller mindre grad påvirke situasjonen. Dermed vil ikke den situasjonen jeg observerer være ”naturlig” (Malterud, 2011). Mine feltnotater og det jeg husket gjennom hukommelsen ble dataene jeg satt igjen med. Jeg fokuserte ikke på en nøyaktig gjengivelse av akkurat hva som ble sagt, men heller samhandling mellom brukerne, den ansattes inkludering av brukerne osv. Under observasjon befinner en seg i situasjonens naturlige setting, og det er derfor ikke lett å kontrollere hva som foregår rundt. Det kan dukke opp forstyrrelser som forsinkelser og personer som oppsøker deg mens datainnsamlingen pågår. Under en av treningene for barna, kom en av mødrene bort til meg og begynte å prate. Dette gjorde observasjonen av selve treningen vanskeligere, men det gav meg muligheten til å spørre henne enkelte spørsmål. Det er viktig at en tilpasser seg situasjonen og benytter observasjonen så godt som mulig. Merriam (2009) påpeker at en kan lære seg å bli en god observatør, på samme måte som en kan lære seg å bli en god intervjuer. Gjennom erfaring vil en bli dyktigere til å fange opp detaljer, samt skrive gode feltnotater som lett kan håndteres i etterkant (Merriam, 2009). Videre hadde det

vært ønskelig å observere mer enn det jeg fikk gjort i denne studien. Dette på bakgrunn av mitt inntrykk om manglende informasjon til å danne meg et helhetsinntrykk. Men denne datainnsamlingen var heller ikke hovedmetoden i studien. Malterud (2011) skriver at observasjon kan benyttes som et viktig forarbeid for å øke forståelsen av et fenomen. For å gjennomføre observasjon, og deretter tolke dette, er det viktig at en har en forankring i den teoretiske referanserammen. Da er det en fordel at observasjonen ble gjort etter intervjuene. Informasjonen som de ansatte gav gjennom intervjuene gav meg kunnskap om fenomenet, og det var enklere å vurdere hva jeg burde fokusere på. På en annen side kunne informasjon fra observasjonen gjort det enklere å formulere en bedre intervjuguide, og dermed kunne jeg fått mer ut av intervjuene med de ansatte.

5.3.3 Transkribering og analyseprosessen

Det første trinnet i analysesprosessen er å omgjøre opptakene fra intervjuene til skriftlig materiale. På dette stadiet ble alt som ble sagt skrevet ned ordrett. Kroppsspråk, nøling, latter og liknende ble også notert. Feltnotater fra observasjon ble finskrevet i etterkant, og utdypet ut fra mine inntrykk av det som foregikk. Det er viktig å påpeke at teksten fra transkripsjonsprosessen, både fra intervju og observasjon, kun er en gjengivelse av den opprinnelige situasjonen (Malterud, 2011). For hvert steg som blir gjort under analysen, vil en miste noe av de opprinnelige og helhetlige dataene (Merriam, 2009). Selv om en oversetter ordrett hva som for eksempel har blitt sagt i intervjusituasjonen, vil det ikke være mulig å gjengi den muntlige samtalen helt korrekt. Målet med transkripsjonsprosessen er derfor å gjengi intervjusamtalene så korrekt som mulig (Malterud, 2011). Dette kan gjøres ved å være tro mot det som blir fortalt, uten å fortolke dette i stor grad, eller trekke egne konklusjoner uten å se teksten i den opprinnelige sammenheng.

En temasentrert tilnærming er benyttet som analyseverktøy i denne studien. Dette er på bakgrunn av at hovedfokuset ligger på hva informantene forteller om ulike tema, og en sammenlikning av dette (Thagaard, 2009). Teksten blir delt inn i kategorier som representerer de temaene en er interessert i å sammenlikne informasjon om (Thagaard, 2009). I gjennomføringen av analysen er målet at det skal tydeliggjøres noen fremtredende mønstre som danner hovedfunnene i studien (Malterud, 2011). Hvilke mønstre en finner avhenger av mange faktorer, blant annet innfallsvinkelen i studien i form av problemstilling, mitt vitenskapelige ståsted, samt gjennomføringen av både datainnsamling og analyse (Malterud,

2011). Jeg har forsøkt å følge teorien om fremgangsmåtene ved en analyse som egner seg til studier som denne, nemlig systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011). Ved å gi en detaljert beskrivelse av hvert eneste trinn i analysen, håper jeg at dette styrker studiens kvalitet.

5.3.4 Refleksivitet

Det er viktig at en som forsker er kritisk til egne fremgangsmåter og konklusjoner. Det er viktig at en er åpen for ny informasjon. Dersom en på forhånd vet svaret er det heller ingen grunn til å sette i gang en forskningsprosess (Malterud, 2011). Hvis jeg før jeg satt i gang denne studien var sikker på hva de ansatte ville fortelle meg om frisklivssentralen og deres erfaringer, ville det ikke vært noen grunn til å gjennomføre denne studien. Som forsker må en være åpen for ny informasjon og innsikt underveis i prosessen. Kvalitativ forskning er en dynamisk prosess der en gjør endringer i takt med utviklingen av både data og en selv som forsker (Malterud, 2011). Dette har blitt gjort ved at for eksempel problemstilling og forskningsspørsmål har blitt endret opp til flere ganger i prosessen. Det var for eksempel nødvendig for meg å gjøre enkelte endringer av intervjuguiden, da jeg etter noen intervju oppdaget enkelte interessante vinklinger som jeg på forhånd ikke hadde vurdert.

Også i analyseprosessen ble det gjort endringer i forhold til konstruksjon av kategorier og koder etter hvert som intervjuene og observasjonsnotatene ble analysert. Merriam (2009) påpeker at gjennomføringen av en studie ikke er en lineær prosess hvor en først leter frem litteratur, finner et teoretisk rammeverk og så finner problemstillingen. Det er tvert imot en prosess der en begynner arbeidet, finner ulike retninger en ønsker å gå, finner mer litteratur og tilpasser deg etter dette basert på hva en finner interessant og relevant (Merriam, 2009). Selv om en skal være kritisk til eget arbeid er det viktig å påpeke at en skal stole på det enn gjør og de resultatene en kommer frem til (Malterud, 2011). En kritisk vurdering av seg selv og sitt ståsted er viktig å reflektere over både før, underveis og etter gjennomføringen av studien. Nærhet til sine data kan vanskeliggjøre en kritisk refleksjon.

Etter intenst og langvarig arbeid med en studie, kan en se seg blind på sine fremgangsmåter og sitt ståsted (Malterud, 2011). Derfor er det nødvendig med refleksjoner over etiske betraktninger, min forforståelse og rolle som forsker.

5.4 Etikk og rollen som forsker

Til syvende og sist omhandler etikk i forskning at en har etterstrebet alle de overnevnte begrepene (Merriam, 2009). Et sentralt prinsipp for forskning er vitenskapelig redelighet. Gjennom nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH) blir normer for dette presentert. Her presiseres det blant annet at det grunnleggende prinsippet for vitenskapelig redelighet innebærer å unngå å plagiere andres tekster (Thagaard, 2010). Dette har jeg forsøkt å etterstrebe ved og tydelig skille mellom andres tekster og min egen, og hele tiden referere til litteraturen som er inkludert i studien. Det stilles særskilte krav om etikk til kvalitativ metode, særlig personlige intervju. Dette er på grunn av den direkte kontakten du som forsker får med informantene (Thagaard, 2010). Da denne studien er et forskningsprosjekt som behandler personopplysninger, er studien meldepliktig (Thagaard, 2010). Reglene for dette ble fulgt ved at studien ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Thagaard, 2010). Godkjenning ble gitt før oppstart av datainnsamlingen. Som neste ledd i henhold til etiske prinsipper, må informantene gi sitt informerte samtykke. For å gi informantene en god mulighet til å sette seg inn i hensikten med studien, ble informasjonsskriv og samtykkeerklæring sendt til den enkelte informant med selve invitasjonen. Da fikk alle en mulighet til å lese om studien, og dersom noe var uklart hadde hver informant mulighet til å stille spørsmål før selve oppstarten av intervjuet. En utfordring med kvalitative studier er at en kan gi begrenset informasjon til informantene, da for mye informasjon om hensikten kan legge føringer for den enkeltes atferd (Thagaard, 2010).

Et annet etisk grunnprinsipp er kravet om *konfidensialitet*. Det betyr at de som er innblandet i forskning har krav på at all den informasjonen de gir, blir behandlet og presentert på en måte som ikke skader informantene (Thagaard, 2010). Et eksempel er kravet om anonymitet. Sensitive opplysninger ble oppbevart atskilt fra de presenterte dataene. Selv om det i denne studien ikke er samlet inn mye sensitive opplysninger, kan en være kritisk til kravet om konfidensialitet (Thagaard, 2010). Det er få ansatte som arbeider ved kommunens frisklivssentral, og samtlige er inkludert i studien. Derfor er det mulig å konkludere med hvem som har sagt hva, spesielt med hensyn til helsesøsteren. Dette var ikke til å unngå, men er også vurdert som mindre problematisk da de innsamlede opplysningene var av lite sensitiv og personlig karakter. Den mangfoldige informasjonen som samles inn ved en casestudie stiller særlige krav til forskeren (Merriam, 2009). Derfor er det negativt at jeg ikke har mye erfaring med å anvende de benyttede metodene. På en annen side er hensikten med en masteroppgave

å tilegne seg erfaring og kunnskap om vitenskapelig forskning (Thagaard, 2010). For å styrke troverdigheten til studien er valgene i prosessen tydeliggjort i stor grad.

Min forforståelse har hatt betydning for hele studien. En fordel med dette kan være at min interesse har resultert i oppstart av studien, og dermed også motivasjon for gjennomføring. Jeg kan dra nytte av den kunnskapen jeg sitter med fra min tid som student ved Samfunnsnæring (Malterud, 2011). På en annen side kan min personlige rolle og mitt ståsted begrense åpenheten for uventede vinklinger og resultater som dukker opp underveis (Malterud, 2011). Det er viktig å være klar over hvordan ens egen rolle påvirker valgene som blir gjort, og anstrenge seg for at ens forforståelse ikke har for stor plass (Malterud, 2011). En utfordring er å bedømme om informantene forteller sine oppriktige synspunkter og erfaringer, eller om de forteller det de tror forskeren vil høre (Malterud, 2011). Thagaard (2010) hevder at informanten ofte plasserer forskeren i en bestemt kategori, som for eksempel student, lege eller journalist. Dette kan påvirke svarene. Et eksempel er at de ansatte trakk frem mer ernæringskompetanse ved frisklivssentralen som ønskelig, noe jeg følte at de gjorde fordi jeg er ernæringsstudent.

Valg av metode alene er ikke en garanti for at en oppnår vitenskapelig kunnskap. Malterud (2011) fremhever at det er urealistisk at en studie skal oppfylle alle de overnevnte kriteriene fullstendig. Som forsker har en et ansvar for å ta noen valg i prosessen som sikrer studiens kvalitet. All forskning har som mål å gi valid og pålitelig kunnskap (Merriam, 2009). En kan stille seg spørsmålet om riktig metode er valgt for å besvare problemstillingen, og om datainnsamlingen og analysen har blitt gjort på en god nok måte. Men gjennom og hele tiden støtte meg til teori om de ulike stegene i prosessen, mener jeg at gjennomføringen er tilfredsstillende. Det vil alltid dukke opp ting i etterkant muligens kunne vært håndtert annerledes, men dette blir først synlig gjennom den kunnskapen og erfaringen prosessen har gitt.

6. Diskusjon av hovedfunn

Hovedfunnene fra resultatkapittelet vil nå diskuteres i lys av relevant litteratur. Som en avgrensning av studiens resultater, vil ikke frisklivstilbudet for friskliv barn og unge diskuteres her.

6.1 Følges Helsedirektoratets standard?

Da denne studien har som hensikt å avdekke hvordan en frisklivssentral kan drives i praksis, er det naturlig at selve *frisklivstilbudet* i kommunen diskuteres noe innledningsvis. Veilederne fra Helsedirektoratet er sentrale, der tilbudet i denne kommunen sammenliknes med enkelte av standardene som står nedskrevet der.

6.1.1 Frisklivstilbudet

Basert på informasjon fra informantene i studien, kommer det frem at de i denne kommunen først og fremst har valgt å tilby et *gruppetilbud*. Det blir av de ansatte lagt vekt på at det er lettere å oppnå noe sammen med andre. Også Helsedirektoratet trekker frem at deltakelse i grupper, som for eksempel ved en frisklivssentral, kan bidra til økt motivasjon og medføre nettverksbygging (Helsedirektoratet^b, 2013). Frisklivstilbudet i kommunen består av gruppetrening, kostholdskurset *Bra mat for bedre helse*, og røykesluttkurs i samarbeid med Ahus. I tillegg er det et eget tilbud for barn og unge som består av trening og ulike temakvelder. Dette samsvarer med hva som står skrevet i veilederen for kommunale frisklivssentraler:

”Frisklivssentralens kjernetilbud bør være et strukturert veilednings- og oppfølgingstilbud innen områdene fysisk aktivitet, kostholdsendring og snus- og røykeslutt, enten i egen regi eller i samarbeid med andre aktører eller nabokommuner (Helsedirektoratet^b, 2013).”

Basert på intervjuene med de ansatte ved frisklivssentralen, mener dem at disse tiltakene, og frisklivssentralen generelt, er et godt tiltak for å hjelpe personer med å endre livsstil og få bedre helse. Dette poengteres også av Helsedirektoratet. I veilederen står det videre at brukerne ved frisklivssentralene får hjelp til å endre sine levevaner gjennom metoder som har dokumentert effekt (Helsedirektoratet^b, 2013). Det er i flere studier bevist at intervensjoner

som baserer seg på livsstilsendringer kan føre til bedre helse og minske risikoen for enkelte sykdommer. Et eksempel på en slik studie er den svenske Björknäs-studien (2009), som er en randomisert kontrollert studie der personene ble fulgt fra 2003–2006. Hensikten var å se på hvordan livsstilsintervensjoner bestående av fysisk aktivitet og kostholdsveiledning ville påvirke risikofaktorer for hjertesykdom. Resultatene viste at slike intervensjoner i primærhelsetjenesten vil være hensiktsmessige for å redusere risikofaktorer blant individer med særlig høy risiko (Eriksson, Franks & Eliasson, 2009). Samtidig viser det seg at intervensjoner som kombinerer kosthold og fysisk aktivitet anbefales fremfor medikamentell behandling (Eriksson, Franks & Eliasson, 2009). En annen randomisert kontrollert studie fra Sverige viste at et oppfølgingstilbud der ga signifikante effekter på kondisjon, midjemål, blodtrykk og helserelatert livskvalitet etter tre måneder med strukturert, gruppebasert trening og kostholdsveiledning (Eriksson, Hagberg, Lindholm, Malmgren-Olsson, Østerlind & Eliasson, 2010).

Funn i denne studien indikerer at det er ulike måter å forme en frisklivssentral på, avhengig av kommunens allerede eksisterende tilbud og ressurser. Eksempler på dette i denne kommunen er at frisklivstilbudet er lagt under fysiotjenesten i *Enhet for familie og helse*. Dette betyr at det i hovedsak er fysioterapeuter som arbeider med friskliv. Det er også kompetanse innen trening og fysisk aktivitet som er den dominerende. Frisklivstilbudet finner sted der det i tillegg foregår andre fysiorettede aktiviteter i kommunen. Videre er det nærmiljøet som avgjør hva slags tilbud som finnes. I denne kommunen er hovedaktiviteten for den voksne brukergruppen stavgang i skogen. Dette har de valgt på bakgrunn av at frisklivslokalene ligger rett ved skogkanten. Ved andre kommunale frisklivssentraler, for eksempel i store byer, vil muligens tilbudet være et annet. På grunn av manglende ressurser, har de valgt å samarbeide med Ahus i forbindelse med deres røykesluttkurs. Da dette sykehuset allerede har dette kurset, synes de ansatte at det er unødvendig å bruke ressursene til å opprette et eget kurs. Lokale tilpasninger er i følge Helsedirektoratet viktig, og det er slik det er meningen at frisklivssentralene skal etableres:

”Det er viktig med lokal tilpasning, og etableringen av nye tilbud må sees i sammenheng med eksisterende tilbud (Helsedirektoratet^b, 2013).”

6.1.2 Fysisk aktivitet

Hovedtilbudet ved denne frisklivssentralen er tiltak i forhold til fysisk aktivitet, i form av stavgang i skogen for den voksne brukergruppen, samt varierte aktiviteter for barna. I følge de ansatte er målet at den enkelte bruker skal komme i bedre form, men også at de skal få økt mestringsfølelse og glede av å være i aktivitet. Dette skal forhåpentligvis medføre atferdsendringer som er positive for helsen. I Seløs' (2013) masteroppgave *Deltakernes opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral*, kommer det frem at de intervjuede brukerne følte en form for endring og resultater i reseptperioden, som førte til at de var i bedre fysisk form enn ved oppstart. Brukerne trekker selv frem at de har opplevd vektnedgang, bedre kondisjon og styrke, samt mer overskudd til å holde ut treningen og hverdagen generelt. Videre trekkes det frem at enkelte har fått bedret hjertekapasitet og senket blodtrykket. Flere hevder at resultatene de har oppnådd i løpet av reseptperioden har gitt økt motivasjon til å fortsette treningen (Selø, 2013).

