

Ingvild Skoe

Frisklivsentralers betydning for helsen på kort og lang sikt

En litteraturstudie om aktivitetsvaner og brukerinvolvering

Masteroppgave i idrettsvitenskap
Seksjon for kultur og samfunnsvitenskap
Norges idrettshøgskole, 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Det har vært en eksplosiv vekst av frisklivsentraler i Norge de siste 10 årene, og det har i mange kommuner blitt ett viktig stilskudd til folkehelsearbeidet og arbeidet for å forebygge sykdom. Til nå er det ingen som har skrevet et litteraturstudie om arbeidet frisklivssentralene gjør, men det har de siste årene kommet mye ny fagfelleverdert forskning på feltet.

Formål: Oppgavens formål er undersøke hvilken betydning fysisk aktivitetsintervensjoner, gjennom norske frisklivsentraler, har på helsen på kort og lang sikt.

Teori: Resultatet i denne oppgaven vil bli diskutert opp mot det teoretiske rammeverket health lifestyle og salutogenese.

Metode: 58 artikler fra frisklivssentralenes idebank ble vurdert for inklusjon i denne litteraturstudien. Etter å ha anvendt inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble sju artikler inkludert for vurdering.

Resultat: Tre studier undersøkte ending i aktivitetsnivå blant brukerne, men ingen fant en signifikant økning og opprettholdelse av økning etter lang tids follow-up. En studie undersøkte endring i opplevd helse, og brukerne hadde signifikant forbedring i opplevd helse også ved 15 md. follow-up. To studier undersøkte brukernes opplevelse av involvering og to studier undersøkte ansattes opplevelse av involvering. De fire studiene om inkludering hadde liknende funn hvor det ble trukket frem at det var viktig at brukerne følte seg sett, hørt og respektert, sammen med at brukerne selv måtte ha eierskap over egne mål.

Konklusjon: Frisklivscentralenes intervensjon har ingen betydning på brukernes aktivitetsnivå på lang sikt, men den har en signifikant påvirkning på brukernes opplevde helse. Det kan sees i sammenheng med brukernes opplevelse av å bli sett, hørt og respektert.

Nøkkelord: Frisklivsentral, fysisk aktivitet, helse, opplevd helse, aktivitetsintervensjon, folkehelsearbeid, psykisk helse

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse.....	4
Figur- og tabell-liste.....	7
Forkortelser	8
Forord.....	9
1. Innledning.....	10
1.1 Forskningsspørsmål.....	11
1.2 Oppgavens oppbygning.....	11
2. Konseptuell kontekst.....	13
2.1 Begreper knyttet til aktivitet, helse og metode.....	13
2.1.1 Begreper knyttet til fysisk aktivitet og helse	13
2.1.2 Begreper knyttet til sykdom og lidelse.....	14
2.1.3 Begreper knyttet til metode	14
2.1.4 Andre begreper	15
2.2 Om Frisklivssentraler.....	16
2.2.1 Historisk om FLSer	16
2.2.2 Formålet med frisklivssentraler.....	16
2.2.3 Grunntilbudet ved frisklivssentraler.....	17
2.2.4 Utvidet tilbud ved FLSer.....	17
2.3 Begrepsavklaring.....	18
3. Bakgrunnsteori	19
3.1 Kort om helse	19
3.2 Et skifte i helseparadigmer	20
3.2.1 Health promotion og biomedisin.....	20
3.2.2 Kritikk av biomedisin.....	21
3.2.3 Det nye paradigmet	21
3.3 Health lifestyle og salutogenese	22
3.4 Health lifestyle.....	22
3.4.1 Weber	22
3.4.2 Bourdieu	24
3.4.3 Livsstil som habitus.....	25
3.5 Health lifestyle- paradigmet.....	25
3.5.1 Sosial klasse	26

3.5.2	Kjønn, alder, rase/etnisitet.....	28
3.5.3	Tankekollektiver.....	30
3.5.4	Boforhold.....	30
3.5.5	Sosialisering og erfaring.....	31
3.5.6	Livsvalg (agency).....	31
3.5.7	Livsmuligheter (struktur)	31
3.5.8	Samspeilet mellom valg og muligheter.....	32
3.5.9	Even til å handle (habitus).....	32
3.5.10	Det fullførte paradigmet	32
3.5.11	Sammendrag av health lifestyle- paradigmet	33
3.6	Salutogenese	33
3.6.1	Sence of Coherence	34
3.6.2	Kan SOC predikere helse	36
3.6.3	Generelle motstandsressurser	37
4.	Metode	39
4.1	Hva er et litteraturstudie?.....	39
4.2	Systematisk litteratursøk	39
4.3	Avgrensning	40
4.3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	41
4.4	Gjennomgang	41
5.	Resultat	43
5.1	Blom et al. (2019)	43
5.2	Blom, Aadland, et al. (2020).....	44
5.3	Samdal et al. (2019)	46
5.4	Sagsveen et al. (2019).....	48
5.5	Salemonsens, Førland, Sætre Hansen, et al. (2020).....	49
5.6	Sagsveen et al. (2018).....	51
5.7	Salemonsens, Førland, Hansen, et al. (2020)	52
5.8	Oppsummering av resultat	55
5.9	Hvilken betydning har fysisk aktivitets-intervensjoner, gjennom norske frisklivssentraler, for helsen på kort og lang sikt?	57
5.9.1	Hvordan er det fysiske aktivitetsnivået hos tidligere brukere hos frisklivssentralene?	57
5.9.2	Kan brukerne ved frisklivssentralene opprettholde sitt fysiske aktivitetsnivå etter endt oppfølging?	57
5.9.3	Er det endring i opplevd helse etter endt oppfølging hos frisklivssentralene?	58
5.9.4	Hvordan opplever brukerne og de ansatte intervensjonen?.....	58
5.9.5	Har intervensjonens struktur noen betydning for å opprettholde det fysiske aktivitetsnivået?.....	59