Det er gjort en rekke studier på hvordan fysisk aktivitet kan redusere risikofaktorer for livsstilssykdommer. Et eksempel er *MoRo-prosjektet*, eller mosjon på Romsås, som er en intervensjonsstudie fra 2000–2003. Studien var rettet mot den generelle befolkning og personer med høy risiko for sykdom, med et mål om å øke det fysiske aktivitetsnivået som videre skulle redusere risikofaktorer for diabetes og hjerte- og karsykdommer i bydel Romsås (Lorentzen, Ommundsen, Jenum & Ødegaard, 2005). Det ble iverksatt en rekke strategier og tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Både selve intervensjonen og deltakergruppen i denne studien kan sammenliknes med brukerne ved frisklivssentralen. Gjennomsnittsalderen var relativt lik, og intervensjonen bestod hovedsakelig av fysisk aktivitet samt kostholdsveiledning og hjelp til å slutte å røyke ved behov, for høyrisikogruppen. Resultatene fra studien viser at det er mulig å øke fysisk aktivitetsnivå og redusere dagligrøyking og biologiske risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes i et lokalsamfunn med høy dødelighet og lav sosioøkonomisk status, ved en lavkostnadsintervensjon kombinert med en befolkningsrettet og høyrisikorettet strategi. Videre påpekes det at ulike tiltak på mange ulike påvirkningsfaktorer øker sannsynligheten for varige atferdsendringer. *MoRo-prosjektet* konkluderer med at det bør utvikles tiltak som medfører endringer i atferd. Videre påpekes det at det kan være mest effektivt å påvirke de samfunnsmessige og sosiale faktorene som igjen påvirker atferd (Lorentzen, Ommundsen, Jenum & Ødegaard, 2005).

Rapporten ”*fysisk inaktive i Norge*”, ble publisert i 2009, og er basert på en undersøkelse som ble gjennomført i 2007. Denne undersøkelsen hadde et representativt utvalg på ca. 200 voksne personer i alderen 16–87 år. Hensikten var å si noe om hvor mange voksne i befolkningen som var fysisk inaktive, og hva som er sentrale faktorer for at de som er fysisk inaktive kommer i gang med fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009). Resultatene viste blant annet at det er et samspill mellom psykologiske- og miljøfaktorer som påvirker fysisk aktivitet. Det er den enkeltes holdninger og oppfatninger, følelsen av kontroll, og mulighetene en har til fysisk aktivitet i nærmiljøet som har betydning for om en er fysisk aktiv eller ikke. Studien viser videre at det er rundt 76 % av den voksne befolkningen som er potensielt aktive. Det vil si at disse personene kunne tenke seg å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet. Men dette er i hovedsak personer med blant annet videregående utdanning og som har fulltidsjobb. Dette er grupper som faller utenfor hovedmålgruppen ved frisklivssentralene, som har som mål å nå personer med lavere sosioøkonomisk status. Blant den som er potensielt fysisk aktive, trekkes det frem enkelte sammenhenger hvor det er størst sannsynlighet for at dem velger å være i bevegelse. 34 % trekker her frem familie og venner, 28 % på egenhånd, og 23 % sier at de ønsker å være fysisk aktive på private treningssentre (Helsedirektoratet, 2009). Ved valg av aktivitetstilbud hevder 26 % av de potensielt aktive at kort reisetid fra bosted er viktig. 12 % sier at det er viktig at en ikke må være så sprek, 10 % vektlegger at en kan trene når en selv ønsker, 10 % synes miljøet er viktig, og 7 % trekker frem at tilpasning til den enkeltes fysiske form er sentralt for at en ønsker å være fysisk aktiv. Det er viktig at en setter seg spesifikke mål om *hva* slags aktivitet en ønsker å utføre, *hvor* den skal utføres og *når*. Men i tillegg er det viktig at de helsefremmende valgene blir gjort til enkle valg for alle. Det vil si at det må finnes aktivitetsfremmende muligheter og omgivelser (Helsedirektoratet, 2009).

6.1.3 Bra mat for bedre helse

I kommunen benyttes Helsedirektoratets kursopplegg *Bra mat for bedre helse*. Dette opplegget følger de generelle norske kostanbefalingene. Helsedirektoratets kostanbefalinger er beregnet for friske mennesker, men er veldig like de anbefalingene som blir gitt til personer med type 2-diabetes eller høy risiko for å utvikle diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk eller overvekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Derfor kan kostrådgivning til personer med disse helseproblemene eller i risiko for å utvikle disse, bygge på de generelle anbefalingene. Dette gjelder flere av brukerne ved frisklivssentralen. Ved å følge de generelle kostanbefalingene, vil opplegget kunne benyttes på den generelle befolkning, noe som kan

være en fordel ved frisklivssentralen, der målgruppen er relativt bred. Da kommunen har valgt å benytte det kursopplegget som er utarbeidet av Helsedirektoratet, og dette kurset er basert på de generelle norske anbefalingene, er det naturlig at temaene for kursdagene er å kjenne igjen i kostanbefalingene. Det generelle kostrådet lyder som følger:

”Ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker. Velg gjerne nøkkelhullsmerkede matvarer (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).”

Det første av de fem kursene er et introduksjonskurs. De fire andre kursene har fått titlene: *Må det søte liv smake søtt?*, *Fettkvalitet og varedeklarasjon*, *Maten er servert! Matøkonomi og Fargerik mat i hverdagen – veien videre*. I tillegg blir det delt ut ulike faktaark, som eksempelvis omhandler *5 om dagen*, *hvordan øke fiberinntaket*, *hvordan spare på salt*, *fysisk aktivitet og nøkkelhullet*. Da de norske kostanbefalingene er basert på mye vitenskapelig forskning, er dette også de rådene det er mest grunnlag for å påstå at har en positiv effekt på helsen, og kan bidra til å redusere risikoen for sykdom (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Samtidig trekkes det frem i anbefalingene at det er viktig å kombinere kosthold og daglig fysisk aktivitet:

”Daglig fysisk aktivitet anbefales derfor som en del av helsefremmende levevaner, sammen med et variert og godt sammensatt kosthold (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).”

Basert på opplysninger fra denne studien, tyder det på at både helsesøster og brukerne er fornøyd med kursopplegget slik det er i dag. Evalueringer som er gjort av *Bra mat for bedre helse* støtter disse funnene, og hevder at kurset kan være nyttig både for helsepersonell og brukerne. Det ble i 2009 gjennomført en prosessevaluering av fire kurslederkurs som ble avholdt i forbindelse med *Bra mat for bedre helse* (Sørvang, 2009). Det kom frem at deltakerne syntes materialet var godt, og mange brukte dette aktivt i sitt arbeid, uavhengig om det ble startet opp et kostholdskurs i kommunen eller ikke. Samtidig oppga de fleste at deres kunnskap om ernæring økte etter deltakelse på kurs. Det må likevel poengteres at svarprosenten kun var på 45 %, og at denne studien ble gjort for noen år tilbake, da det var få kommuner som hadde et frisklivstilbud. Det kan imidlertid si noe om ansattes synspunkter rundt kostholdskurset. I en studie fra 2012 ble det gjort en effektevaluering av *Bra mat for*

bedre helse. Kort oppsummert kom det her frem at kurset førte til at det for deltakerne ble viktigere å spise sunn mat og enklere å planlegge sunne måltider. Det ble eksempelvis et økt inntak av frukt og grønt blant deltakerne, og et redusert inntak av mettet fett. Kursene og tilhørende materiale ble vurdert som nyttig og svært nyttig (Mortensen, 2012).

Ved kostholdskurset i kommunen blir det ofte snakket om konkrete eksempler på sunnere alternativer av matvarer, for eksempel kesam fremfor seterrømme. Det leses av varedeklarasjon og samtales om ulike situasjoner som har betydning for de valgene en tar i hverdagen. Dette samsvarer med resultatene i Dahls (2013) studie. Her trekkes det frem tre viktige påvirkningsfaktorer når det gjelder kostholdskurset *Bra mat for bedre helse*. Det er bevisstgjøring, sosialt nettverk og teori og praksis. Basert på hva de intervjuede brukerne i studien forteller, er det ikke mye fokus på bevisstgjøring i forhold til hvilken påvirkning de ulike matvanene har for deres helse. Bevisstgjøringen dreier seg i større grad om matvareindustri, avlesing av varedeklarasjon og hvordan brukerne kan benytte dette i hverdagen, på samme måte som kursene i kommunen i min studie. Dette kan ses på som kunnskap og verktøy som skal gjøre det lettere for brukeren å ta de sunne valgene, for eksempel i butikken (Dahl, 2013). Det påpekes videre i studien at bevisstgjøring om negative sider som påvirker helse ikke er nok – det er også viktig å være mottakelig for informasjon. Dahl (2013) hevder at frisklivssentralene kan spille en viktig rolle her, da brukerne selv har sagt at de lærer mye nytt og oppdager nye ting gjennom frisklivssentralen. Kostholdskursene kan se ut til å ha gjort brukerne mer mottakelig for informasjon, ikke bare om mat og helse, men generelt. Det som da er viktig er kritisk å kunne vurdere informasjonen, og være i stand til å skille mellom pålitelige og upålitelige kilder (Dahl, 2013). På bakgrunn av dette kan det være positivt at informasjonen som blir gitt i kostholdskurset er basert på Helsedirektoratets anbefalinger, som igjen bygger på grundig forskning. Det påpekes at kursene følger en åpen dialog mellom brukerne og lederen, og at innholdet er lett forståelig. Dette kan påvirke brukerens mestringfølelse. Likevel var det enkelte av brukerne som mente at kurset kun ble en forlengelse av Helsedirektoratets anbefalinger, og opplesning av denne informasjonen (Dahl, 2013). I forhold til kategorien sosialt nettverk, er det flere av brukerne som uttrykker at de har positive opplevelser av det å være en del av en gruppe, og dele erfaringer med andre i tilnærmet samme situasjon (Dahl, 2013).

Dahl (2013) har i sin studie sett nærmere på kostholdskursene ved to ulike frisklivssentraler. Den ene sentralen følger det ferdig utarbeidede kostholdskurset i stor grad, mens den andre har valgt å fokusere mer på praktisk matlaging i forhold til Helsedirektoratets anbefalinger. Det kan se ut til at brukerne satt pris på den praktiske tilnærmingen hvor de lærte mye nytt. Det medførte at flere fikk øynene opp for nye smaker og matvarer. Ved å lære nye fremgangsmåter og ferdigheter vil tryggheten og mestringfølelsen rundt matlagingen øke (Dahl, 2013). Det påpekes at det ofte er mellommåltider og ”småspising” som fører til inntak av usunn mat. Derfor vil tips om sunne alternativer til dette være nyttig, for eksempel i form av smoothie og grønnsaker med dipp. Da det er begrenset hva en kan lære av matlagingsferdigheter gjennom slike småretter, anbefaler Dahl (2013) at det bør gjennomføres flere kvelder hvor brukerne kan lage større måltider der ferdighetene forbedres. Det kan se ut til at brukerne synes det er positivt å kombinere både teori om mat og praktisk matlaging. Studier som er gjort, inkludert min egen, kan konkludere med at kostholdskurset får mye positive tilbakemeldinger fra både brukerne og kurslederne. Det må likevel poengteres at det har blitt gjort få evalueringer av *Bra mat for bedre helse* så langt, og det er manglende studier på både langtidseffekten av kurset samt studier som ser på brukernes opplevelser av å delta på kursene.

Når helsesøsteren følger *Bra mat for bedre helse*, benytter hun et allerede ferdig utarbeidet kursmaterieell. En fordel med dette er at det er lett tilgjengelig, og det krever lite ressurser for å ha et kursopplegg klart. For kommuner med relativt få ressurser forbeholdt frisklivssentralen, vil det derfor likevel være mulig å tilby et kostholdskurs. Dette kan gjelde både manglende midler og kompetanse. En ulempe med dette derimot, er at det blir veldig ”enkelt” for kursansvarlig kun å forberede seg på dette, da det allerede ligger klart. Dersom brukerne har spørsmål om temaer som ikke er omtalt i kursopplegget, vil det trolig være vanskelig for kursansvarlig å avgi noe svar. Sannsynligheten for at det kan dukke opp spørsmål som omhandler temaer noe utenfor de ferdige faktaarkene, er muligens større da kursene følger en dialogbasert tilnærming som krever mye engasjement fra brukerne. Dette er antakeligvis et større problem dersom de ansatte ikke har kompetanse innen ernæring. For brukere som har vært med i lang tid og allerede har vært igjennom kostholdskursene, vil det bli mye gjentakende informasjon. For å engasjere alle, og tildele ny kunnskap, er det viktig med et mer tilpasset opplegg til brukere på ulike ”nivå”. Kostholdskursene kan være en viktig del av det som av Helsedirektoratet blir omtalt som ”kunnskapsformidling” i reseptperioden ved frisklivssentralen. Det trekkes frem i veilederen at det bør gjennomføres temabaserte

samlinger basert på pedagogiske prinsipper, som skal bidra til økt læring og egenrefleksjon. Ved slike samlinger bør det legges vekt på at hver bruker i seg selv er en ressurs (Helsedirektoratet^b, 2013).

6.1.4 Å snakke om endring

De ansatte ved frisklivssentralen i kommunen benytter motiverende intervju som samtaleform under helsesamtalene. I veilederen trekkes motiverende samtale, eller motiverende intervju, frem som en effektiv metode i arbeidet med å endre levevaner (Helsedirektoratet^b, 2013). Motiverende samtale sies å være mer effektivt enn tradisjonell rådgivning (Ivarsson, 2011). De ansatte forteller at samtalen er lagt opp til at brukeren selv skal finne løsningen på sine ”problemer”, og hva som bør gjøres for å endre dem. Den ansattes rolle er å veilede brukeren, samt lytte til hva han/hun har å si. Gjennom motiverende samtale kan brukeren sammen med den ansatte finne den indre motivasjonen for å oppnå nødvendige livsstilsendringer. Dersom en har den indre motivasjonen, trengs ingen belønning eller straff. Gjennomføringen av aktiviteten, som for eksempel fysisk aktivitet sammen med andre, er belønning nok i seg selv (Woolfolk, 2004). Det er personer som har den indre motivasjonen som oftest gir mest i forhold til fysisk aktivitet, og som selv ønsker å presse seg selv for å komme i bedre form. Det er derfor nødvendig at en sammen finner meningen med livsstilsendringene (Woolfolk, 2004). Dersom en derimot kun har den ytre motivasjonen, er en kun opptatt av hva slags gevinst det kan gi oss. Da er en ikke interessert i oppgaven, og effekten vil sjelden være langvarig. Det er likevel ikke uvanlig at folk forsøker å endre vaner fordi andre ønsker at en skal gjøre det. Men dersom en selv ikke ønsker å endre livsstil, og ikke selv ser nytten av det, vil det heller ikke ha noen effekt (Donovan & Sletteland, 2012). På bakgrunn av dette, er helsesamtalene svært viktige for å kartlegge hvor den enkelte står i forhold til motivasjon. Da det er stor forskjell på brukerne i forhold til diagnoser og grunnen til at de oppsøker friskliv, er denne kartleggingen spesielt viktig. Det er stor sannsynlighet for at personer som selv har oppsøkt friskliv er mer motivert for å gjøre nødvendige endringer, enn personer som har blitt anbefalt henvisning av sin fastlege. I følge Wormnes & Manger (2005) vil motivasjonen vår også påvirkes av hvilke mål vi setter oss. Dersom en har spesifikke delmål, vil dette være lettere å oppnå enn generelle langtidsmål. Hvis en har mindre delmål som oppnås kontinuerlig, vil personen ofte oppleve en form for belønning. Da kan både personer med den indre motivasjonen, og de som kun har den ytre motivasjonen, fortsatt motiveres til å fortsette endringsprosessen. Det viser seg at definerte og klare mål har en positiv effekt på motivasjonen (Wormnes & Manger,

2005). Videre vil det være viktig å gi brukeren troen på at en selv kan mestre sitt liv og sin helse. Sammen bør brukeren og de ansatte finne måter å utnytte brukerens egne ressurser og muligheter. Dette vil gi brukeren troen på at en selv er i stand til å gjøre de grep som trengs for å oppnå endringer. I forhold til egenmestring er også begrepet empowerment viktig. Ved å gi den enkelte bruker troen på at endringer kan oppnås, og kontrollen over egen situasjon, øker sannsynligheten for å lykkes (Tveiten, 2008). Ved å gi brukeren denne kontrollen, vil det være lettere å fortsette prosessen selv da en møter motstand, og muligens også fortsette da reseptperioden er over.

6.1.5 Lavterskeltilbud for alle?

Frisklivstilbudet i kommunen blir av de ansatte selv definert som et *lavterskeltilbud*, hvor hvem som helst kan delta. Dette gjelder både personer som har fått en resept av henvisende instans, og de som oppsøker frisklivssentralen på eget initiativ. I veilederen blir det poengtert at:

”Tilbudet skal være lett tilgjengelig for personer i målgruppen, med så få barrierer som mulig. Personer kan henvende seg til frisklivssentralen med og uten henvisning (Helsedirektoratet^b, 2013).”

Frisklivstilbudet skal altså være tilgjengelig for alle som ønsker å bli med på dette, uavhengig av alder, kjønn og bakgrunn. Slik ønsker de ansatte i denne kommunen også at det skal være. Tilbudet er nå gratis for alle, og det finnes derfor ingen økonomiske hindringer for brukerne. Da frisklivssentralene er definert som en helsetjeneste, er det ikke lenger mulig å ta betaling for dette. Tomter & Rudi (2013) påpeker at det er uheldig at kommunen ikke har noen form for inntjening, spesielt når det foreløpig ikke er lovpålagt å ha en frisklivssentral. Videre påpeker dem at det bør skilles mellom konsultasjonene ved frisklivssentralen og de ulike tiltakene som brukerne benytter i reseptperioden (Tomter & Rudi, 2013). Det kan altså kreves en egenandel ved for eksempel bassentrening eller andre treningstilbud, mens helsesamtalene og oppfølgingen er kostnadsfrie. Det utstyret som trengs for å gjennomføre tilbudet lånes også ut, så det er kun eventuelt treningstøy som kreves av den enkelte. Tilbudet er for kommunens innbyggere, og det er også her tilbudet er plassert. Dermed er det lett tilgjengelig for de fleste. I studien til Selø (2013) kommer det frem at brukerne synes aktiviteten er en god treningsform for alle, og at det derfor ikke er noen unnskyldninger for

ikke å delta. De mener at det er veldig enkelt å komme seg til frisklivssentralen, og det stilles ingen krav til hva slags klær en skal ha på seg, eller i hvilken form en må være i. Alle kan møte opp slik en er, og trene så hardt en selv klarer (Selø, 2013). Denne studien indikerer at det er få barrierer for deltakelsen ved friskliv, og på den måten faller inn under definisjonen på et lavterskeltilbud.