6.	Diskusjon	60
6.1	Health lifestyle.....	60
6.1.1	Økonomisk og kulturell kapital som begrensning for egne aktivitetsvaner.....	60
6.1.2	Sosial kapital og videre deltakelse hos FLSen	61
6.1.3	Kapital og tap til follow-up	62
6.1.4	Sosial klasse	64
6.1.5	Strukturelle begrensninger for aktivitet på egenhånd.....	64
6.1.6	Ingen forbedring tross videre deltakelse	65
6.2	Salutogenese	65
6.2.1	Forståelse over egen situasjon og målsetning	65
6.2.2	MI for bedre opplevd helse gjennom SOC.....	66
6.3	Andre temaer	67
6.3.1	Kjønnsbalanse blant deltakerne.....	67
6.3.2	Sosiologiske teorier	68
6.3.3	Samsvar mellom ansatte og brukere.....	68
6.4	Kritikk	68
6.4.1	Veilederen for kommunale frisklivssentraler	68
6.4.2	Metode.....	70
6.4.3	Teoretisk rammeverk.....	70
7.	Konklusjon	72
7.1	Hvilken betydning har fysisk aktivitets-intervensjoner, gjennom norske frisklivssentraler, for helsen på kort og lang sikt?	72
7.1.1	Hvordan er det fysiske aktivitetsnivået hos tidligere brukere hos frisklivssentralene?	72
7.1.2	Kan brukerne ved frisklivssentralene opprettholde sitt fysiske aktivitetsnivå etter endt oppfølging?	72
7.1.3	Er det endring i opplevd helse etter endt oppfølging hos frisklivssentralene?	72
7.1.4	Hvordan opplever brukerne og de ansatte intervensjonen?.....	73
7.1.5	Har intervensjonens struktur noen betydning for å opprettholde det fysiske aktivitetsnivået?.....	73
8.	Perspektiv.....	74
8.1	Videre forskning	74
8.2	Oppfordring til FLSer.....	75
	Litteraturliste	77
	Vedlegg.....	81
	Vedlegg 1.....	81

Figur- og tabell-liste

Figur 1. Health lifestyle- paradigme.....	26
Tabell 1. Dynamisk sammenheng mellom komponentene i SOC.....	35
Figur 2. Definisjon generelle motstandsressurser.....	37
Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier anvendt på litteraturen under idebank.frisklivssentalen.no → Fag → Forskning	41
Figur 3. Flytskjema for inklusjon og eksklusjon av litteraturen.....	42
Tabell 3. Oppsummering inkluderte artikler.	55
Tabell 4. Ekskluderte artikler	81

Forkortelser

FA	Fysisk aktivitet
FLS	Opplevelsen av sammenheng (Sense of coherence)
GRR	Generell motstandsressurser (General resistance resources)
LFA	Lett fysisk aktivitet
md.	Måned(er)
MHFA	Middels til hard fysisk aktivitet
MI	Motiverende intervju
NCDs	Ikke- smittsomme sykdommer (Noncommunicable diseases)
RCT	Randomisert kontrollert studie (Randomized controlled trial)
SOC	Opplevelsen av sammenheng (Sense of coherence)
STC	Systematic text condensation
WHO	World Health Organization

Forord

Da jeg begynte på denne mastergraden, tok jeg t-banen ned til Blindern for å kjøpe nye skolebøker. Som en bok-likende person hadde jeg skrevet en liste over bøkene på pensumlista og lovet meg selv at jeg ikke skulle kjøpe noen andre.

I en hylle midt inne på Akademika sto det en bok som fanget oppmerksomheten min umiddelbart; *Norsk banneordbok* av Ruth Vatvedt Fjeld. «Den må jeg ha!», tenkte jeg, og siden jeg allerede hadde brutt mitt eget løfte ble det noen ekstra bøker med hjem, og betydelig mindre penger til mat senere.

Vell hjemme bladde jeg gjennom denne artige boka og kom over uttrykket «fandens melkebøtte». Det kommer fra dansk og er ugress som man må bruke mye tid på å få vekk, og er det som på norsk heter løvetann. I overført betydning brukes det til noe en ikke liker, men ikke kan bli kvitt.

Nå, under masteroppgaveskrivingen, har dette uttrykket kommet tilbake til meg, for denne oppgaven har vært min fandens melkebøtte det siste året. Selv om det har vært perioder hvor arbeidet har vært veldig greit så har oppgaven noen ganger vært en faens melkebøtte og kanskje en jævlige en også, men nå er jeg heldigvis kvitt den.

Takk til alle som har hjulpet meg med å luke, særlig Lone.

Ingvild Skoe

Loftskontoret, Lunde i Telemark, juni 2022

1. Innledning

Fysisk aktivitet (FA) er viktig for helse. Akutte effekter av FA er blant annet bedre søvn, økt oppmerksomhet og positiv effekt på følelsesregulering. På lang sikt har FA et forebyggingspotensiale og gir lavere risiko for prematur død uansett årsak, eller gjennom redusert risiko for å utvikle ikke-smittsomme sykdommer (NCDs) som kreft, diabetes og hjerte- og karsykdommer. I en del tilfeller kan FA erstatte bruk av legemidler i behandling av sykdom eller redusere behovet for disse (Helsedirektoratet, 2016a, s. 3; u.å).

Verdens helseorganisasjon (WHO) og helsedirektoratet oppdaterte denne våren sine råd for FA for barn, voksne og eldre. I de nye rådene skal voksne være i moderat fysisk aktivitet (MFA) i 150-300 minutter i uka, eller i hard fysisk aktivitet (HFA) i 75-150 minutter i uka. Til forskjell fra de gamle rådene trekkes det frem at all bevegelse, uansett varighet, har en positiv effekt (Helsedirektoratet, u.å).

I Norge er det ca. bare 30% av befolkningen som når anbefalingene om FA, og i likhet med andre land er fysisk inaktivitet og utviklingen av NCDs blitt en utfordring for folkehelsen. Flere får hjerte- og karsykdommer og diabetes og lever med disse sykdommene, ofte med redusert livskvalitet, i mange år før de dør. De siste 20 årene har det vært en økning i denne sykdomsgruppen på verdensbasis, og det er ca. sju millioner flere som dør årlig av NCDs. Det vil si at 1 av 3 dødsfall i verden skyldes NCDs (Helsedirektoratet, 2016c; WHO, 2020).

I 1989 lanserte WHO prosjektet *health promotion* som et virkemiddel for å forebygge NCDs. Også i Norge har viktigheten av å fremme helsen for å forebygge sykdom fått større plass. Et av disse tiltakene for å fremme helsen er Frisklivssentraler (FLSer). De siste 10 årene har det vært en eksplosiv vekst av FLSer i Norge, fra 42 FLSer i 2008 til 276 i 2018. Formålet til FLSene er å fremme fysisk og psykisk helse primært gjennom støtte til fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og snus- og røykeslutt. I tillegg kan FLSene gi et utvidet tilbud hvis de har kompetanse og ressurser til dette (Helsedirektoratet, 2011b, s. 8; 2019).

I *Veilederen for kommunale frisklivssentraler* fra 2011 (revidert i 2016 og oppdatert i 2019 og 2022) står det at oppfølgingen ved FLSer *kan* gi økt aktivitetsnivå og bedring i opplevd helse som er delvis opprettholdt etter 6- 12 måneder (md.). Av de 20 artiklene som det henvises til, i den oppdaterte 2019 utgaven, i delen om hvilke resultater FLSenes tilbud gir er det en overvekt av studentoppgaver, få publiserte artikler, noen rapporter, og ingen er nyere enn 2016 (Helsedirektoratet, 2011a, s. 25).

Nå har det gått noen år siden 2016, og det har kommet mer fagfellevurdert forskning på feltet, men til nå er det ingen som har skrevet et litteraturstudie om de norske FLSene. Dette leder oss til denne oppgavens art, som vil være et litteraturstudie som skal undersøke FLSenes tilbud, og dets påvirkning på helsen gjennom endring i aktivitetsnivået og opplevd helse blant de som mottar tilbudet, samt hvordan ansatte og brukere opplever tilbudet og hvordan tilbudets oppbygning påvirker FA- nivået.

1.1 Forskningsspørsmål

Hvilken betydning har fysisk aktivitets-intervensjoner, gjennom norske frisklivssentraler, for helsen på kort og lang sikt?

1. Hvordan er det fysiske aktivitetsnivået hos tidligere brukere hos frisklivssentralene?
2. Kan brukere ved frisklivssentralene opprettholde sitt fysiske aktivitetsnivå etter endt oppfølging?
3. Er det endring i opplevd helse etter endt oppfølging hos frisklivssentralene?
4. Hvordan opplever brukerne og de ansatte intervensjonen?
5. Har intervensjonens struktur noen betydning for å opprettholde det fysiske aktivitetsnivået?