På spørsmål om hva som kjennetegner brukergruppen slik den er i dag, og har vært siden oppstarten, trekkes kvinner i alderen 50+ frem som den typiske bruker. I tillegg er det svært mange av disse kvinnene som har muskel- og skjelettlidelser, andre fysiske smerter, diabetes type-2, overvekt og/eller psykiske plager. Ett av målene med frisklivssentralen er å minske sykefraværet (Helsedirektoratet^b, 2013). Da muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de vanligste årsakene til trygdeytelser (Folkehelse rapport, 2010), kan dette bety at frisklivssentralen når en viktig del av målgruppen. I veilederen for frisklivssentraler blir det poengtert at målgruppen for henvisning, er personer som har behov for hjelp til å endre sine levevaner, og som har økt risiko for, eller begynnende utvikling av sykdom eller lidelser. Videre trekkes det frem at rapportering i perioden 2004–2008 viser at de vanligste risikofaktorene og diagnosene som oftest medfører en henvisning, er overvekt, fysisk inaktivitet, type 2-diabetes, muskel- og skjelettlidelser, og ofte kombinasjoner av disse (Blom, 2008). Dette er sykdommer og lidelser som samsvarer med funnene i denne studien. På bakgrunn av at frisklivssentralen har som mål å være et lavterskeltilbud, skal dette være et tilbud for alle sosiale grupper i samfunnet. En evaluering gjort av frisklivssentraler i Buskerud og Nordland, viser at disse tilbudene rekrutterer personer med lav utdanning (Helsedirektoratet^b, 2013). Videre viser evalueringer gjort fra fem fylker at frisklivssentralen treffer brukerne med et godt tilpasset tilbud.

Det finnes også gode rutiner for henvisningene av brukere. I veilederen fra Helsedirektoratet påpekes det at frisklivssentralen skal omfatte et tilbud for alle aldersgrupper (Helsedirektoratet^b, 2013). Denne kommunens frisklivssentral har et tilbud for den voksne brukergruppen og et eget tilbud for barn og unge. Men det er også mange i den voksne brukergruppen som ikke nås gjennom det tilbudet de har i dag. Mine funn indikerer at det er spesielt vanskelig å nå yngre voksne, menn og innvandrere. Dette støttes av resultatene fra rapporten *Ein resept å gå for?* (2008), som blant annet konkluderer med at det er mange som faller fra og er vanskelige å nå. Dette gjelder de samme brukergruppene som i denne kommunen. Basert på disse funnene, kan en stille spørsmålstegn til om denne

frisklivssentralen, og frisklivssentraler generelt, faktisk er et lavterskeltilbud som er tilgjengelig for alle. Da det er så mange brukergrupper som faller fra eller som i det hele tatt ikke oppsøker frisklivssentralen, kan en heller ikke si at tilbudet er tilgjengelig for absolutt alle. Da de ansatte selv forteller at selve annonseringen av tilbudet til nå har vært for dårlig, vil heller ikke informasjonen om at tilbudet eksisterer nå alle brukergrupper. Selv om evalueringer har kommet frem til at det finnes godt tilpassede tilbud innenfor frisklivssentralene, er spørsmålet hvordan de gruppene som fortsatt faller fra, kan engasjeres i friskliv. Hvordan dette bør gjøres er ennå uklart, men det kan eksempelvis bedres ved å ha et større og bredere frisklivstilbud i den enkelte kommune som er tilpasset ulike grupper, samt bedre annonsering av tilbudet lokalt. Ved å ha et bredere tilbud som når flere brukergrupper i samfunnet, kan frisklivssentralen i kommunen i større grad kalles et lavterskeltilbud.

6.1.6 Kompetansen blant de ansatte

Dersom alle stillingsprosentene blant de ansatte beregnet til frisklivssentralen blir slått sammen, utgjør dette totalt en 90 % stilling. Dette er ikke inkludert frisklivskoordinatoren. I veilederen påpekes det at gjennomsnittlig ansatte per frisklivssentral i 2011 var 0,75. Den gangen var det rundt 50 % av alle frisklivssentralene i landet som hadde mindre enn én stilling (Helsedirektoratet^c, 2013). Det påpekes at små stillingsressurser kan gjøre det vanskelig å ivareta et forsvarlig hovedtilbud ved frisklivssentralene (Helsedirektoratet^b, 2013). Små stillinger kan altså medføre at frisklivstilbudet ikke vil fungere optimalt, og de ansatte må gjøre en del vurderinger om hva de skal prioritere. Blant de ansatte som arbeider med denne kommunens frisklivssentral i praksis, er det fire som er utdannet fysioterapeuter og én som er utdannet helsesøster. Dette er også hva de arbeider med ved siden av sine stillinger ved frisklivssentralen. Det er kun helsesøster som har hatt noe om ernæring i sin utdanning. Denne kompetansen faller inn under den anbefalte formelle kompetansen som Helsedirektoratet har inkludert i veilederen for frisklivssentraler (Helsedirektoratet^b, 2011). Her kommer det frem at de faglig ansvarlige bør være autorisert helsepersonell med minimum treårig helsefaglig utdanning. I tillegg til egen utdanning, har alle vært på kurs i motiverende samtale, i regi av Helsedirektoratet. I veilederen trekkes det frem at alle ansatte bør ha kunnskap om samtalemetodikk som motiverende samtale, gjerne gjennom fordypningskurs og videreutdanning (Helsedirektoratet^b, 2013). Selv om frisklivstilbudet i denne kommunen tilfredsstillende oppfyller kravene for kompetanse innen fysisk aktivitet, og dels innen motiverende samtale gjennom kurs, mangler likevel anbefalingene om å være knyttet til personer med

høgskole-/universitetsutdanning innen ernæring (Helsedirektoratet^b, 2013). Det bør påpekes at dette ikke står oppført som et krav, men er likevel en anbefaling. Videre står det i veilederen at individuell kostholdsveiledning i forhold til medisinsk behandling bør gis av en klinisk ernæringsfysiolog (Helsedirektoratet^b, 2013). Det poengteres at kompetanse er svært viktig i arbeidet med de kommunale frisklivssentralene:

”Alt personell skal innrette seg etter de faglige kvalifikasjonene de har, og skal innhente bistand, samt samarbeide med andre tjenester eller anbefale deltakerne å ta kontakt med kvalifisert personell der dette er nødvendig og mulig (Helsedirektoratet^b, 2013).”

De ansatte hevder selv at treningen er det viktigste tilbudet de har, og kosthold og ernæring er mindre prioritert. Dette støttes av resultater fra rapporten *Ein resept å gå for?* (2008). Her kommer det frem at fagpersonene som arbeider med friskliv har mindre kompetansegrunnlag innenfor ernæring enn for fysisk aktivitet (Båtevik et al., 2008). Da materialet de trenger for å gjennomføre kostholdskursene allerede finnes, er det mulig at kommunene heller benytter ressursene til andre fagområder. I prosessevalueringen fra 2009 kommer det frem at 54 % av de ansatte som var med i studien, ikke hadde tidligere erfaring med å gi kostholdsråd. Kun 19 % hadde kostholdsrådgivning som en arbeidsoppgave. Dette betyr at det er få som har ernæringskompetanse, og det kan bety at det ikke er tydeliggjort i arbeidsbeskrivelsen til helsearbeidere (Sørvang, 2009). Selv om *handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen: Oppskrift for et sunnere kosthold (2007–2011)* ikke lenger er gjeldende, er det fortsatt et aktuelt dokument i det nasjonale folkehelsearbeidet. Ett av målene i handlingsplanen er at det må arbeides for å øke kunnskapsnivået om ernæring, kosthold og mat blant beslutningstakere. Basert på intervjuene med de ansatte, både hva de ansatte selv sier og det totale inntrykket, fungerer ikke det interne samarbeidet optimalt. Det er også manglende kommunikasjon mellom andre viktige samarbeidspartnere, for eksempel fastlegene i kommunen. Dette kan være problematisk da det henvises personer med komplekse problemer, for eksempel i form av psykisk helse eller langvarig sykdomsforløp (Tomter & Rudi, 2013). Dette er personer som faller utenfor hovedmålgruppen for frisklivssentralene og mangler ofte den rette motivasjonen og innstillingen til å begynne på en reseptperiode. Det bør derfor stilles enkelte krav til de som henviser til frisklivssentralen, og kommunikasjon og samarbeid er da sentralt (Tomter & Rudi, 2013). Frisklivssentralen har enkelte tverrfaglige samarbeid ved at de blant annet er i kontakt med leger, NAV, skoler i forbindelse med friskliv barn og unge og Ahus i tilknytning

til deres røykesluttkurs. I veilederen trekkes det frem at et tverrfaglig samarbeid mellom personer med ulik relevant kompetanse er viktig ved frisklivssentralene (Helsedirektoratet^b, 2013).

6.2 Ulike grupper –ulike ideal

Det har blitt trukket frem at det er enkelte ”typiske” brukere i frisklivsgruppen, og som blir værende. På samme måte er det også grupper som de ansatte mener at de ikke klarer å holde på, eller som i det hele tatt oppsøker deres frisklivssentral. Det har blitt stilt spørsmålstegn til hvordan frisklivstilbudet bør tilpasses til ulike grupper i befolkningen. Men det er imidlertid også viktig å være bevisst på at mennesker har ulikt syn på kropp og helse. Ulike kulturer, alder og kjønn er eksempler på faktorer som kan være avgjørende for hva en anser som helse og uhelse, og hva som er årsaken til at uhelse oppstår. Det er også ulike syn på hvordan en eventuelt skal behandle dette (Holli, Maillet, Beto & Calabrese, 2009). For å ta kultur som et eksempel, vil personer fra forskjellige kulturer ha ulike meninger om hva som kan gjøre en syk, og hvilken rolle en helsefagarbeider har. I enkelte kulturer, i motsetning til den vestlige kulturen, kan guder og ånder være årsaken til at vi blir syke. På samme måte er det i noen kulturer healere og spirituelle ritualer som vil gjøre deg frisk, ikke medikamenter eller annen form for behandling av lege (Holli, Maillet, Beto & Calabrese, 2009).

Det har blitt påpekt i studien at frisklivssentralen i denne kommunen har problemer med å holde på menn i gruppen. I rapporten *Ein resept å gå for?* (2008) konkluderes det med det samme. En av årsakene til dette kan være at menn og kvinner har ulik holdning til kropp. Dette poengteres i rapporten *Kropp, slanking og forbruk* (Roos, 2006). Her kommer det frem at kvinner er noe mer opptatt av å få en slankere kropp enn det menn er. I hovedoppgaven til Lien (2004), konkluderes det med at menn underkommuniserer helseplager og har vanskeligheter med å betrakte seg selv som syke. Dette kan være et hinder for å oppnå bedre helse. Videre kommer det frem at menn ser på sunn mat og slanking som kvinnelig. Menn tar ikke fullt ansvar for sin egen helse, og kvinnene i deres nærhet tar ofte dette ansvaret for dem (Lien, 2004). En måte å tolke dette på er at menn ikke selv ser at de har helseproblemer, og dermed heller ikke ønsker å oppsøke et helsetiltak slik som frisklivssentralen. Dersom de endrer kostholdet eller begynner å trene, er det gjerne for eksempel kona som har tatt initiativet for dette. I følge Gough & Conner (2006) kan menn føle at myndighetenes anbefalinger blir påtvunget dem, og påvirker deres evne til å ta frie valg. Dette kan heller ha

motsatt effekt, og fungere som en barriere for å ta sunne matvalg. Videre konkluderer Arnesen (2011) med at menn muligens trenger en annen kommunikasjonsform enn kvinner, for eksempel en mer humoristisk og selvironisk tilnærming. Det kan se ut til at menn ofte foretrekker andre kommunikasjonsmidler enn kvinner, der elektronikk nevnes som et eksempel (Arnesen, 2011).

6.2.1 Innvandrerguppen

Denne kommunen har en relativt stor andel innvandrere (Anonymisert¹, 2011). De ansatte forteller at det har vært en økende andel innvandrere i frisklivsgruppen de siste årene. Det påpekes også at det er en del av innvandrerne som faller fra tidlig. Evalueringer som er gjort har vist at det kan være vanskelig å nå innvandrergupper (Båtevik et al., 2008). Det blir av de ansatte fortalt at det er noen utfordringer i forhold til å ha innvandrere i gruppen. Dette gjelder for eksempel ved gjennomføringen av helsesamtalene. Kulturforskjeller og språk trekkes frem som hovedutfordringene. De ansatte har inntrykk av at mange tilhører kulturer der det er forventet at en lege eller helsearbeider kommer med konkrete råd om hva en skal gjøre. Motivasjonssamtalene derimot, er lagt opp til at personen selv skal komme frem til en løsning (Holli, Maillet, Beto & Calabrese, 2009). For best mulig å ha et tilbud for ulike innvandrergupper, påpekes det i veilederen at frisklivssentralen bør samarbeide med ressurspersoner fra innvandremiljøene og tilpasse budskapet og informasjonen til de gruppene de ønsker å nå. Det kan være nødvendig å oversette viktig informasjon til enkelte minoritetsspråk. Dette kan bidra til å øke kunnskapen om innvandrerbefolkningen, og kartlegge deres behov. De ansatte må ta ansvar for at en kvalifisert tolk er til stede dersom dette er nødvendig ved for eksempel helsesamtalene, hvis det er personer med begrensede norskkunnskaper. For å få til et tilpasset tilbud, bør frisklivssentralen ha kontakt med innvandrersorganisasjoner, brukerorganisasjoner og andre aktuelle aktører (Helsedirektoratet^b, 2013).

Blant innvandrerne i frisklivsgruppen, har det i denne kommunen kun vært kvinner med. I Farstads (2004) studie poengteres det at vi i Norge har en forståelse for at kvinners potensial best kan utvikles på lik linje med menns, gjennom deltakelse i det offentlige. Det påpekes at integrasjon av innvandrerkvinner i det norske samfunnet best kan skje ved å delta i arbeidslivet, og dermed også frigjøres fra oppgaver i hjemmet (Farstad, 2004). På den måten kommer kvinnene i kontakt med andre, lærer det norske språket og kulturen. Flere av innvandrerkvinnene i Norge i dag får kun lavtlønnede jobber, for eksempel i

renholdsbransjen. Dette medfører ikke nødvendigvis en stolthet og mestingsfølelse blant disse kvinnene. I hjemmet derimot, opplever flere av kvinnene at de mottar anerkjennelse for det arbeidet de gjør. Resultatene fra denne studien indikerer at de fleste av de intervjuede kvinnene hadde hovedansvaret for hjem og familie, og at de trivdes med dette. Det er viktig å påpeke at ansvaret i hjemmet ikke kun inkluderer husarbeid. Det innebærer blant annet oppdragelse og opplæring i religion, matlaging og videreføring av tradisjoner (Farstad, 2004). På bakgrunn av studier som dette, kan vi anta at mange innvandrerkvinner i Norge er hjemmeværende. Da kan frisklivssentralen være et tilbud som bidrar til at disse kvinnene møter andre, både etnisk norske og andre innvandrere. De kan lære det norske språket, og alle kan lære av hverandres kultur, for eksempel gjennom deling av erfaringer og mattradisjoner på kostholdskursene. Frisklivssentralen kan derfor anses som et godt tiltak i forhold til integrering, og en arena der en gjensidig deling av tradisjoner og kultur kan bidra til bedre forståelse for hverandres levemåter. Den viktigste målgruppen er trolig innvandrerkvinnene, da hele familien kan nås gjennom dem.

De ansatte antyder at nordmenn er vant til å gå på tur, men at det ikke er tilfelle i alle kulturer. Dette opplever de ansatte som en utfordring, da treningstilbudet i hovedsak består av stavgang i skogen hele året. Enkelte uteblir fra turgåingen, spesielt dersom været er dårlig. Det er heller ikke alle som kler seg etter forholdene. I en studie utført av norsk institutt for naturforskning, ble det sett nærmere på innvandrergrupper i Groruddalens bruk av natur- og grøntarealer, og hvilket meningsinnhold ulike grupper tillegger naturmiljøet (Figari, Haaland & Krange, 2009). Her kommer det frem at nesten samtlige av de intervjuede kvinnene snakket om turgåing som et viktig element i hverdagen, og påpeker turgåing som den viktigste aktiviteten utenom hjemlige og andre plikter (Figari, Haaland & Krange, 2009). Turene blir brukt for å være sammen med andre, ofte familien, men mange går også alene. Kvinnene benytter oftest nærmiljøet som turareal, hovedsakelig turveier, tettbygde strøk eller tilrettelagte grøntarealer. Svært få oppgir skogen som et turområde, selv om Alna grenser til Østmarka (Figari, Haaland & Krange, 2009). Både det sosiale og et ønske om mosjon, god helse og frisk luft påpekes som motivasjoner for å gå på tur. Som en barriere mot friluftsliv, trekkes det frem informantenes tolkning av selve landskapet. Det kan se ut til at disse kvinnene har en annen forståelse av det og være ute enn ”det norske friluftslivet”. I tillegg til at turgåing knyttes opp mot det sosiale, legges det vekt på at utendørsarealene bør bære et preg av at de fysisk er utformet på en måte som tydeliggjør hva området er tilrettelagt for.

Dette gjelder for eksempel parker (Figari, Haaland & Krange, 2009). Videre påpekes det at kvinnene ikke går tur bare for å gå tur. Det er viktig at turen har et mål. Et eksempel er at turens mål for mange var IKEA.

Denne studien viser at selv om mange innvandrere går mye på tur, er hensikten og motivasjonen bak dette noe annerledes enn det er for mange nordmenn. For dem er turgåingen hovedsakelig en sosial aktivitet, og turen har ofte et spesielt mål eller destinasjon. Selv om flere av de intervjuede kvinnene trekker frem mosjon og helse som viktige aspekter med turen, er det ofte andre motivasjoner bak. Mange nordmenn går tur for å få frisk luft og trim. Videre viser studien at mange innvandrerkvinner benytter tettbygde strøk og tilrettelagte nærområder, men i liten grad skogen. Treningstilbudet ved frisklivssentralen bør derfor muligens være mer varierende, slik at en ikke kun benytter skogområder. Da kan flere ønsker tilfredsstilles, og flere ønsker kanskje å være med på tur.

I følge en rapport av Roos og Rysst (2009) er ikke-vestlige kvinner bosatt i Norge opptatt av sunnhet og kvalitet på matvarer. De fleste intervjuede kvinnene fortalte at de ikke syntes det var vanskelig å finne sunn mat i butikkene, men enkelte mente det var problematisk å redusere mengden fett på grunn av sin tradisjon med mye olje i matlagingen. På spørsmål om de kjente til symbolmerking av matvarer, svarte rundt halvparten ja. Det viste seg likevel at disse kvinnene tolket symbolmerking som all slags matvaremerking, ikke kun sunnhet. Svært få hadde hørt om nøkkelhullsmerkingen, men de fleste var positive til slike merkevareordninger når de ble informert om dette. Det skal påpekes at denne undersøkelsen ble gjort for noen år tilbake, da nøkkelhullsordningen ikke var så offentlig og etablert som det den er i dag. Videre ble det konkludert med at innvandrerne var åpne for ny informasjon rundt mat og helse, men at de på grunn av begrensede norskkunnskaper synes det kunne være utfordrende og ta til seg ny informasjon. Slike studier kan gi informasjon om både innvandrergruppers interesse for mat, sunnhet og deres kunnskap, som videre kan benyttes for å tilpasse kostholdskursene til ulike innvandrergrupper.

6.3 En nasjonal standard eller lokalt tilpassede helsetilbud?

De ansatte ved kommunens frisklivssentral ønsker å gjøre en del endringer i sitt tilbud, i tråd med Helsedirektoratets standard. På bakgrunn av at frisklivssentralene nå er et nasjonalt tiltak som anbefales i alle landets kommuner, er det utarbeidet både veiledninger for opprettelse og drift av sentralene, samt ulikt skriftlig materiale. Eksempler på dette er resepter og temaer for kostholdskurs (Helsedirektoratet^b, 2013). Det kan bety at terskelen for at den enkelte kommune starter opp et frisklivstilbud er lavere, da mye av forarbeidet allerede er gjort. Det vil spesielt være positivt for kommuner med begrensede ressurser. Samtidig kan standardiseringen av skriftlig materiale gjøre evalueringer og sammenlikninger enklere, fordi mange kommuner da benytter seg av det samme tilbudet, kommunikasjonsmateriale og reseptperiode. Hvis brukerne for eksempel er en del av frisklivssentralen i en tilnærmet lik periode i alle kommuner, kan dette gi et bedre grunnlag for å sammenlikne hva den enkelte har oppnådd i løpet av den tiden. På den annen side er målgruppen for frisklivssentralene relativt stor, og brukerne har derfor ulike behov og mål med deltakelsen.

Et eksempel på hvordan denne kommunen har valgt å omgjøre noe av frisklivstilbudet til Helsedirektoratets standard, er at de nå ønsker å følge rutinene for reseptperiodene i større grad. Per i dag er det slik at mange av brukerne har vært en del av frisklivsgruppen i lang tid, noen opp til flere år. De har fått lov til å bli så lenge de selv ønsker. Dette vil de nå endre, slik at brukerne blir ”kastet ut” av gruppen, for så å skulle stå på egne ben. Hvis pågangen av brukere er stor, kan ikke noen bli værende slik at det ikke er plass til nye i gruppen. Et viktig mål med frisklivssentralen er at brukerne skal oppleve mestring og bli i stand til å gjøre nødvendige endringer i livsstilen på egenhånd, slik at risikoen for utvikling av livsstilssykdommer minskes (Helsedirektoratet^b, 2013). De erfarne brukerne som har skapt en sammensveiset gruppe kan gjøre det vanskelig for nye å komme inn i gruppen. Forskjellen på for eksempel den fysiske formen blant de erfarne i forhold til de nye kan være stor, noe som for enkelte av de nye resulterer i at de mister motet og faller fra. De erfarne kan samtidig fungere som en ressurs, på grunn av at de kjenner opplegget så godt. Dersom en av de ansatte som skal lede treningen er borte en dag, kan fortsatt gruppen møtes for å gjennomføre treningen. Det er imidlertid viktig å tenke på at personene som er med i frisklivssentralen gjerne kjennetegnes ved manglende utdanning, er uføretrygdet eller pensjonister, og på mange måter isolerte fra samfunnet for øvrig. Endringer i livsstil er en langvarig og krevende prosess (Orford, 2001), og det er trolig lite sannsynlig at personer oppnår dette etter en reseptperiode

på 12 uker. Dersom en skal følge et slikt tidsbegrenset tilbud, vil det være viktig med gode oppfølgingstiltak og et godt støtteapparat som hjelper brukerne videre. En god dialog mellom bruker og ansatt vil da være svært viktig for å kartlegge hvor klar den enkelte er til å klare seg selv. Det blir av Tomter & Rudi (2013) hevdet at utslusing av brukere er et generelt problem for de mindre kommunene i landet. Dette er fordi det er få tilbud å sende brukerne videre til. Dermed blir utfordringen med å la brukerne stå på egne ben større. Videre påpekes det at mange brukere blir ved frisklivssentralene for sosiale grunner, og selv om endringer tar tid, mener Tomter & Rudi (2013) at dersom brukere etter flere reseptperioder ikke viser tegn til å ville gjøre endringer, bør disse kunne sluses ut av frisklivssentralene.

6.3.1 En sosial møteplass

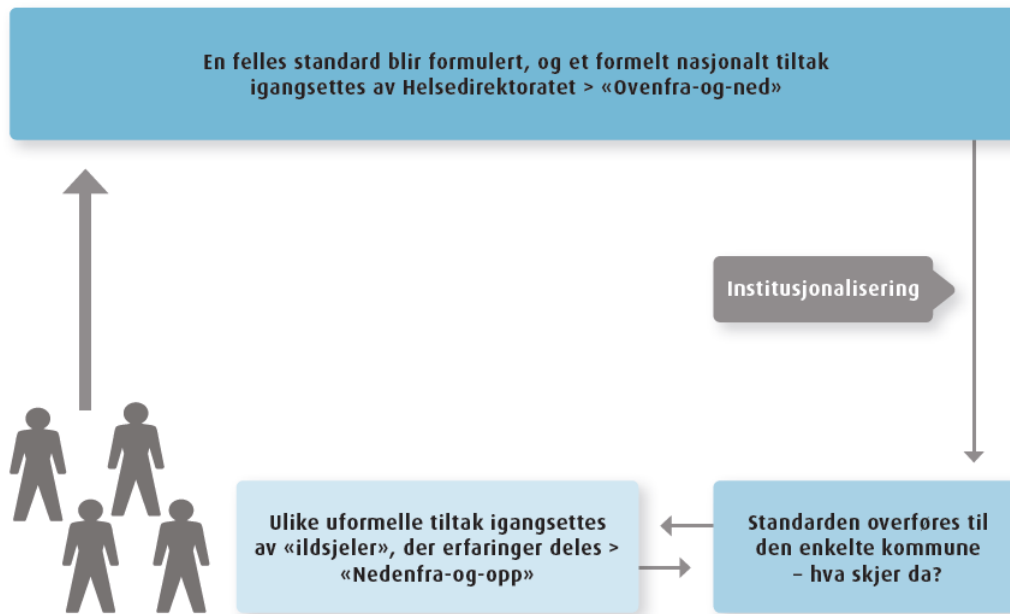
Resultatene fra denne studien tyder på at det *sosiale* og en *gruppetilhørighet* muligens er det viktigste for brukerne ved denne frisklivssentralen. Da brukerne ofte har psykiske plager i større eller mindre grad, for eksempel i form av angst og depresjoner, er det for mange vanskelig å delta på andre treningstilbud som for eksempel et vanlig treningsstudio. I følge de ansatte har derfor mange av brukerne uttrykt at de føler seg trygge i frisklivsgruppen, der de føler seg sett og ivaretatt. Det blir av Wormnes & Manger (2005/Selø, 2013) hevdet at det ”å bli sett” er en viktig motivasjonskilde. Dersom en får bekreftelse på at det en gjør er riktig, kan dette resultere i at en har større tro på seg selv, som igjen øker sannsynligheten for at en når sine mål. I Seløs (2013) studie påpekes det at oppmuntring og feedback fra fysioterapeutene ved frisklivssentralen er viktig for brukerne og deres innsats. Videre hevdes det at brukerne selv mener det er positivt at alle trener sammen, som igjen gjør at de gruer seg mindre til å dra på trening. Det er motivasjon for å opprettholde treningen, slik at en møter opp regelmessig (Selø, 2013). Det sosiale aspektet tydeliggjøres i denne studien, der fellesskap trekkes frem som et sentralt begrep. Det poengteres at det er mye latter og glede i gruppen, som fører til et fellesskap som gjør gjennomføringen lettere. Selv om flere av brukerne lærer mye om trening gjennom frisklivssentralen, er det mange som ønsker å bli i gruppen på grunn av fellesskapet og tilhørigheten. Brukerne viser omtanke for hverandre, noe som øker motivasjonen. Funn som tilsier at frisklivssentralen er en sosial møteplass støttes også av blant annet Båtevik, et al. (2008). Dersom noen av brukerne kastes ut av gruppen, mister de tilhørigheten til et sosialt og støttende miljø. En negativ konsekvens av dette kan være at en faller tilbake til gamle vaner i form av en stillesittende hverdag med et ugunstig kosthold. I masteroppgaven ”*Bra mat for bedre helse*” - en undersøkelse av deltakernes

erfaringer (Dahl, 2013), trekkes et sosialt nettverk frem som sentralt. Et sosialt nettverk kan betraktes som strukturen i en gruppe, som skapes gjennom relasjoner og samhandling mennesker i mellom. Slike nettverk kan dekke ulike behov hos den enkelte, for eksempel følelsesmessige behov, omsorgsbehov og et sosialt behov (Fyrland, 2005). I rapporten *Folkehelse rapport 2010 – Helsetilstanden i Norge*, kobles et sosialt nettverk opp mot helse, hvor det blant annet hevdes at støtte fra familie, venner og kolleger er viktig for at en skal mestre belastninger og sykdom. Her knyttes sosial støtte særlig opp mot psykiske plager, som er svært vanlig hos brukerne ved frisklivssentralen. Det blir sagt at god sosial støtte kan forhindre at ulike påkjenninger utvikler seg til lidelser. For personer med et svakt sosialt nettverk, som kan være vanlig blant de med lav sosioøkonomisk status og enkelte innvandrergupper, kan det være årsaken til at de oftere opplever psykiske plager. Dette kan igjen gjøre disse personene mer utsatte for fysiske smerter og sykdom (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Frisklivssentralen kan derfor fungere som det sosiale nettverket brukerne trenger for å bedre sin helsesituasjon, og ”utslusing” av brukere er på bakgrunn av dette ingen god løsning.

6.3.2 Fra ”dugnadsarbeid” til en felles definisjon

I forhold til opprettelsen og driften av kommunens frisklivssentral, gis det inntrykk av at helsesøsteren er selve drivkraften og den som sørger for at tilbudet fungerer slik det gjør. Som en av de ansatte uttrykker det; hun er selve ”primusmotoren”. Vaule (2012) hevder i sin studie at hun har inntrykk av at frisklivssentralen som tiltak i sin tid ble utformet på initiativ fra såkalte ildsjeler. Det ble etter hvert økt interesse rundt tiltaket fra det offentlige, og det var et behov for bedre oppfølgingstilbud etter evalueringene som ble gjort av ”grønn resept”. Modeller for lignende tiltak ble så testet ut, og resulterte til slutt i at frisklivssentralene ble et nasjonalt tiltak og begrep. I dag anbefales opprettelse av frisklivssentraler i alle landets kommuner (Helsedirektoratet^b, 2013) Dette er en ”nedenfra-og-opp”-tilnærming. Helsedirektoratet har dermed gjort mye av jobben med selve utformingen av tilbudet, og på den måten trolig sørget for at det tilbudet som anbefales, er basert på hva vitenskapelig forskning viser at er de beste metodene for å oppnå livsstilsendringer. Som tidligere diskutert, kan tilgjengeligheten av ferdig utarbeidet materiell og kurs gjøre at flere kommuner har mulighet til å opprette et slikt tilbud.

En kan imidlertid stille spørsmålstegn til hva som skjer når et uformelt tiltak, utformet og drevet av engasjerte personer med lokal tilknytning, så blir styrt av myndighetene og nærmest påtvunget kommunene. Dette kan ses på som en ”ovenfra-og-ned”-tilnærming.



Figur 8. Illustrasjon av ”institusjonaliseringen” av de lokale tiltakene mot et nasjonalt helsetilbud. Selvlaget figur.

Kommunen i min studie startet opp sitt frisklivstilbud på et tidlig stadium, og måtte derfor utarbeide det meste selv. De ansatte har påpekt at dette krevde mye arbeid, men at det ga dem et større eierforhold og bedre oversikt over eget tilbud. Dersom kommunene nærmest blir påtvunget å starte opp en frisklivssentral, og har alt av materiale og kurs tilgjengelig, kan en gå glipp av en svært viktig prosess som betyr at de ansvarlige har satt seg grundig inn i hva arbeidet med frisklivssentralen innebærer. Eksempelvis kan det omhandle klare målsetninger for arbeidet med friskliv og kartlegging av lokale ressurser. Den enkelte kommune har mest sannsynlig best oversikt over helsestatus blant sine beboere, og hva som vil fungere best av tiltak der. I en rapport om *MoRo-prosjektet* fra 2000–2003 påpekes det at når representanter fra målgruppen er aktivt med på å utvikle, implementere og evaluere en intervensjon eller prosjekt, vil en få bedre tilpasninger til lokale behov og ressurser (Lorenzen, Ommundsen, Jenum & Ødegaard, 2005). Det påpekes av Tomter & Rudi (2013) at frisklivssentralene nå skal gi tilbud til mange brukergrupper, og at det da er en viss fare for at spesielt de små kommunene kan ha problemer med å oppfylle forventningene.

I de minste kommunene må de ansatte ved frisklivssentralen stå for det meste av aktiviteter og tilbud selv, og har problemer med å holde seg oppdatert blant annet i forhold til påkrevet kompetanse (Tomter & Rudi, 2013).

Når det blir gitt føringer eller endringer ”ovenfra-og-ned”, som for eksempel fra staten til en enkelt kommune slik som ved frisklivssentralene, kan disse føringene være vanskelig å få til. Hana (2013) studie med fokus på innføringen av Samhandlingsreformen i lys av organisasjonsteori, påpeker at endringer som blir igangsatt av noen eksterne kan møte mye motstand og har mindre sannsynlighet for å lykkes, enn endringer som gjøres internt. Dette kan blant annet skyldes at organisasjonskultur påvirker både atferd og resultater tilknyttet endringer og oppnåelse av målsetninger (Christensen et al., 2009). I arbeidet med iverksetting av Samhandlingsreformen, på lik linje som med frisklivssentralene, er det mange ulike profesjoner og faggrupper involvert. Dette betyr at det også er mange ulike tanker og meninger om et felles mål, for eksempel bedre helse (Hana, 2013). For de interne involverte i en organisasjon eller kommune, kan endringer som blir igangsatt av noen eksterne føles truende. Derfor blir slike endringer ofte møtt med motstand (Røvik, 1998). Interne initiativ om endringer derimot, har en større sannsynlighet for å lykkes. Som et eksempel nevnes det i denne studien at utsiktene for en vellykket Samhandlingsreform ville vært større dersom fastlegene selv hadde satt i gang dette (Hana, 2013). Videre blir det av Hana (2013) hevdet at reformen ikke tar hensyn til en kommunes kompleksitet og ulike individer. Det er derfor viktig med lokale tilpasninger. Ledelsen må ta hensyn til de ansatte og den eksisterende kulturen, og involvering av de ansatte i planleggingsprosessen vil medføre et større eierskap til situasjonen. Når alle er inkludert og kan komme med sine synspunkter, unngår en at noen føler seg ”overkjørt” (Hana, 2013). Funnene i studien konkluderer med at innføringen av Samhandlingsreformen er en utfordrende oppgave. Videre ser det ut til at kommunene i stor grad styres av økonomi og ressurser, og prioriteringer må gjøres deretter (Hana, 2013). Dette gjelder også for frisklivssentralene. Intensjonen med frisklivssentralene er bra, men det er viktig å legge listen på et nivå som er håndterbart også for de mindre kommunene med små ressurser (Tomter & Rudi, 2013). Fylkesmannen uttrykker bekymring ved at Helsedirektoratet til stadighet utvider tilbudene som legges under frisklivssentralen. For små kommuner kan det da være utfordrende å ivareta bredden i tilbudene (Tomter & Rudi, 2013).