1.2 Oppgavens oppbygning

I denne oppgaven vil jeg først definere begreper innen fysisk aktivitet, sykdom, metode og andre begreper som vil være relevante for denne oppgaven. Deretter vil jeg kort beskrive FLSenes formål og tilbud.

Videre vil jeg greie ut om de to paradigmene *health lifestyle* og *salutogenese* som er valgt som teoretisk rammeverk for denne oppgaven. Denne delen innledes med en kort

intro om begrepet helse, og hvordan synet på helse og helsefremmende arbeid har endret seg.

I neste del vil jeg redegjøre for valgt metode, før resultatet blir presentert en artikkel av gangen, før hvert forskningsspørsmål blir besvart.

Til sist vil jeg diskutere funnene som er beskrevet i resultatet opp mot de valgte teoriene. Oppgaven rundes av med konklusjon og en oppfordring til videre forskning og til FLSene.

2. Konseptuell kontekst

2.1 Begreper knyttet til aktivitet, helse og metode

2.1.1 Begreper knyttet til fysisk aktivitet og helse

For bruk av begreper knyttet til fysisk aktivitet har jeg valgt å støtte meg til artikkelen til Nerhus et al. (2011) «Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse». Denne artikkelen ble laget som en oppfølging til «Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009)», for å klargjøre og komme med forslag til begreper knyttet til fysisk aktivitet. Derfor anses artikkelen som et godt grunnlag for å definere begreper knyttet til FA i denne oppgaven.

Fysisk aktivitet er «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Nerhus et al., 2011, s. 150).

Det fysiske aktivitetsnivået påvirkes av tre komponenter, varighet, hyppighet og intensitet, som sammen utgjør treningsvolumet. Varighet er tiden brukt på den fysiske aktiviteten. Hyppighet er antall ganger med aktivitet innen en gitt tidsperiode. Intensitet er energiforbruk per tidsenhet og deles ofte inn i lav, moderat eller høy (Nerhus et al., 2011).

Begreperne trening og fysisk aktivitet er begreper som ofte blir brukt om hverandre. Her menes trening med en «*aktivitet som er planlagt, strukturert og repetitiv (...) i den hensikt å forbedre eller opprettholde en eller flere komponenter av den fysiske formen*» (Nerhus et al., 2011).

Fysisk form er ett sett med egenskaper som kan erverves, og som er relatert til evnen til å utføre fysisk aktivitet. Disse egenskapene kan deles inn i to hovedkategorier; Helserelatert form og prestasjonsrelatert form. *Helserelatert form* er evnen til å utføre dagligdagse gjøremål med et overskudd og uten skader, samt fysiologiske trekk som er forbundet med lav risiko for å utvikle livsstilssykdommer. *Prestasjonsrelatert form* er ett sett med egenskaper som kreves for å prestere i en idrettsaktivitet (Nerhus et al., 2011). I denne oppgaven vil begrepet fysisk form bli benyttet for begge kategoriene, men pga. oppgavens art vil det være den helserelaterte formen som vektlegges.

Fysisk inaktivitet er en tilstand hvor det er liten økning i energiforbruk utover hvilenivå. Personer som sitter i ro i arbeidstiden og på fritiden og som benytter seg av motoriserte transportmidler betegnes her som fysisk inaktive (Nerhus et al., 2011).

Hverdagsaktivitet er fysisk aktivitet som er forbundet med dagligdagse gjøremål som å gå eller sykle til jobben, arbeide i hagen eller støvsuge hjemmet (Nerhus et al., 2011).

Lavterskelaktivitet er fysisk aktivitet som er lett tilgjengelig for alle. Det kreves ingen eller liten form for utstyr, det kan gjøres over alt og er lite kostnadskrevenne (Nerhus et al., 2011).

Med *folkehelse* menes «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2011, §13). Med *folkehelsearbeid* menes «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Folkehelseloven, 2011, §13).

2.1.2 Begreper knyttet til sykdom og lidelse

Ikke- smittsomme sykdommer (NCDs, Noncommunicable diseases) benevnes av WHO (u.å-b) som hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes og kronisk lungesykdom. De utvikles primært av de fire risikofaktorene; tobakksbruk, fysisk inaktivitet, skadelige mengder alkohol og usunt kosthold.

2.1.3 Begreper knyttet til metode

I et *randomisert kontrollert studie* (RCT) blir deltakerne i studien tilfeldig fordelt i to eller fler grupper, som enten blir eller ikke blir utsatt for en eksponeringsfaktor.

Gruppen som ikke blir eksponert blir kalt kontrollgruppe (Aschengrau A, 2003, s. 138; Aalen & Frigessi, 2006, s. 212). Hvis to behandlingsformer skal testes, A og B, kan deltakerne i studien trekkes tilfeldig og bli randomisert til å enten motta behandling A eller B. En slik tilfeldig fordeling sikrer ikke alltid sammenliknbare grupper, siden personkarakteristikkene i gruppene kan bli forskjellige. Da er det mulig å lage undergrupper slik at en sikrer at det er jevn fordeling av personkarakteristikker mellom gruppene (Aalen & Frigessi, 2006, s. 213).

Observasjonsstudier er et felles begrep for ulike studier som undersøker personers eksponering av ulike faktorer gjennom deres vaner, arbeidsforhold, bosted og liknende i medisinsk terminologi. De som undersøker påvirker ikke eksponeringen, men undersøker eksponering som foregår i naturlige settinger. F.eks. kan et observasjonsstudie undersøke kvinner som velger å drikke under svangerskap og sammenliknet det med kvinner som velger å ikke drikke. To hovedtyper av observasjonsstudier er kohort- og kasus-kontroll-studier (Aschengrau A, 2003, s. 136).

Seleksjonsbias er en systematisk feil i et studie og skyldes prosedyren som ble brukt for å velge ut deltakerne til studien, og faktorer som påvirker studiedeltakelse. Det kan forekomme når assosiasjonen mellom eksponering og utfall varierer for de som deltok og de som ikke deltok i studien. Et eksempel på dette kan være å sammenlikne dødsratioen i den generelle befolkningen mot personer i en spesifikk jobb. Dette blir feil fordi det i den generelle befolkningen er mange personer som er for syke til å jobbe, og helsen til de i den spesifikke jobben blir derfor mye bedre i forhold (Rothman, 2002, s. 96-97).

Recall bias oppstår når en deltaker i et studie blir bedt om å gjengi eksponeringsinformasjon etter utfallet som studeres. F. eks. en syk person som blir spurt om hvor fysisk aktiv hen var for 6 md. siden (Rothman, 2002, s. 98).

2.1.4 Andre begreper

Motiverende intervju (MI) er en samtaleform som skal motivere til atferdsendring hvor personen som har behov for endring skal «overtale» seg selv til at en endring må skje. MI bygger på de fire grunnverdiene partnerskap, aksept, medfølelse og nysgjerrighet/fremkallelse. I tillegg bygger det på fem grunnprinsipper med akronymet EDRAS. E står for viktigheten av å uttrykke empati, D står for å utvikle diskrepans som vil si at det ikke samsvarer med hvordan man har det og hvordan man ønsker å ha det, R står for rulle med motstand og vil si at en skal reflektere rundt den motstanden personen uttrykker, A står for å unngå argumentering og heller tilby forslag som personen kan velge å ta i mot eller ikke, og til sist står S for støtte til mestringskompetanse som vil si å utforske tiltroen og viktigheten av at personen klarer å gjennomføre atferdsendringen (Helsedirektoratet, 2017).

Health promotion vil henviser til WHO sitt arbeide og det overordnede paradigme. På norsk kan «health promotion» oversettes til helsefremming, men nevnes *helsefremmende arbeid* viser dette til arbeidet frisklivssentralene, idrettslag og andre private og offentlig aktører gjør som jobber direkte med et aktivitetstilbud hvor målet er å forebygge ikke-smittsomme sykdommer, og fremme psykisk og sosialt velvære.

2.2 Om Frisklivssentraler

Frisklivssentraler er en kommunal helsetjeneste hvor målgruppen er de med sykdom eller økt risiko for sykdom og som trenger hjelp med å endre helsevaner eller har helseutfordringer. De skal gi kunnskapsbasert bistand og oppfølging om fysisk aktivitet, kosthold og røyke- og snusslutt. De kan og tilby kurs som depresjon og søvnproblemer. Tilbudet til frisklivssentralene er i egen regi og/eller samarbeid med andre aktører som NAV, fastleger og kommuner (Helsedirektoratet, 2016b).

For å få plass ved en frisklivssentral må man ha en frisklivsresept. Dette kan man få skrevet ut av fastlegen eller NAV, men det er også mulig å søke om det selv. Brukerne får et strukturert og individuelt tilpasset tilbud over 12 uker som starter og avslutter med en helsesamtale. Er det behov kan brukerne få mer oppfølging og målet er at de skal klare å opprettholde en endring av livsstilsvaner etter endt reseptperiode (Helsedirektoratet, 2011a, s. 10; 2016b).

2.2.1 Historisk om FLSer

Den første FLSen ble etablert i Modum kommune i 1996. Noen år senere blir Grønn resept lansert som en ny takst legene kan benytte for oppfølging av personer med høyt blodtrykk og diabetes type 2, og i 2004 inngikk Helsedirektoratet et samarbeid med flere fylker for å se på ulike modeller for hjelp til å endre levevaner. Den første veilederen for kommunale FLSer kom i 2011 og i 2020 er det ifølge SSB 235 av 356 kommuner med et tilbud om FLS. Tar vi også med bydeler øker antallet til 275 FLSer i 2018 (Hagen, 2020; Helsedirektoratet, 2016b, 2019).