6.4 Evalueringer for fremtiden

Det kan se ut til at det blir gjort lite skriftlige registreringer og evalueringer av frisklivstilbudet i denne kommunen. I forhold til hva brukerne oppnår ved deltakelse, baserer de ansatte seg kun på eget inntrykk og tilbakemeldinger fra brukerne. Det blir ikke gjort noen kartlegging i forhold til brukernes kunnskaper om kosthold og livsstil før og etter kostholdskursene. Informasjon om effekten av frisklivstilbudet er derfor hovedsakelig basert på synsing, ikke konkrete evalueringer og resultater. Selv om de ansatte rapporterer til fastlegene, sier de selv at kommunikasjonen med legene er for dårlig. I St. meld. nr. 47 *Samhandlingsreformen* (2008-2009), påpekes viktigheten av samhandling mellom ulike tjenester og en god oppfølging av den enkelte pasient. På bakgrunn av dette oppfordres de ansatte ved frisklivssentralene til å dele relevant informasjon om hver enkelt bruker til de henvisende aktørene. Dette gjelder informasjon innenfor taushetsplikten, og dersom brukeren selv har godkjent dette. En rapport bør sendes etter endt reseptperiode, eller dersom han/hun frafaller tilbudet. Slik informasjon kan være nyttig for og blant annet vurdere hva som bør være den enkeltes videre oppfølging, og hva som kunne blitt gjort annerledes for at brukeren skulle fullført reseptperioden (Helsedirektoratet^b, 2013). Det påpekes i veilederen at frisklivssentralene er en ny helse- og omsorgstjeneste som har behov for mer forskning, utvikling og evaluering (Helsedirektoratet^b, 2013). Det har blitt gjort flere evalueringer av tilbudet nå enn da den første veilederen ble utgitt i 2011. Dette gjelder både treningstilbudet og kostholdskurset. Det tydeliggjøres ved at det i den nye veilederen fra 2013 er inkludert flere studier på området. Det påpekes videre at evalueringer av arbeidet og innfallsvinklene i det forebyggende og helsefremmende arbeidet er nødvendig (Helsedirektoratet^b, 2013). Det er viktig at det som presenteres av kunnskapsformidling gjennom for eksempel offentlige strategier, er basert på et sterkt vitenskapelig grunnlag (Kunnskapssenteret, 2010).

Frisklivssentralene er en del av det nasjonale folkehelsearbeidet, og det er nedskrevet et krav om at alt av folkehelsearbeid skal baseres på kunnskapsbasert praksis. Som forklart i teorikapittelet, deles gjerne kunnskapsbasert praksis inn i tre ulike deler; erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap- og brukermedvirkning og forskningsbasert kunnskap (Kunnskapssenteret, 2010). Nå som de kommunale frisklivssentralene begynner å bli godt etablert, kan erfaringer som gjøres være nyttige i forhold til videre prioriteringer og tiltak. Studier som denne, som fokuserer på de ansattes erfaringer med sitt arbeid, kan derfor være et viktig bidrag i forhold til den videre utviklingen av frisklivssentralene. Det samme gjelder

brukernes tilbakemeldinger i forhold til deltakelsen og tiden etter at reseptperioden er over. Både erfaringene fra de ansatte og brukerne kan knyttes opp mot erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap- og brukervedvirkning. Selv om denne kunnskapen er viktig, er det også et krav om at folkehelsearbeidet er basert på forskningsbasert kunnskap som har kartlagt effekter av tiltak, metoder og verktøy for folkehelseområdet (Oldervoll & Lillefjell, 2011). Det er gjort lite forskning på kvaliteten innen forebyggende helsetjenester, og det er blant annet anbefalt at det opprettes et eget forskningsmiljø med helsefremmende fokus. Her er det naturlig at et tilbud som frisklivssentralen blir inkludert, da dette er et relativt nytt tiltak (Wang, 2010). Behovet for kunnskapsbaserte tiltak blir også påpekt gjennom en kunnskapsoversikt av Oldervoll & Lillefjell (2011), hvor det kommer frem at det er et behov for godt evaluerte tiltak rettet mot de personene i samfunnet som trenger hjelp til å endre helseatferd.

Dette kan bety at det er et behov for gode evalueringsmetoder som kan kartlegge effekten av frisklivstilbudene, både i forhold til hva som fungerer bra og hva som ikke gjør det. I rapporten *Ein resept å gå for?* (2008) kommer det frem at målgruppen for frisklivssentralen er for svakt definert, og varierer i stor grad fra kommune til kommune. Dette kan gjøre evalueringer og sammenlikninger vanskeligere. En kvalitetsvurdering kan være nyttig for å avgjøre om frisklivssentralene er et tiltak det er verdt å satse på i fremtiden. I *MoRo-prosjektet* fra 2000-2003, påpekes det at politiske og helsemessige tiltak må tilpasses målgruppene og evalueres slik at en kommer videre i kunnskapsutviklingen. Det er betenkelig at store ressurser blir utdelt til tiltak som mangler evaluering (Lorentzen, Ommundsen, Jenum & Ødegaard, 2005). Forskning og utviklingsarbeid bør vektlegges i opprettelsen av frisklivssentralene. Det foreslås at det bør etableres et nasjonalt samarbeid i forhold til bruken av et evalueringsverktøy. Et slikt verktøy gjør det mulig å sammenlikne effekten av ulike tilbud, slik at evalueringer muliggjøres og kunnskapen på området kan utvikles (Oldervoll & Lillefjell, 2011).

6.5 Frisklivssentralenes rolle i det nasjonale folkehelsearbeidet

De ansatte ved kommunens frisklivssentral uttrykker at de synes dette er et veldig positivt tiltak, men at tilbudet ikke fungerer optimalt per i dag. Dette er hovedsakelig på grunn av manglende ressurser til å tilby et bredere og mer tilpasset tilbud. De antyder videre at de synes tanken bak Samhandlingsreformen er god, da det blir rettet mer fokus på forebyggende tiltak som frisklivssentralene. Samtidig mener de ansatte at reformen foreløpig ikke er positiv for

det kommunale folkehelsearbeidet, blant annet fordi mye av kommunens ressurser nå må gå til for eksempel innbyggernes liggedøgn på sykehus. Da Samhandlingsreformen blant annet innebærer et større ansvar for den enkelte kommune, blir det tildelt en del nye oppgaver til de ansatte i helsesektoren. Samtidig krever slike oppgaver en del ressurser, og da kommunen ikke har fått tildelt flere ressurser av staten, må de bruke midler fra eget budsjett. Dette fører til at tilbud som frisklivssentralene får tildelt færre midler. Derfor mener de ansatte at det må skje en del forbedringer og prioriteringer før reformen er til fordel for flertallet.

Basert på informasjon fra intervjuene er det tydelig at de ansatte ser på frisklivssentralen som et forebyggende tiltak, og at de liker å jobbe forebyggende. Ved siden av arbeidet ved friskliv har de ansatte hovedsakelig behandlende arbeidsoppgaver i kommunen, da de fleste er fysioterapeuter. I folkehelse rapporten (2010) kommer det frem at studieplanene til helsefagutdannelser inneholder relativt få studiepoeng til forebyggende helsearbeid. På bakgrunn av dette kan en stille seg kritisk til at helsepersonell som fysioterapeuter og helsesøstere arbeider med friskliv. Alternativt kan frisklivssentralene fremstilles som et behandlende tiltak i veilederen fra Helsedirektoratet. Skillet mellom behandlende-, forebyggende- og helsefremmende arbeid er altså vagt, og det kan være vanskelig å plassere frisklivssentralen i forhold til dette. De ansatte ser på frisklivssentralen som et forebyggende tiltak, men tilbudet går mer i retning av å være et behandlende tiltak da målgruppen er personer som er i faresonen eller allerede har utviklet en sykdom. Det påpekes av Vaule (2012) at det kan være potensial i å gå mer i retning av å drive en frisklivssentral som ”genuin forebygging”, eller fokusere i større grad på en mer helsefremmende innsats. Dette kan bekreftes gjennom hvordan en frisklivssentral i den utvalgte kommune fungerer, der det tydelig kommer frem at det sosiale fellesskapet og gruppetilhørigheten står sentralt. Vaule (2012) hevder at tilbudet kan fokusere mer på velferd og en helseforståelse basert på subjektive opplevelser. På den måten kan frisklivssentral rettes mer mot den generelle befolkningen i større grad enn kun de ”syke”. Et slikt grunnlag vil trolig føre til at tilbudet når flere grupper i befolkningen enn det gjør i dag. I rapporten *Ein resept og gå for?* (2008), blir det, som tidligere nevnt, konkludert med at målgruppen er for svakt definert, og varierer fra kommune til kommune. Dette vil muligens bli et større problem dersom det ikke eksisterer noen avgrenset målgruppe.

6.5.1 Helse og uhelse

På spørsmål om hva de ansatte legger i begrepet helse, var samtlige enige om at helse er mer enn fravær av sykdom. De hevdet at god helse handlet om å ha overskudd til å leve livet slik en selv ønsker, uten at sider ved en selv hindrer dem i dette. Helsebegrepet blir blant annet diskutert av Fugelli & Ingstad (2001), som hevder at teoretikere på en side utformer såkalte universelle helsedefinisjoner, og at det vil være av betydning å se om folkets meninger og forestillinger om helse også blir tatt hensyn til i denne prosessen. Fugelli (2004) hevder at helseidealet er uoppnåelig for folk flest, og at det er et behov for å flytte helsen og helsebegrepet tilbake til folket. Han mener at helse også kan romme feil og sykdom. God helse handler om å ha det bra med seg selv og sitt eget liv. Dette samsvarer i stor grad med hva de ansatte ved kommunens frisklivssentral legger i helsebegrepet. Det er i dag stadig artikler i media som hevder at flere blir sykkelig opptatt av å være sunne, og at et slikt sunnhetsideal kan ha motsatt effekt og i stedet medføre uhelse. Dersom helsebegrepet for folket egentlig innebærer en uoppnåelig livsstil, vil ingen kunne tilfredsstille disse kravene. Et viktig mål for brukerne ved frisklivssentralene er å oppnå mestringsfølelse og kontroll over egen helse. Dette vil være vanskelig dersom de etterstreber et ideal som ikke eksisterer innenfor realistiske rammer. For å gjenskape en mestringsfølelse i folks liv, kan det derfor være nødvendig å fremheve en helsedefinisjon som folk kan leve opp til.

Vaule (2012) hevder at det kan se ut til at det fokuseres på de individuelle påvirkningsfaktorene av helse ved frisklivssentralene. Ansvaret deles imidlertid med de ansatte gjennom støtte og veiledning (Vaule, 2012). Gjennom veiledning blir brukerne oppfordret til å ta ansvar for egen helse. På den annen side settes den personlige ansvarsfølelsen litt til side da frisklivssentralen er et gruppetilbud der brukerne sammen skal nå sine mål. Dersom disse personene gjennom deltakelse finner sin plass i en gruppe og et sosialt fellesskap som sammen ønsker å endre sine aktivitetsvaner og sitt kosthold, vil trolig han/hun gjøre de nødvendige endringene i sitt liv som automatisk fører til bedre helse uten at fokuset hele tiden behøver å være på helse og uhelse. Studier som *MoRo-prosjektet* viser at samfunnets struktur har betydning for at individuelle atferdsendringer skal oppnås (Lorentzen, Ommundsen, Jenum & Ødegaard, 2005). Et eksempel er at lokalmiljøet har mye å si i forhold til at folk skal være i aktivitet. Er det lagt opp til trygge, tilgjengelige turmiljøer, er sannsynligheten for at innbyggerne benytter seg av dette større (Roos, 2006).

Helse kan derfor ikke ses på som kun et individuelt ansvar. Det må finnes en god balanse mellom hvor stor del av ansvaret som skal ligge hos den enkelte, og hvor mye samfunnet som helhet skal ta ansvaret for.

7. Oppsummering

Hovedfunnene i studien er nå diskutert, med fokus på de mest spennende aspektene. Videre følger en kort oppfølging av funnene relatert til hvert enkelt forskningsspørsmål, for å gi et tydelig svar på problemstillingen.

7.1 Forskningsspørsmål 1

Hvordan er frisklivstilbudet i kommunen *organisert*, basert på de ansattes beskrivelser, samt noen egne observasjoner og tilgjengelig skriftlig informasjon?

Frisklivstilbudet er organisert som et lavterskeltilbud, der aktivitetene foregår i grupper. Det kan imidlertid diskuteres hvorvidt tilbudet faktisk kan defineres som et lavterskeltilbud da det eksempelvis kun er enkelte brukergrupper som fanges opp av tilbudet. Hovedtiltakene er gruppetrening, kostholdskurs og kostholdskurs. Tilbudet er forankret i Enhet for familie og helse, hvor det hovedsakelig jobber fysioterapeuter. Det er derfor mangelfull kompetanse innen ernæring. Dette støttes av funn fra andre studier. Samarbeidet internt blant de ansatte er ikke godt nok, og ansettelsen av en frisklivskoordinator er ment som en av løsningene på dette. Samtidig må samarbeidet med de henvisende aktørene, i hovedsak fastlegene, bedres. På den måten kan oppfølgingen av den enkelte bruker bli bedre og henvisninger skje hyppigere. En viktig del av friskliv er at brukerne får informasjon om alle de ulike tilbudene som finnes i kommunen. Dette oppleves som utfordrende da det ikke er så mange treningstilbud i kommunen, med unntak av idrettslag. Et annet problem er mangelen på bredde i tilbudet. Det er for eksempel ønskelig med et tilbud også på kveldstid, for å appellere til flere.

7.2 Forskningsspørsmål 2

Hvordan *fungerer* de enkelte tilbudene ved kommunens frisklivssentral *i praksis*, basert på de ansattes beskrivelser og erfaringer, mine egne observasjoner, samt tilgjengelig skriftlig informasjon om dette?

Helsesamtalene er på mange måter hovedtilbudet ved frisklivssentralen, da samtalen skaper grunnlaget for hva slags tilbud den enkelte bruker skal benytte, motivasjonen for gjennomføringen, og en vurdering på om han/hun er klar for å avslutte sin reseptperiode og stå på egne ben. Treningstilbudet er preget av de lokale tilpasningene, der nærmiljøet blir benyttet. Aktiviteten er den samme hver gang, og det er ønskelig med et mer variert treningsprogram. Her kan det være aktuelt å inkludere brukerne med innspill og engasjement i større grad, slik at dem selv kan styre treningen og på den måten bli mer selvgående. Kostholdskursene følger Helsedirektoratets kurs *Bra mat for bedre helse*, og det er ingen individuell kostholdsveiledning. I tillegg er det et eget tilbud for barna og deres foreldre, med både treninger og temakvelder. Det er tydelig at det sosiale med friskliv er svært viktig for brukerne. Den tryggheten brukerne føler ved å høre til en gruppe er viktig for trivsel og motivasjon. Frisklivssentralen kan være en arena der brukerne bygger opp et sosialt nettverk med personer som er i en tilnærmet lik situasjon. Det er betenkelig at det satses på frisklivssentralene som et nasjonalt tiltak i så stor grad som det gjør, når det eksisterer så lite grunnlag for å si noe om effektene av dette. Å basere seg på ytringer og synspunkter fra brukerne er ikke et godt nok vitenskapelig grunnlag. Det er viktig at det gjøres flere evalueringer av tiltakene, samtidig som at de ansatte journalfører mer detaljert og regelmessig.

7.3 Forskningsspørsmål 3

Er det spesielle *kjennetegn* ved brukerne som deltar ved friskliv i kommunen nå, og er det noen spesielle *utfordringer* i møtet med ulike deler av befolkningen?

Den typiske bruker er eldre kvinner, og de ansatte mener at dette ”kvinnelige miljøet” gjør det vanskelig for både yngre kvinner og menn i alle aldre å finne sin plass i gruppen. Ulike grupper i befolkningen vil også kreve ulike tilnæringsmåter og tilpasninger. Måten vi ser på helse og egen livssituasjon avhenger av mange faktorer, blant annet alder, kjønn og kultur. Unge kvinner har et annet syn på helse enn for eksempel eldre menn, og pakistanske kvinner

har et annet syn på helse og velvære enn etnisk norske kvinner har. Det er viktig å ha kunnskap om de ulike gruppenes idealer, og tilpasse seg etter dem. Tilpasninger er viktige både ved treningen, helsesamtalene og kostholdskursene. På den måten vil det være lettere å finne den enkeltes motivasjon, samt tilpasse frisklivstilbudet etter dette. En tydelig utfordring er møtet med ulike innvandrergupper. Dette kan være utfordringer i forhold til kultur og språk. Ved å ha en blandet gruppe med ulike typer mennesker vil de sammen kunne gi hverandre innspill ut fra ulike innfallsvinkler, erfaringer og livsgrunnlag. Det er viktig å benytte hverandre som ressurser, og vise resept ovenfor hverandre og våre kulturer.

7.4 Forskningsspørsmål 4

Er det noe de ansatte ønsker å *gjøre annerledes* med dagens frisklivstilbud, og er det noen *planlagte endringer* i nærmeste fremtid nå som frisklivssentralene har blitt et nasjonalt formet tiltak?