2.2.2 Formålet med frisklivssentraler

Formålet med en frisklivssentral er å fremme psykisk og fysisk helse for å forebygge eller begrense sykdom. Den skal legge vekt på en helhetlig tilnærming som er individuelt tilpasset og brukermedvirkning står sentralt. Frisklivssentralen skal:

- *Gi støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer*
- *Gi veiledning som retter oppmerksomheten mot friskressurser for helse og livskvalitet*
- *Understøtte brukerens egen læringsprosess*
- *Gi tilbud så tidlig som mulig ved økt risiko for sykdom*
- *Gi hjelp til å finne frem til lokale tilbud og aktiviteter som passer for den enkelte bruker*
- *Styrke innbyggernes kunnskap om levevaner og helse*
- *Være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid*

(Helsedirektoratet, 2011a, s. 8)

2.2.3 Grunntilbudet ved frisklivssentraler

Grunntilbudet til frisklivssentraler består av støtte til fysisk aktivitet, kosthold og røyke- og snusslutt. Tilbudet starter og avsluttes med en helsesamtale, hvor målet er at brukeren selv skal beskrive hvorfor hen har behov for livsstilsendring. Denne helsesamtalen bygger på prinsippene fra MI. Å endre levevaner kan være krevende og det er derfor viktig at dette er noe brukeren selv ønsker (Helsedirektoratet, 2011a, s. 11-12).

Før og etter oppfølgingsperioden får brukeren tilbud om fysisk test. Dette kan være med på bevisstgjørelse av den fysiske formen og bidra til økt motivasjon før treningen starter. Tilbudet om fysisk aktivitet er anbefalt å være et gruppetilbud i regi av FLSen, men den kan være et gruppetilbud i samarbeid med andre aktører. Aktivitetene skal være lavterskelaktiviteter. Det kan gjøre det lettere å nå målet om at brukeren fortsetter med regelmessig aktivitet på egen hånd. Det skal også være en bevisstgjøring av betydningen av fysisk aktivitet og begrensning av stillesittende tid (Helsedirektoratet, 2011a, s. 13-14).

2.2.4 Utvidet tilbud ved FLSer

I tillegg til grunntilbudet kan FLSene ha utvidet tilbud, avhengig av kapasitet og ansattes kompetanse. Tilbudet om kosthold og røyke- og snusslutt består av individuelle helsesamtaler, temadager og kurs. FLSer uten nok kompetanse blir anbefalt å bistå brukerne til å finne og benytte seg av andre tilbud (Helsedirektoratet, 2011a, s. 17-18).

Utover grunntilbudet anbefales FLSer som har ressurser til det å ha tilbud til personer med psykiske plager, søvnevansker og/eller risiko for alkoholbruk. Personer med slike

utfordringer kan ha ekstra vanskeligheter med å endre levevaner (Helsedirektoratet, 2011a, s. 17-18).

2.3 Begrepsavklaring

I denne oppgaven vil begrepet *grunntilbudet* favne beskrivelsen av tilbudet som er beskrevet under 2.2.3 *Grunntilbudet til frisklivssentraler*. Begrepet *intervensjon* vil også bli brukt om samme tilbud.

Med *ansatte* menes alle som jobber ved en FLS, og har direkte kontakt med brukerne.

Brukerne er de som har en frisklivsresept og benytter seg av tilbudene til FLSene.

Deltakere vil henviser til alle brukere og ansatte som har deltatt i de inkluderte studiene.

3. Bakgrunnsteori

3.1 Kort om helse

«Det er med helse omtrent som med kjærlighet og lykke: alle som har opplevd det, vet hva det er, men likevel kan vi ikke definere det på en tydelig måte» (Fugelli og Ingstad, 2014, s. 61) står det så fint i boka Helse på Norsk.

Dette sitatet demonstrerer kompleksiteten til begrepet. I 1946 kom WHO med definisjonen “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (WHO, 1946) som skulle få med seg bredden i begrepet. Denne har blitt kritisert fordi det argumenteres for at det ikke er mulig å oppnå fullkomment kroppslig, mentalt og sosialt velvære, og at definisjonen heller må sees på som en idealbeskrivelse. I kontrast til WHO's definisjon står *Helse på Norsk*-undersøkelsen hvor informantene ikke forbant helse med fullstendig velvære, men det å ha det «alminnelig bra» var godt nok (Fugelli & Ingstad, 2014, s. 68-69; Mæland, 2016, s. 26-27).

Historisk har mennesker i mer eller mindre grad tatt helsen for gitt. Det vil si at de hverken var sunne eller usunne, men var slik livet hadde blitt for dem. Nå har synet på helse endret seg. Det kan være flere årsaker til dette, men noe skyldes nok at sykdomsbyrden har endret seg. Det er nå NCDs som kreft, diabetes og hjerte- og karsykdommer som står for den største sykdomsbyrden. Disse kan være kroniske og ikke livstruende, og personer som har denne typen sykdom kan leve lenge med dem. Felles for disse sykdommene er at de kan forebygges i større eller mindre grad. Helse er ikke lenger bare om vi er sunne og friske, men har blitt faktoren som påvirker om vi utvikler NCDs. Det kan hevdes at vi ikke bare behandler sykdommen hos personer lenger, men at vi i stedet bare holder de i live. Det er og økning i levealder og disse sykdommene rammer gjerne de eldre (Nettleton, 2013, s. 10-11).

Derfor har helse i dagens verden blitt noe man kan oppnå. Det har blitt noe mennesker skal gjøre for å øke livskvaliteten, eller minske risikoen for livsstilssykdommer og for tidlig død (Cockerham, 2010, s. 159). Å leve sunt og ta sunne valg har blitt en betydelig og bevist del av manges liv (Nettleton, 2013, s. 34). Mennesker i industriland har blitt satt til ansvar for deres egen helse, og til og med utseende på kroppen. Å ikke jobbe for

å være sunn kan føre til stigma i det sosiale livet. Cockerham (2010) mener det skyldes 1) ending i sykdomsmønstre, 2) endring i modernitet, og 3) endring i sosiale identiteter.

3.2 Et skifte i helseparadigmer

3.2.1 Health promotion og biomedisin

I 1986 ble den første *International Conference on Health Promotion* holdt i Ottawa, og det var primært en respons på en voksende forventning om en ny offentlig helsebevegelse i verden for en ny måte å tenke på om offentlig helse. *The Ottawa Charter* lanserte en rekke tiltak for internasjonale organisasjoner, land og lokallag for å nå målet «helse for alle» eller «Health for all», og bygget på prinsippene: (WHO, u.å-a).

- Helsefremmende arbeid må rette seg mot helsepåvirkninger i folks hverdagsliv og ikke spesielt mot høyrisikogrupper.
- Helsefremmende arbeid skal bidra til å redusere ulikhetene i helse og mellom folk.
- Helsefremmende arbeid må kombinere forskjellige tilnærminger og metoder.
- Helsefremmende arbeid må stimulere til aktiv deltakelse fra befolkningens side.

(Tellnes, 2007, s. 145)

Denne forståelsen av helse er ny historisk sett, og WHO's nye satsning står i sterk kontrast til biomedisin som lenge har vært et dominerende paradigme i den vestlige verden. Den består av fem antakelser om helse:

1. Kropp/sinn dualisme. Kroppen og sinnet kan behandles hver for seg.
2. Mekanisk metafor. Kroppen kan repareres som en maskin.
3. Teknologisk imperativ. Fordelene ved teknologiske inngrep i kroppen er noen ganger overvurdert.
4. Reduksjonisme. Ved sykdom fokuseres det bare på biologiske endringer i kroppen.
5. Doktrinen om spesifikk etiologi (årsakslære). All sykdom er forårsaket av et spesifikt og identifiserbart objekt som virus, bakterie, parasitt eller andre fremmedlegemer i kroppen (Nettleton, 2013, s. 2).

3.2.2 Kritikk av biomedisin

Mange av de viktigste bekymringene rundt helse og sykdom kommer som en reaksjon og kritikk av dette paradigmet, som har dominert siden 1700-tallet. I dag vil vi kjapt gjenkjenne begrensninger ved det, og hvordan det er basert på at den fysiske kroppen er isolert fra personen og sinnet, og at de sosiale og materielle omstendighetene til en person er oversett i sammenhengen ved sykdom.

Den biomedisinske modellen har fått kritikk fra flere hold, blant annet ved å henvise til historiske demografiske undersøkelser som viser at nedgang i dødelighet ikke kommer av medisinske fremskritt som vaksiner og behandling, men av endringer i ernæring, hygiene og reproduksjonsmønstre, som alle er sosiale fenomener. Argumentasjonen trekkes også videre til at moderne medisin skaper flere syke enn friske mennesker på grunn av bivirkningene fra medisiner og medisinske behandlinger (Nettleton, 2013, s. 3).

En annen kritikk er at biomedisin feiler med å sette kroppen inn i et sosio-miljøavhengig perspektiv. Biomedisin har undervurdert linken mellom sykdom og menneskers materielle omstendigheter (Nettleton, 2013, s. 4). Mønstre i dødelighet og sykkelighet eller personers livsendringer er relatert til sosiale konstruksjoner og påvirkes av kjønn, sosial klasse, rase/etnisitet og alder. Den biomedisinske modellen ser ikke de sosiale ulikhetene som påvirker helsen (Nettleton, 2013, s. 5).

Et siste eksempel er at begrensningen i den medisinske profesjonen ikke skyldes manglende vitenskapelig kunnskap eller mulighet til å undersøke det, men er et resultat av sosiopolitiske utfordringer, og at det som har blitt forsket på kommer av den sosiale konteksten vi befinner oss i (Nettleton, 2013, s. 6).