Det er et ønske om at frisklivstilbudet i denne kommunen blir endret i takt med Helsedirektoratets standard. De benytter blant annet felleslogoen, og ønsker nå at en begrenset reseptperiodene skal følges i større grad enn tidligere. Da frisklivsgruppen har blitt en så sammensveiset gjeng hvor den sosiale tilhørigheten er så viktig, kan det være problematisk om de så skal kastes ut av gruppen. Frisklivstilbudet begynte som lokale, uformelle tilbud for å hjelpe kommunens innbyggere med å oppnå bedre helse. Etter hvert som tilbudene ble opprettet, ble også erfaringer delt, og tilbudene utvidet. Dette resulterte i de nasjonale frisklivssentralene. Det er usikkert om dette har en negativ eller positiv effekt på tilbudet.

8. Implikasjoner for videre forskning

Det er fortsatt et behov for studier av tiltakets helseeffekt, spesielt langtidseffekter. Selv om det finnes mye dokumentasjon på at fysisk aktivitet og kosthold har betydning for helsen, trengs det flere studier på hvordan deltakelsen ved frisklivssentralen påvirker en persons helse og livssituasjon. Det er blant annet behov for studier som kartlegger brukernes opplevelser av deltakelsen og hva de oppnår på lang sikt. Det er interessant å få innsikt i brukernes opplevelser av å avslutte sin reseptperiode, og hvordan de opplever hverdagen da tiden ved frisklivssentralen er over. I den forbindelse vil studier som fokuserer på ”utslusingstilbud” være av interesse. Migrasjonshelse står sentralt, og det er viktig å danne en oversikt over gode tilpasninger og tiltak ved frisklivssentraler som kan brukes som gode eksempler.

Frisklivssentralene har vært et stort satsningsområde de siste årene, og det er derfor behov for en kartlegging av hvilke helsemessige gevinster samfunnet som helhet får av dette. Da trengs det gode verktøy for å kunne gjennomføre evalueringer i de enkelte kommunene.

Litteraturliste

Akervik, G. (2000). *Innvandring, helse og mat. Kunnskapsutvikling om endringer i helse ved migrasjon*. Oslo: Almater forlag AS.

Anderssen, S. A., Carroll, S., Urdal, P. & Holme I. (2007). Combined diet and exercise intervention reverses the metabolic syndrome in middle-aged males: results from the Oslo Diet and Exercise Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 6(17), 687-695.

Arnesen, G. T. (2011). *„Grete Roede kurs, liksom. Hallo? Kjerring?“. En kvalitativstudie av menns erfaringer med slankekurs*. (Masteroppgave, Høyskolen i Akershus, Kjeller). Kjeller: Høyskolen i Akershus.

Birch, L. L. & Ventura, A. K. (2009). Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity*, 33(4), 74-81.

Blom, E. E. (2008). *”Trening på resept” - Evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til ”Trening på resept”*. En prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging. Oslo: Norges idrettshøgskole.

Blom, S. (2010). *Sosiale forskjeller i innvandreres helse. Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006*. (SSB - rapport 47/2010). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Boutayeb, A. (2006). The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Epub*, 100(3), 191 – 9.

Bringedal, B. & Asland, O. G. (2005). *Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen*. Oslo: Legeforeningens Forskningsinstitutt.

Burns, C., Friel, S. & Cummins, S. (2007). Economically, geographically and socially disadvantaged communities. I Lawtrence & Worsley (Red.), *Public health nutrition – From principles to practice* (s. 153 – 175). Maidenhead: Open University Press.

Båtevik, F. I., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R. & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* (Arb. Rapport nr. 225/2008). Volda: Høgskulen i Volda, Møreforskning.

Carter, S. M. & Little, M. (2007). *Qualitative Health Research. Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research*. *SAGE Publications*, 17(10), 1316-1328.

Christensen, T. m.fl. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Commission of European Communities. (2007). *White paper on: A strategy for Europe in Nutrition, Overweight and Obesity related health issues*. Brussel: Commission of

European Communities.

Contento, I. R. (2011). *Nutrition Education: linking research, theory, and practice* (2nd edition). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.

Crabtree, B. F. & Miller, W. L. (1999). *Doing qualitative research*. (2nd edition). Newbury Park, California: SAGE.

Dahl, A-M. (2013). "Bra mat for bedre helse" kurs: en undersøkelse av deltakeres erfaringer. (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark). Hedmark: Høgskolen i Hedmark.

Dahl, Ø. (2001). *Møter mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to promote social Equity in health*. Stockholm: Institute for future studies.

Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg., 3. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Donovan, R. M. & Sletteland, N. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Elley, C. R., Kerse, N., arroll, B. & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 326(5), 793-796.

Eriksen, T. H. (2001). *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Tano Aschehoug.

Eriksson, M. K., Hagberg, L., Lindholm, L., Olsson, E-B. M., Østerlind, J. & Eliasson, M. (2010). Quality of Life and Cost-effectiveness of a 3-Year Trial of Lifestyle Intervention in Primary Health Care. *Arch Intern Med*, 170(16), 1470-1479.

Eriksson, M. K., Franks, P. W. & Eliasson, M. (2009). A 3-Year Randomized Trial of Lifestyle Intervention for Cardiovascular Risk Reduction in the Primary Care Setting: The Swedish Björknäs Study. *PLoS ONE*, 4(4), 1-15.

Figari, H., Haaland, H. & Krange, O. (2009). *Friluftsliv som hverdagsliv –Innvandrerkvinnens bruk av utendørsområder i Groruddalen*. (NINA-Rapport nr. 479/2009). Trondheim: Norsk institutt for naturforskning.

Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Hentet 14. November 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Folkehelseloven Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*. Hentet 14. November 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-1-20102011.html?id=638503>

Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapport 2010- helsetilstanden i Norge*. (NFI-rapport nr. 2/2010). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Folkehelseinstituttet. (2013). *Dødsårsakene 2012 - Flest dør av kreft og hjerte- og karsykdommer*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse – slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforen*, ?(121), 3600-4.

Gough, B. & Conner, M. T. (2006). Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 2(62), 387-395.

Hana, M. (2013). *Samhandlingsreformen – bare et ideal eller også en realitet? En organisasjonsteoretisk studie av innføringen av samhandlingsreformen i tre nordnorske kommuner*. (Masteroppgave, Universitetet i Tromsø). Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Han, J. C., Lawloe, D. A. & Kimm S. Y. S. (2010). Childhood obesity. *The Lancet*, 6736(10), 60171-7.

Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (3. utg. 3. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Helgerud, J. & Eithun, G. (2010). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hokksund/Trondheim: Hokksund rehabiliteringssenter og NTNU.

Helsedirektoratet. (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge – Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. (Rapport nr.10/2009). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet^a. (2010). *Folkehelsearbeidet -veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet^a. (2011). *Samhandlingsreformen og nye folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud* (Drøftings- og prosessnotat IS-1931/2011). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet^b. (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering* (Veileder IS-1896/2011). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet^c. (2011). *Bra mat for bedre helse*. (2. utg.). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2012). *Frisklivssentraler*. Hentet 14. November 2013 fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Sider/default.aspx> .

Helsedirektoratet^a. (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering* (Veileder IS-1896/2013). Oslo: Direktoratet.

Helsedirektoratet^b. (2013). *Veien videre for folkehelsen*. Hentet 14. November fra <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/veien-videre-for-folkehelsen.aspx>

Helsedirektoratet^c. (2013). *Samhandlingsstatistikk 2011-12*. Hentet 14. November 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12-pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester: Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet 14. November 2013 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunale+helse-+og*

Hillsdon, M., Thorogood, M., White, I. & Foster, C. (2002). Advising people to take more exercise is ineffective: a randomized controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology*, 31(4), 808-815.

Holli, B. B., Maillet, J. O.S., J. A. Beto & Calabrese, R. J. (2009). *Communication and Education Skills for Dietetics Professionals*. (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M. & Mosdøl, A. (2004). Sosiale ulikheter og kosthold. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 11(1), 49-57.

Ivarsson, B. H. (2011). *MI – motiverende intervju: praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia.

Kallings, L. (2010). *Fysisk aktivitet på recept i Norden- erfaringer og anbefalinger* (Veileder IS-0303). Gøteborg: Nordiska ministerrådet.

Kleivset, J. & D. Sørensen, L. (2012). *Fysisk aktivitet hos overvektige barn: En kompleks vei til opplevelse av bevegelsesglede*. (Bacheloroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus). Oslo og Akershus: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Klepp, K. I. (2009). *Dokumenterte effekter av lavterskeltiltak for endring av levevaner*. Oslo: Helsesrådet.

Klepp, K.I. & Asheim, A. (2010). *Folkehelsearbeidet –veien til god helse for alle* (Veileder IS-1846). Oslo: Helsedirektoratet

Kristiansen, I. S. & Wisløff, T. (2003). *Grønn resept –effekt og kostnadseffektivitet*. (SMM-rapport nr. 7/2003). Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering.

Kunnskapssenteret. (2010). *Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester*. Oslo: Kunnskapssenteret.

Lawrence, M. & Worsley, T. (2007). *Public Health Nutrition –from principles to practice*. Maidenhead : Open University Press.

Lien, M. I. (2004). Menn og slanking. *En kvalitativ studie av maskulinitet, kropp, mat og helse i møte med menn som opplever overvekt*. (Hovedoppgave: Universitetet i Oslo). Oslo: Universitetet i Oslo.

- Lindström, J., Ilkanne, P. P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J. G., Hermio, K., et al. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *The Lancet*, 368(9548), 1673-9.
- Lorentzen, C., Ommundsen, Y., Jenum, A. K. & Ødegaard, A. K. (2005). *MoRo "Mosjon på Romsås" –en intervensjonsstudie for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo øst. Erfaringer og resultater fra MoRo-prosjektet*. Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Magelsen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning –forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 25(122), 2468-72.
- Martin, L. R., Haskard-Zolnierek, K. B. & DiMatteo, M. R. (2010). *Evidence-based guidelines for improving healthcare*. Oxford: Oxford University Press.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. C.A.: SAGE
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Miller, W. & Crabtree, B. (1999). Clinical research –A multimethod typology and qualitative roadmap. I: Miller, W. & Crabtree, B. (Red.) *Doing qualitative research* (s. 20-24). Thousand Oaks. C. A.: SAGE.
- Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C., Quevedo, C. H., McDaid, D. & Mossialos, E. (2009). *Health in the European Union –Trends and analysis*. Danmark: European Observatory in Health Systems and Politics.
- Mortensen, K. H. (2012). *Effektavaler av "Bra mat for bedre helse": en kvasiexperimentell intervensjonsstudie* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt råd for ernæring. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*. Oslo: Nasjonalt råd for ernæring.
- Nes, M., Müller, H. & Pedersen, J. I. (2006). *Ernæringslære*. (5. utg., 3. oppl.). Oslo: Landsforeningen for kosthold og helse Gyldendal akademisk.
- Norden^a. (2013). *Det offisielle Nordiske samarbeidet*. Danmark: Nordisk råd og Nordisk ministerråd.

Norden^b. (2013). *Om helse i Norden*. Danmark: Nordisk råd og Nordisk ministerråd.

Norges offentlige utredninger. *Det er bruk for alle*. NOU 1998: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998: 160.

NOU 2001: 7. (1998). *Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven. Planutvalgets første delutredning*. Oslo: Miljøverndepartementet.

NOU 2003:14. (2003). *Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven II. Planlovutvalgets utredning med lovforslag*. Oslo: Miljøverndepartementet.

Nylenna, M., Berg, R. C. & Underland, V. (2012). *Effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak på kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og seksuell helse hos barn og unge* (NKH-rapport nr. 06/2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD: The Organisation for Economic Co-operation and Development. Hentet 14. November 2013 fra http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf

Oldervoll, L. M. & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling. Innherredsmodellen, Trinn 1* (Hist/NTNU-rapport nr. 2/2011). Trondheim: Senter for helsefremmende Forskning.

Orford, J. (2001). *Excessive Appetit: A Psychological View of Addictions* (2. utgave). Chichester, England: John Wiley and son.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages of processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consilt Clin Psychol*, (51), 390-5.

Salbu, A. K. (2011). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. Hentet 14. November fra <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/>

Richards, H. M. & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135-139.

Roos, G. (2006). *Kropp, slanking og forbruk. SIFO-survey hurtigstatistikk 2006*. (Prosjektnotat nr. 9/2006). Oslo: Statens institutt for forbruksforskning.

Roos, G. & Rysst, M. (2009). *Ikke-vestlige forbrukere og sunnhetsmerking av næringsmidler*. (Oppdragrapport nr. 1/2009). Oslo: Statens institutt for forbruksforskning.

Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagforlaget.

Selø, B. (2013). *Deltakernes opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral*. (Masteroppgave, Høyskolen i Hedmark). Hedmark: Høyskolen i Hedmark.

Shah, A. (2010). Poverty facts and stats. Global issues. Hentet 14. November 2013 fra <http://www.globalissues.org/article/26/poverty-facts-and-stats>

Sosial- og helsedirektoratet.(2007). *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. (IS-1443). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

SSB. (2013). *Sykefravær, 2. Kvartal 2013*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

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

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

St. meld. nr. 16 (2010-2011). (2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. Hentet 14. November 2013 fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/xxxxxxx>

Sørensen, M. & Graff- I. S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 6(121), 121-4.

Sørensen, M., Graff-I, S., Haugstvedt, K-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 24(122), 2379-83.

Sørvang, C. (2009). *Prosessevaluering av kurslederkurset; Bra mat for bedre helse*. (ukjent type studie og studiested).

Swanborn, P. (2010). *Case study research –what, why and how?* London: SAGE Publications.

Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metode*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tilrådningsrapport (2009). *Utvikling av lavterskeltilbud innen leveområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk*. Oslo: Helsedirektoratet.

Tran A.T., Diep L. M., Cooper, J. G., Claudi, T. et al. (2010). Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study from Oslo, Norway. *BMC Health Services research*, 10(145), 1472-6963.

Tran A. T., Straand J., Diep, L. M., et al. (2011). Cardiovascular disease by diabetes status in five ethnic minority groups compared to ethnic Norwegians. *BMC Public Health*, 11(554), 1471-2458.

Tomter, H. & Rudi, G. (2013). *Innspill til revidering av veileder for kommunale frisklivssentraler*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling Helse- og Sosialavdelingen.

Vaule, B. M. (2012). *Folkehelsepolitiske diskursive dimensjoner og kommunale*

frisklivssentraler. Hvordan "skaper" og gir diskurser retning til innsatsen på folkehelsefeltet og de kommunale frisklivssentralene? En studie med diskursanalytisk tilnærming. (Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus, Norge). Kjeller: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Wang, H. (2010). *Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten: forebyggende helsetjenester.* (Notat, 2010). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Wandel, M. (1993). Nutrition-related diseases and dietary change among Third World immigrants in northern Europe. *Nutrition and health*, 9(2), 117-33.

Whittemore, R., Chase, S. K. & Mandle, C. L. (2001). Qualitative Health Research. Validity in Qualitative Research. *SAGE Publications*, 11(4), 522-537.

WHO. (1948). *WHO definition of Health.* Hentet 14. November 2013 fra <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion.* Hentet 14. November 2013 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO (2012). *Millenium Develoment Goals (MDGs).* Hentet 14. November 2014 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/index.html>

WHO^a. (2013). *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage.* Genève: World Health Organization.

WHO^b (2013). *Obesity and Overweight.* Hentet 14. November 2014 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wolcott, H. F. (2005). *The Art of Fieldwork.* C.A.: Waltamira Press.

Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring, veier til effektiv bruk av egne ressuser.* Bergen: Fagbokforlaget.

Øverby, N. C., Torstveit, K. M. & Høigaard, R. (2011). Hva er folkehelse og folkehelsearbeid? I Øverby, N. C., Torstveit, K. M. & Høigaard, R (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 11-22). Kristiansand: Høgskoleforlaget AS.

Vedlegg

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med min masteroppgave i Samfunnsnærings

Jeg er en masterstudent i Samfunnsnærings ved Høgskolen i Oslo og Akershus, avdeling Kjeller. I den forbindelse er jeg nå i gang med min avsluttende masteroppgave. Temaet for oppgaven er frisklivssentraler, og for avgrensning av oppgaven har jeg valgt å se nærmere på en frisklivssentral i Akershus fylke. Da slike ordninger er et relativt nytt tiltak, vil jeg gjøre en casestudie for å få en bredere og dypere forståelse av hvordan en frisklivssentral kan være organisert og praktisert. Ved å få informasjon om hva som kan fungere bra og hva som kan være en utfordring i gjennomføringen av et slikt tiltak, er målet at disse opplysningene kan videreføres i etableringen av frisklivssentraler i andre kommuner i fremtiden. I tillegg til personlige intervju, vil jeg også benytte observasjon ved deltakelse på kostholdskurs og gruppetreninger. Her vil jeg ta notater underveis. For å innhente slik informasjon, er det ønskelig å gjennomføre intervjuer av sentrale ansatte i kommunen som på en eller annen måte er delaktige i gjennomføringen av frisklivsordningen. Jeg ønsker å intervju 5-12 personer som representerer ulike deler av kommunens frisklivssentral, både i rekrutteringen og gjennomføringen av motivasjonssamtaler, kostholdskurs og treningsgruppene. Jeg vil derfor intervju fastleger, fysioterapeuter, helsesøstre og eventuelle andre aktuelle ansatte. Målet er å få et helhetlig bilde av kommunens frisklivssentral. Spørsmålene vil omhandle egne synspunkter og erfaringer med frisklivssentralen, samt spørsmål om helse og folkehelsearbeid generelt.

Jeg vil under samtalen benytte en båndopptaker, slik at intervjuet på et senere tidspunkt kan transkriberes og analyseres. Samtidig vil jeg ta notater underveis mens intervjuet pågår. Samtalen vil ta 30-60 minutter, og tid og sted avtales på forhånd. Deltakelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å gi en begrunnelse for hvorfor. Dette vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg anonymiseres og ikke benyttes i oppgaven. Opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt, der ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene blir anonymisert, og transkriberte og anonymiserte intervju vil oppbevares av institusjonen (HIOA) for videre forskning. Båndopptakene vil slettes når oppgaven er fullført. Oppgavens slutt er senest desember 2013. Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Vennligst signer den vedlagte samtykkeerklæringen og returner den til meg dersom du ønsker å delta i undersøkelsen. Har du noen spørsmål i forbindelse med denne forespørselen, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med meg eller min veileder.

Ida Rem Groeng (ansvarlig student)
E-post: idadgroeng@hotmail.com
Mob: 99587949

Laura Terragni (veileder)
E-post: laura.terragni@hioa.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur:..... Dato:.....

Vedlegg 2

Observasjonsbeskrivelse, kvalitativt orientert

Det er naturlig for meg å introdusere meg selv ved første oppmøte, ved å fortelle hvem jeg er og hva slags oppgave jeg skriver. Men jeg vil ikke oppgi detaljert informasjon om hva jeg ser etter under observasjonen. Min rolle som observatør vil ikke være inkluderende da det vil gjøre det vanskeligere å fange opp det jeg ønsker å observere. Det kan likevel bli aktuelt å spørre deltakere om noen spørsmål som jeg noterer der dette er naturlig. Min førforståelse vil være notert på forhånd i et eget skriv.

Dato:.....

Sted:.....

Observasjonens start:.....

Observasjonens slutt:.....

Beskrivelse av observasjonssted:

Antall som deltar:

Min egen posisjon under observasjonen:

Fortløpende observasjonsbeskrivelser:

Evt. Forstyrrelser:

Handlinger som skal observeres (noteres på eget ark):

Gruppeleder/kursansvarlig

- rolle som leder
- pedagogisk
- engasjement
- inkludering av deltakerne
- faglig kompetanse –kan han/hun besvare henvendelser fra deltakerne?
- alltid samme person som gjennomfører kurset/samlingen?

Selve kurset/samlingen

- følges tidsrammene og de planlagte aktivitetene?
- er deltakerne informert om hva som skal tas opp eller gjøres på forhånd?
- er det variasjon i tema og aktivitet?
- hvor gjennomføres aktivitetene?
- kan deltakerne komme med innspill og ønsker om hva de er interessert i at skal tas opp eller gjøres?

Deltakerne

- møter folk opp presist?
- er det alltid de samme som møter opp?
- samhandling og engasjement
- er det alltid de samme som deltar aktivt med for eksempel innspill og kommentarer, eller er dette jevnt fordelt i gruppen?
- er deltakerne motivert til å gi alt under gruppetreningen?
- samhandling mellom ansvarlig fagperson og deltakerne

Foreløpig tolkning (en mer detaljert tolkning vil skrives senere, men noen kommentarer bør skrives ned rett etter observasjonen):

Intervjuguide,

Tema 1: Introduksjonsfasen

- Informasjon og samtykkeerklæring

Tema 2: Innledende spørsmål

- Si litt om deg selv –alder, utdanning/kompetanse, arbeidserfaring.
- Hvor lenge har du jobbet med frisklivssentralen?

Tema 3: Dine arbeidsoppgaver og frisklivssentralen

- Kan du fortelle litt om hvordan frisklivssentralen er bygd opp eller hva den består av?
- Hva er målet med friskliv, hva ønsker dere å oppnå med det?
- Hva er dine arbeidsområder eller ansvarsområder tilnyttet frisklivssentralen?
 - *Skiller arbeidet du gjør med friskliv seg fra det du gjør ellers?*
 - *Hva er din stillingsprosent?*
 - *Si litt om konkrete arbeidsoppgaver*
 - *Hvordan forbereder du deg til gjennomføringen av gruppetreninger?*
 - *Er det mye arbeid? (ut fra hvor liten tid dere har til rådighet)*
 - *Hva liker du best å gjøre?*
 - *Er det noe du gjerne ville gjort annerledes?*
 - *Noen spesielle utfordringer?*
 - *Samarbeider du mye med de andre i kommunen i forhold til friskliv?*
 - *Samarbeider du/dere med noen andre kommuner?*
- Planlagte endringer?
- Hva synes du om frisklivssentralen som tilbud?
- Hvilken kompetanse synes du det er viktig at ansatte som skal jobbe med en frisklivssentral har? Er det noen kompetanse du savner i det apparatet dere har per i dag?
- Jeg har forstått det slik at dere benytter motivasjonssamtaler med personene som skal ta del i frisklivsordningen.
 - *Kan du fortelle litt om hvordan slike samtaler foregår?*
- Frisklivssentralen består jo av ulike tiltak, for eksempel motivasjonssamtale, kostholdskurs, fysisk aktivitet i grupper og røykesluttkurs.
 - *Synes du noen av disse tiltakene er viktigere enn andre?*
 - *Føler du at de ulike tilbudene deres frisklivssentral har er like mye prioritert?*

- *Er det noen tiltak du savner?*
- Synes du at frisklivssentralen er et forebyggende eller behandlende tiltak?
 - *Hvorfor?*
- Hvordan vil du beskrive de personene som tar del i frisklivssentralen, altså brukerne eller deltakerne av ordningen? Er det noen kjennetegn eller fellestrekk som du har lagt merke til?
 - *Er det noen grupper i befolkningen du savner? Altså som ikke deltar?*
 - *Har du noen forslag til hvordan dere kunne klart å fange opp personene eller gruppene som ikke blir fanget opp av et slikt tilbud?*
 - *Føler du at ulike typer mennesker bidrar på ulike måter i frisklivsgruppen? På hvilken måte?*
- Litt i forhold til det å møte ulike kulturer og innvandrergreper
 - *Er det noen spesielle utfordringer med dette?*
 - *Må det legges til rette for dem på andre måter enn ved etnisk norske?*
- Har du inntrykk av at folk har hørt om tilbudet når fastlegen deres forteller om det, eller er det nytt for dem?
- Opplever dere at det er personer som tar direkte kontakt med dere i frisklivssentralen uten at de har blitt henvist fra legen?
 - *Hva synes du eventuelt om dette? Er det noen spesielle kjennetegn ved disse personene?*
- Føler du, eller har fått tilbakemeldinger på, at brukerne er fornøyd med det tilbudet kommunen har i dag?
 - *Er det noe de sier at de er spesielt fornøyd med, og eventuelt noe de er misfornøyd med?*
- Føler du at personene som avslutter sin tid hos dere er klare til å stå på egne ben? Eller har du følelsen av at det er personer som fortsatt har en lang vei å gå?
- Føler du at du har god oversikt over det kommunen kan tilby for eksempel i forhold til muligheter for fysisk aktivitet og sosiale aktiviteter?
- Hvis dere hadde hatt ubegrenset med ressurser, hvordan ville du at frisklivstilbudet skulle vært?
- Friskliv barn og unge
 - *Nyoppstartet tilbud, hva består dette tilbudet av per i dag?*
 - *Hvor mange brukere hittil?*
 - *Føler du at dette tilbudet har blitt godt mottatt hittil, og at brukerne er fornøyd?*

- *Hva er årsaken til at dere startet opp dette?*
- *Tilbud rettet mot barn og unge –er det en spesiell målgruppe?*
- *Brukes det et eget opplysningsmaterieil der, eller er det det samme som for friskliv generelt?*
- *Planer for fremtiden?*
- *Vet du hvor mange kommuner som har et tilbud rettet mot barn og unge?*

Tema 3: Helse og folkehelsearbeid

- Hva legger du i begrepet folkehelse og folkehelsearbeid?
- Hva synes du om Samhandlingsloven og ny folkehelselov?
 - *Føler du at det er relevant for deres arbeid i kommunen, og tror du at det vil endre måten du eller dere arbeider på?*
- Helse er et begrep som mange har ulike synspunkter rundt. Hva mener du er god helse? Eventuelt hva du mener er dårlig helse?

Intervjuguide -kontaktperson

Tema 1: Innledende spørsmål

- Si litt om deg selv –alder, utdanning/kompetanse, arbeidserfaring.
- Hvor lenge har du jobbet i kommunen? Hvor lenge involvert i friskliv?

Tema 2: Frisklivssentralen

- Kan du fortelle litt om hvordan frisklivssentralen i kommunen er organisert?
 - *Hvor mange ansatte, hvilke tilbud..*
- Hva er din rolle i forhold til frisklivssentralen?
 - *Er det noe du mener er spesielt utfordrende?*
 - *Er det noe du gjerne ville gjort annerledes med deres frisklivsordning?*
 - *Har du noen forslag til hva dere kunne gjort for å nå flere målgrupper?*
- Hvordan føler du at samarbeidet mellom alle ansatte som er involvert i friskliv fungerer?
- Hva mener du er målet med frisklivssentralen, hva er det dere ønsker å oppnå?
- Kan du fortelle litt om oppstarten og planleggingen av friskliv i kommunen?
- Hva var grunnen til at dere startet opp med dette?
- Føler du at det har skjedd noen merkbare endringer i kommunens ordning opp gjennom årene?

Koding/ka tegori	Informant 1	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
FLS i praksis – dagens ordning	<ul style="list-style-type: none"> - Lavterskelstilbud, -Sosiale veldig viktig - Friskliv siden 2006 -Hospiterte hos Modum -For de som trenger å komme seg i aktivitet -Fortsatt i samme spor -Har sin måte å drive det på, men finnes mange varianter -Mer struktur når de ulike kommunale tilbudene nå har et felles begrep → standardisering -Ligger under fysioterapitjenesten - Helsedirektoratets standard; form for henvisning -System rundt helsesamtalen - Inkomstsamtale -Kvalifiserte folk -Reseptperiode - Oppfølgingssamtale -Gis tilbud og aktiviteter -Tilpasset sitt tilbud og materiell til Helsedirektoratets standard -mange utfordringer -Økende satsning på FLS 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavterskelstilbud for beborere i kommunen -Gruppetilbud og kostholdstilbud -FLS barn og unge; 3-7. klasse -Kurs i deprisjonsmestring –finnes i kommunen 	<ul style="list-style-type: none"> -Vil ikke kalle det en sentral -Først og fremst henvisninger fra leger -Helsesamtale 1/innkomtsamtale → vurdere om FLS er riktig tilbud for den enkelte -Røykesluttkurs på A-hus -Nettverksmøter -En del med utenlandsk opprinnelse -Endringer i opplysningsmateruall -Mener treningen er mest viktig - Kostholdsveiledning viktig i noen tilfeller -Fungerer ikke optimalt nå, er i en endringafase 	<ul style="list-style-type: none"> -Ikke lenger så nøye med resepter, holder med en telefon eller noe 	

Treningstilbud	<ul style="list-style-type: none"> -to tilbud i uka, mandag og onsdag, med stavgang og styrketrening -På dagtid -Trening mest prioritert og der vi har størst prosentandel og kompetanse også 	<ul style="list-style-type: none"> -Nettopp gjort om innetreningen -Tidligere stasjonstrening, uttøying og avspenning, nå mer krevende øvelser som tar lenger tid -Krever ikke mye planlegging 	<ul style="list-style-type: none"> -Gruppetilbud to ganger i uka m/stavgang og styrke -Prøvd litt forskjellig, men gjør nå stort sett det samme hver gang -Stavgang med bakkeintervaller og ulike øvelser -Ønsker svømmetrening for voksne 		
Kostholds kurs	<ul style="list-style-type: none"> -ingen individuell kostholdsveiledning -Bra mat-kurs med helsesøster 2 x per måned, periodevis -kostholdskurs i forbindelse med felles lunsj -Kursrekke over 5 ganger, med ulike tema -ca. halvannen time per gang -Teori og mer praktiske øvelser, for eksempel næringsinnhold på emballasje -Tror ikke det måles noe kunnskap 				
Motivasjons-samtale	<ul style="list-style-type: none"> -"løs stemning" - Forteller litt om seg selv -Spørr hva de vet om FLS -Snakker om hovedproblemer eller hva de er henvist for -Motivasjon -Prøver å være litt tøffe mot brukerne -Få brukerne til å innse at det kan bli tøft -Få brukerne til å forberede seg - 		<ul style="list-style-type: none"> -Litt vanskelig å gjennomføre samtale, spesielt dette med målsetning 		

	Vurderingsskema for kartlegging -Målsetning -Gått på kurs -Viktig å øve på teknikken				
Planlagte endringer		<ul style="list-style-type: none"> -Endrer brosjyrer og sånt nå, bruke det fra Helse-direktoratet med noen tilpasninger -Lage/fornye en oversikt slik at brukerne får ulike tilbud å velge mellom under inntakssamtalen -Mulig NAV skal kunne rekruttere -Bassenggruppe for voksne, for eksempel torsdager -Tilbud på kveldstid, for eksempel Friskis og Svettis 	<ul style="list-style-type: none"> -Mulig en gruppe til på fredager, der brukerne har ansvaret for gjennomføringen selv -Lage en oppdatert totaloversikt -Bedre dialog med legene, samt samarbeid med andre instanser, for eksempel NAV 	<ul style="list-style-type: none"> - Informasjonsmateriell blir endret etter standardisering fra Helsedirektoratet - Endringsprosessen for øyeblikket -Nylig ansatt som frisklivskordinator -Mer inn i virksomhetsplanen for enhet for familie og helse -Trenger mer støtte i forhold til ruspsykiatrien -Starte opp fadderordningene -Tilpasninger i forhold til de med flerkulturell bakgrunn -Bassenggruppe for de voksne -Mer sirkulasjon og flyt av brukere -Flere tilbud kan legges under FLS-konseptet, for eksempel læring/mestring og psykisk -Oppdatere den kommunal tilbudsoversikten -Ønske om "familiens hus", hvor flere avdelinger er i samme hus → bedre samarbeid -Ønske om eget 	<ul style="list-style-type: none"> -Fra mars; en av treningene i uka for FLS barn og unge blir flyttet fra fire til fem

				<p>treningsbassen g</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mer støtte sentralt fra som resultat av Samhandlingsreformen -Ønsker flere midler øremerket FLS 	
<p>Samarbeid og andre kommuner</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Snakker med andre kommuner og har nettverksmøter 	<ul style="list-style-type: none"> -Nettverksmøter, deler erfaringer -samarbeid med A-hus 	<ul style="list-style-type: none"> -Nettverksmøter -Mulig oppstart av FLS i nabokommunen snart -Samarbeid med Modum kommune i oppstarten -Modum har et mye større tilbud, blant annet med idrettspedagog og ernæringsfysiolog -Ikke noe særlig samarbeid med andre kommuner utover nettverkssamlingene 	<ul style="list-style-type: none"> -Ønsker rabattordninger med Friskis og Svettis og liknende -Andre samarbeidspartnere, for eksempel høyskolen -Godt samarbeid innad, men trenger mer struktur på det, samt flere felles møter -Vanskelig å rekke noe særlig mer enn praktisk gjennomføring -Finnes mye frivillig i kommunen; samarbeid med dem 	<ul style="list-style-type: none"> -Utfordring at det er lite å spille på i kommunen -"Frittgående høner" –tilbud i kommunen som de ønsker samarbeid med -Tjukkas-gjeng også aktuelt å samarbeide med -Aktiv Eiker – likmannsgruppe r/tidl. Brukere møtes –ønsker å få til noe liknende -Ingen samarbeid med nabokommuner -Har ikke oversikt over hvilke nabokommuner som har FLS -Grorud tatt kontakt; ønsker å komme hit for å se hvordan FLS barn og unge fungerer her → vil starte opp noe selv
<p>FLS barn og unge</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Oppstart i april, 2012 -Prøveprosjekt i starten, med hjelp av to fysioterapistudenter - Helsesøster ansatt i prosjektstilling i utviklingen - to fysioterapeuter i 5% stilling hver -trening 2xper uke -Overvektige 	<ul style="list-style-type: none"> -Trening i basseng - Fysioterapeutene ansvar for treningen, helsesøster alt annet -Ønsker en større gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> -Kjempebra med eget tilbud for barn og unge -Nødvendig 	<ul style="list-style-type: none"> -Valgt å putte tilbudet under FLS -I forhold til forebygging er det veldig bra med -De pårørende er med 	<ul style="list-style-type: none"> -Variert treningsopplegg, svømmingen går igjen etter barnas eget ønske -Svømming annen hver tirsdag -Variere mellom ute- og innetrening -Parøvelser, lagspport -Lekpreg over alt -Temakvelder med variert

	<p>barn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sekundærforebygging -Fokus på lek, ikke kroppsvekt -Lære barna å sette pris på å være aktiv -Prøvd mye forskjellig -Barna får komme med forslag -Helsesøster har samtaler med foreldrene -Snakk om kosthold og oppfølging -Temakvelder - Kostholdsopplegg basert på Bra Mat-kurset -Noe opplegg kun for foreldre, noe med barna -Praktisk og teori -Eksterne "foredragsholdere" -brosjyrer og plakater på skoler -Følger et opplegg, hvem som helst kan ikke bare "møte opp" 				<p>opplegg; før jul</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bra mat-kurs, nå ulike tema som fysisk aktivitet, tannhelse, psykologi -Ingen begrensning for hvor lenge familiene kan være med, mer som et årshjul som følges -Bør i hvert fall være med i et år (få med seg hele opplegget) -FLS barn og unge "markedsført" godt på skoler osv -Helsesøster ansvarlig for leie av gymsaler og lokaler på skolene -Helsesøster har samtaler med foreldrene, men usikker på om dette er ansikt til ansikt eller over telefon -Biptest (fysisk test) en gang i halvåret, gjennomføres både av barna og foreldrene -Biptest gjennomføres en og en, ikke felles -Veiing og måling en gang i halvåret -Ikke fokus på kroppsvekt, men på mestringsglede -Håper flere familier får opp øynene for FLS barn og unge
Fungerer bra/ikke bra	<ul style="list-style-type: none"> -For "klinisk" for brukerne å benytte mye skjemaer og ark -Brukerne 	<ul style="list-style-type: none"> -Vurderer om brukerne skal lukes ut eller ikke, men så lenge det er ikke 	<ul style="list-style-type: none"> -Vanskelig å variere aktiviteter blant voksegruppen pga vondter og 	<ul style="list-style-type: none"> -Sliter med utslusingen -Litt dårlig kommunikasjon med fastlegene 	<ul style="list-style-type: none"> -FLS et kjempefint tilbud -Viktig med et lavterskelstilbu

	<p>ønsker å fortelle/ha en løs samtale</p> <ul style="list-style-type: none"> -brukerne trives veldig godt, og noen har vært med lenge -Brukere kan være med i lengre perioder på treningen, men trenger ikke like mye oppfølging → Sosialt -De "erfarne" kan fungere som motivasjon, men også skremme vekk nye som ikke kommer inn i gruppen -Skulle gjerne gjort mer og utviklet mer -Liker å jobbe forebyggende -Vanskelig for foreldrene å være med på treningene -Treningene for FLS barn og unge er for tidlig på ettermiddagen -Trening i basseng veldig populært blant barna -Viktig med varierende aktiviteter for barna, spesielt lagkonkurranser -Skulle hatt mer å spille på og flere aktiviteter å tilby -Tilbud på kveldstid -For dårlig tid til planlegging -Lite tilbud i kommunen -Veldig billig å delta på FLS 	<p>er større pågang får de bli</p> <ul style="list-style-type: none"> -Barna liker godt basseng -Vanskelig å motivere barna -Lite motiverte foreldre smitter over på barna -Litt få barn i gruppen -Vanskelig å finne aktiviteter som passer alle de voksne i gruppa pga ulike vondter -Rekruttering og få dem til å bli er vanskelig -Ikke alltid barna og foreldrene er helt forberedt, for eksempel ikke spist før trening 	<p>skader</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lite å spille på i kommunen -Ønsker tilbud på kveldstid -For få brukere som er i arbeid/sykemeldte -Bruk av tolk vanskelig -Mange faller fra -Andre blir for lenge → skal ikke være en hvilepute 	<ul style="list-style-type: none"> -Ønsker et tilbud på kveldstid, for de i jobb -Ikke nok tid til å gjennomføre alt -Fin beliggenhet i forhold til tur i skogen -Fint at tilbudet kun er for kommunens innbyggere da det er kort vei til alle aktiviteter -Gratis, sparer litt tid og papirarbeid -Positiv til fadderordning -Gruppetrening veldig positivt 	<p>d i kommunen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fint at det finnes et tilbud for hele familien - Logistikkutfordring for mange av familiene å få det til, det krever mye av en familie -Senere trening –vanskelig å få tilgang til haller osv -Den sene treningen for FLS barn og unge må rullere, da ingen av de ansatte har mulighet til å jobbe sent fast -Til tider vanskelig å få barna til å presse seg selv -Kan virke stigmatiserende for barna
Ressurser	<ul style="list-style-type: none"> -Mye begrenser seg på grunn av manglende 	<ul style="list-style-type: none"> -5% stilling for FLS barn og unge -Ingen tid til 	<ul style="list-style-type: none"> -lite midler for året for FLS barn og unge (30 000 	<ul style="list-style-type: none"> -På grunn av manglende ressurser blir 	<ul style="list-style-type: none"> -5% stilling for FLS barn og unge

	ressurser -Arbeidet de gjør er definert ut fra ressursene de får tildelt	planlegging -25% stilling for FLS voksne -Trenger flere midler, har søkt, men fikk nesten ingenting	kr), usikkert om dette er i tillegg til det de pleier å få eller det er totalt bare erstatter de midlene som har vært -Søkt om mer midler til FLS barn og unge -Vanskelig å videreutvikle tilbudet og planlegge -Vanskeliggjør kommunikasjon	brukerne sendt til andre tilbud dersom det er mulig (for eksempel røykeslutt og deprisjonsmestring) -Begynte med 35% for FLS voksne i 2006, er nå 50% (ikke store endringer)	-Jo flere ressurser en har til FLS, jo bedre blir nok tilbudet også -Frustrerende å sammenlikne seg med andre, for eksempel Aktiv eiker, som har 5 fulle stillinger bare for FLS barn – en løsrivet sentral som ikke er lagt under kommunehelse tjenesten -Jo flere ressurser FLS får, jo mer avlastende blir det i forhold til kommunehelse tjenesten ellers -Føler de får mye ut av de små ressursene de har til FLS
Kompetanse og arbeidsopgaver	-Deltar på konferanser og kurs innimellom -Jobber med fysioterapiette de oppgaver på sykehjem, skolebarn osv -Ønsker mer kompetanse innen kosthold og psykiatri i FLS -Tatt kurs i motiverende samtale -Ønske om å jobbe 100% -Utdannet fysioterapeut fra Høyskolen i Oslo og Akershus -Ferdig utdannet og turnus i 2009 -Har jobbet i kommunen med blant annet friskliv siden 2009	-Ble utdannet fysioterapeut for elleve år siden -Utdanning i Danmark, jobbet også der på institutt/bedrifts fysioterapi etter endt utdanning -Begynte å jobbe med FLS i oktober 2012 -5% stilling med FLS barn og unge -Jobbet tidligere på privat institutt i kommunen -Jobber med voksenrehabilitering ved siden av FLS -Bruker tiden med FLS til planlegging av aktiviteter og gjennomføring av treningen -Liker å jobbe forebyggende -Mener det er viktig med	-Utdannet fysioterapeut i Nederland, ferdig i 2006 -Jobbet litt på privat institutt -Jobber 25% med FLS voksne -Begynte å jobbe med FLS i 2006 -Gjennomfører helsesamtaler -Gjennomfører og planelegger trening -Skal nå bruke tid på å endre brosjyrer osv -Tar også tid å kontakte brukerne, få til nye samarbeidsavtaler osv -Liker bedre å gjennomføre treningen enn kontakt med andre instanser -Kunne ønske de hadde en ernæringsfysiolo	En del utskiftning av ansatte siden oppstart, men ikke særlig større stillinger -Prøver å sørge for at de nye ansatte får samme kursing som de andre -Ønsker en sosionom -Mer psykiatri -Viktig å benytte de tilbudene de har ellers i kommunen -Mer kompetanse i forhold til fler kulturelle -Noe mer i forhold til kosthold	-Tiden går til gjennomføring av treningene, komme seg til og fra, følge opp og planlegge -Også ansvarlig for en temakveld -Ferdig utdannet fysioterapeut i 2005 -Turnus år med jobb på sykehjem og kommunalt -Jobbet så i skolehelsetjenesten i Oslo i en kort periode -Jobb på en skole m/skolebarn -Jobbet med FLS barn og unge siden oktober 2012 -Jobber med skolebarn ved siden av arbeidet med

	<p>-Jobbet som treningsveileder og personlig trener</p> <p>-Er nå i permisjon</p>	<p>treningskompetanse i FLS, enten fysioterapeuter eller andre som for eksempel har studert idrett</p> <p>-Tatt kurs i MI</p>	<p>g</p> <p>-Ønske om mer innen psykiatri</p> <p>-Har kurs i MI</p>		<p>FLS barn og unge</p> <p>-Ansatte bør ha en form for treningsfaglig bakgrunn, liksom godt en idrettspedagog som fysioterapeut</p> <p>-En blanding av spesialisering hadde vært det optimale</p> <p>-Helsesøster viktig i forhold til den helsefaglige biten</p> <p>-Fint å kunne trekke inn psykolog, tannhelsetjenesten osv, men trenger ikke dem fast</p>
Målet med FLS	<p>-Å få folk i gang</p> <p>-Hjelpe dem videre</p>			<p>-Hjelpe de som trenger det med å komme i gang</p> <p>-Endre livsstilen</p> <p>-Hjelpe de som ikke nås gjennom eksisterende tilbud</p> <p>-Få dem på gli</p> <p>-Komme seg opp og fungere, kjenne på mestring og deltakelse</p> <p>-Bedre helse</p> <p>-For enkelte; komme tilbake til arbeid</p>	
Henvi- sing og rekruttering	<p>-Henvi- sing fra et sted, gjerne leger, NAV, helsesøstre, jordmødre, andre fysioterapeuter og andre helsearbeidere</p> <p>-Varierende pågang; noen ganger mange henvi- sninger, andre ganger tørkeperioder</p> <p>-Noen leger henviser flere</p>	<p>-Planlagte endringer i henvisninger; NAV</p> <p>-Muligens ikke så nøye med reseptordning fremover</p> <p>-Ikke snakket så mye med fastlegene</p> <p>-Ønsker flere henvisninger</p> <p>-Noen leger henviser flere enn andre</p> <p>-Ikke alltid god</p>	<p>-Nytt i veilederen</p> <p>-kunne delta på FLS uten henvisning</p> <p>-Fint å ha fastlegene "på lag"</p> <p>-Andre kan henvise, for eksempel NAV og andre fysioterapiklinikker</p> <p>-For dårlig dialog med legene</p> <p>-Ikke flinke nok til å minne</p>	<p>-Litt opp og ned i pågangen/henvisninger</p> <p>-Prøvd å "holde det varmt" med legene</p> <p>-Minnet legene på FLS på felles møter</p> <p>-Mer fokus på FLS nå, tror det vil gi flere henvisninger</p>	<p>-Rekruttering til FLS barn og unge i forbindelse med veiing og måling</p> <p>-Helsesøsteren fungerer som kontaktperson og bindeledd mellom alle kommunens skoler</p> <p>-Kontakter foreldrene dersom barna er i "faresonen"</p>

	<p>andre, føler av og til at noen glemmer at FLS finnes</p> <p>-Føler ikke at legene alltid vet hva FLS innebærer; personer som bør få annen hjelp blir henvist</p> <p>-Til tider mangelfull info på henvisningene</p> <p>-Ikke alltid brukerne helt vet hvorfor de skal være med på FLS</p> <p>-FLS barn og unge; inntaksteam(helesøster osv, ikke mulig å bare melde seg på</p>	<p>nok informasjon i henvisningene</p> <p>-Folk som selv har meldt interesse og ønsker å delta på FLS; mer motiverte</p>	<p>legene på FLS-tilbudet</p> <p>-Bør gi ut informasjon til nabokommuner om tilbudet da flere av innbyggerne går til fastlege andre steder</p> <p>-For få henvisninger</p> <p>-Flere henvisninger i oppstarten enn nå</p> <p>-Noen leger henviser flere enn andre → Føler at noen leger "glemmer" tilbudet</p>		
Folks kjennskap til tilbudet		<p>-Lite hun vet om dette</p>		<p>-Sentrale styringer som sier at det skal være et tilbud, ikke noe de bare fant på her i kommunen</p> <p>-Trenger å ta opp dette med informasjon om tilbudet i kommunen igjen, det er ikke så mange "vanlige folk" som vet om FLS, spesielt pga tidlig oppstart</p> <p>-Mer snakk om FLS nå som det bør/skal opprettes i alle kommuner</p>	
Folks tilfredshet med FLS	<p>-FLS gir brukerne mye</p> <p>-De som kommer igjen og igjen er veldig fornøyde</p>	<p>-Tror de er veldig fornøyd</p> <p>-Utfordrende at det er så mange med ulike smerter;vanskeli</p>	<p>-Noen flinkere til å gi tilbakemeldinger enn andre, og disse er stort sett fornøyde</p>		

	<p>med tilbudet</p> <ul style="list-style-type: none"> -Noen har vært med i 3-4 år -Har en følelse av at folk liker tilbudet godt 	<p>g å gi alle de aktivitetene de ønsker</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ei ønsket badminton, men ingen suksess -Brukerne kan komme med ønsker -Foreldrene har uttrykt at de er veldig fornøyd med FLS barn og unge 	<ul style="list-style-type: none"> -De som har falt fra trolig ikke så fornøyd -Noen synes det er tungt å se at andre er i bedre form enn de selv 		
<p>Nå ulike befolknings-grupper</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Flere henvisninger av innvandrere de siste årene -Blitt en utfordring pga. språk, kultur -Vanskelig å få innvandrerkvinnene på tur, møter ofte kun på innretningen -Til tider usikker kommunikasjon -vet ikke om de forstår hele opplegget -Benyttet tolk på samtaler, enten en profesjonell eller et familiemedlem -Borte i lengre tid, for eksempel dratt til hjemlandet, uten å gi beskjed -Ofte usunt kosthold → diabetes → behov for mer individuelt oppfølgingssystem i forhold til ernæring 	<ul style="list-style-type: none"> - Språkproblemer, spesielt i forhold til gjennomføringen av MI -Bruk av tolk hvis mulig -Vanskelig å få dem med på tur, spesielt å dårlig vær -Fungerer godt i gruppen -Håper de innvandrere som er med på tur kan dra med seg resten også 	<ul style="list-style-type: none"> -Innvandrerne fungerer godt i gruppen -Helsesamtalen mest utfordrende -Mulig noen er vant til at helsearbeidere har en annen rolle enn den ved MI -Ubehagelig for enkelte at det er menn til stede ved treningen → bedre med adskilte grupper? -Kontinuitet til tider vanskelig, og gi beskjed -Føler det er flere innvandrere nå enn i starten -Nå flere – Eks. At NAV kan henvise - Kontaktpersoner kan følge brukerne i starten/fadderordninger -Generelt behov for å gå ut med tilbudet bredere, gjøre FLS mer tilgjengelig -Link til FLS på forsiden av kommunens hjemmesider 		<ul style="list-style-type: none"> -Noen ekstra utfordringer med innvandrere -Mammaen kunne like godt vært med i FLS selv, og snakker dårlig norsk
<p>Forebygging vs. Behandling</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mener det er et forebyggende tilbud -Først og fremst 	<ul style="list-style-type: none"> -Sier først at FLS er forebyggende, men endrer mening til at det er både 	<ul style="list-style-type: none"> -Både forebyggende og behandlende -Tror mange blir bedre av å delta i 		

	<p>sekundærforebygging (mye på grunn av at tilbudet er nokså begrenset)</p> <p>-Problematisk at de brukerne som kommer til FLS allerede har utviklet problemer</p>	<p>forebyggende og behandlende</p> <p>-Ved FLS barn og unge er det barn som allerede er overvektige</p> <p>-FLS voksne er det stort sett en form for helseproblemer til stede</p>	<p>FLS</p> <p>-Mer forebyggende enn behandlende</p>		
<p>Helsebegrepet og folkehelse arbeid</p>		<p>- Samhandlingsreformen både spennende og utfordrende, gir nye oppgaver</p> <p>-Folkehelse er å jobbe med befolkningen på forskjellig nivå, hovedsakelig forebyggende</p> <p>-God helse er å ha et godt liv, ikke bli begrenset i hverdagen</p>	<p>-Bra forebygging blir satt på dagsordenen med Samhandlingsreformen, men fungerer ikke optimalt ennå, i forhold til fordeling av midler</p> <p>-god tanke at rehabilitering skal skje i kommunene, men midlene kommer ikke der de burde</p> <p>-Ikke fått tildelt mer midler etter Samhandlingsreformen trådte i kraft</p>		
<p>Kjennetegn ved brukerne</p>	<p>-Noen brukere for dårlige/syke til å delta i FLS</p> <p>-Mange har urealistiske mål og tanker</p> <p>-Mange klarer ikke å gjennomføre hele opplegget</p> <p>-Viktig at de selv vet det kan bli tøft, enkelte har ikke rørt noe særlig på seg på kanskje 20 år</p>	<p>-Rundt 10 med i snitt på trening</p> <p>-Mange detter av tidlig, spesielt de som har en del "tilleggsproblemer"</p> <p>-Brukerne veldig positive og trivelige</p> <p>-Alle kommer overens og er inkluderende</p> <p>-50 år+, kvinner</p> <p>-Mange vært med lenge,</p>	<p>-En del faller fra</p> <p>-En del uføre, inaktive</p> <p>-Muskel og skjelettplager</p> <p>-Noen er overvektige</p> <p>-Noen snakker høyere enn andre om hva de ønsker</p> <p>-Flinke til å komme med tilbakemeldinger</p> <p>-Noen vært med lenge</p> <p>-Kan være</p>		<p>-Voksengruppa setter veldig pris på tilbudet</p> <p>-Barna mangler av og til den indre motivasjonen</p> <p>-Foreldrene virkelig engasjert; mer enn barna selv</p> <p>-Foreldrene ville gjerne være med på begge treningene selv om de fikk</p>

	<p>-Enkelte har nok med å komme seg opp om morgenen -Mange med angst og depresjoner -For noen er målet å komme tilbake i jobb etter sykemeldinger -Svært mange ønsker å gå ned i vekt selv om det kanskje ikke bør være et hovedmål -Bra å ha noe fast å gå til -Rundt 10 stykker i treningsgruppen -Kvinner, 40-50 år+ -En sjelden gang en mann, men faller ofte fra -Sosial gruppe, noen vært med i flere år → selvgående -Fem barn i FLS barn og unge, barn fra 3-7. Klasse</p>	<p>ønsker at de blir mer selvgående -Flest gutter i FLS barn og unge, men tror det er tilfeldig -Foreldrene svært engasjerte</p>	<p>vanskelig for nye å komme inn i gruppen -Sosial gruppe -Pensjonister -Få menn</p>		<p>tilbud om å kun delta på en – positivt -Mye psykologiske aspekter i gruppen (FLS barn og unge)</p>
--	---	--	---	--	--

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.08.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31155	<i>Enfiskl ivssentral i Akershus. En case studie med fokus på organisering og praktisering</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens, uverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Laura Terragni</i>
Student	<i>Ida Rem Groeng</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 21.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.