3.2.3 Det nye paradigmet

Fokuset til The Ottawa Charter skiller seg ut ved at det ikke bare ble fokusert på god dekning av helsetjenester for alle, men at det også er et fokus på å forebygge helseplager. Det forebyggende arbeidet ble definert av WHO slik: *“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health”* (WHO, 2021, s. 4). Det representerer en omfattende sosial og politisk prosess. Den er ikke bare rettet mot å styrke enkeltindividers ferdigheter og kapasitet, men også påvirke

sosiale, miljømessige og økonomiske aspekter slik at personlig helse og folkehelsen blir optimalisert (WHO, 2021, s. 4).

Health promotion ble tidlig kritisert fordi det ble ment at det var i fare for å stagnere fordi det ikke fantes en teori for å støtte og veilede arbeidet (Antonovsky, 1996, s. 11). Health promotion kan ses på som et overordnet paradigme hvor fokuset er mennesket som en helhet og ikke bare biologiske endringer i kroppen. Det kan ha flere underordnede paradigmer, og denne oppgaven vil fokusere på *health lifestyle*-paradigmet til Cockerham og *salutogenese* som er konstruert av Antonovsky.

3.3 Health lifestyle og salutogenese

Jeg har valgt å konsentrere meg om disse to paradigmene fordi de passer godt i frisklivssentralbildet. Health lifestyle har et helsefokus på strukturnivå, som kan være med å forklare aktivitetsvanene til brukerne. Salutogenese går nærmere på individet og kan være med å forklare endringsprosessene til brukerne.

3.4 Health lifestyle

Health lifestyle-paradigmet er konstruert av Cockerham (2005). Det kan defineres som kollektive mønstre med helserelatert adferd basert på alternativer som er tilgjengelige for en person basert på deres muligheter i livet. Disse rutinene gir sammen en representasjon i en spesifikk gruppe eller klasse. Det har tidligere ikke eksistert en teori om helserelatert adferd, eller *health lifestyle* som blir brukt om temaet på engelsk, men et forsøk på et paradigme er presentert i Figur 1 (Cockerham, 2005, s. 55; Cockerham, 2010, s. 159).

For å bygge sitt paradigme har Cockerham brukt elementer fra teoriene til Bourdieu og Weber. For å forstå hans teori er det derfor viktig å ha kunnskap om enkelte av begrepene i Bourdieus og Webers teorier som blir presentert nedenfor før gjennomgangen av *health lifestyle*-paradigmet.

3.4.1 Weber

Struktur kan defineres som «*et sett av gjensidige opprettholdte normer og ressurser som styrker eller begrenser sosiale handlinger og som blir reproduisert av de samme sosiale handlingene*» (Cockerham, 2005, s. 55). «Schemas»/normer er ikke lovgitte regler og

prosedyrer som gjelder det sosiale liv. Ressurser er enten menneskelige eller ikke-menneskelige og kan bli brukt for å oppnå makt. Individuelle valg under alle omstendigheter består av to type begrensninger. 1) å velge fra hva som er tilgjengelig, og 2) sosiale koder og regler som forteller individet hvor passende noe er og hvilken rangering som er å foretrekke (Cockerham, 2005, s. 55).

Begrepet *agency* lar seg vanskelig oversette, men er i health lifestyle linket til livsvalg. Det er foreslått at menneskers *agency* består av de tre elementene interaksjon (selektiv fornyelse av tidligere tanker og handlinger), projektivitet (generering av mulige fremtidige handlingsbaner hvor tanker og handlinger kreativt kan modifiseres), og praktisk evaluering (evnen til å ta praktiske og normative vurderinger basert på ulike muligheter). Det kan derfor ses på som en prosess hvor individer, påvirket av deres fortid, men også med fokus på nåtiden og fremtiden, kritisk vurderer og velger sine handlinger (Cockerham, 2005, s. 54-55).

Livsstils-begrepet har sin bakgrunn i arbeidet til Max Weber, selv om det vi legger i ordet i dag ikke nødvendigvis er det samme som hva Weber la i begrepet da han utviklet det (Cockerham, 2005, s. 52). Han vektla makrostrukturer og viste hvordan sosiale institusjoner og utbredte trossystem/tankekollektiver har en betydelig virkning på å forme tankene og atferden til individer (Cockerham, 2005, s. 53).

Weber assosierte livsstil med statusgrupper, ikke individer, og viste derfor at livsstil er kollektive sosiale fenomener. Personer som ønsker å bli en del av en spesiell statusgruppe blir nødt til å adoptere en spesifikk livsstil (Cockerham, 2005, s. 55). Dette inkorporerer forholdet mellom livsvalg (*agency*) og livsmuligheter (struktur). Helserelaterte valg er frivillig, men de blir enten forsterket eller begrenset av de strukturene en person omgir seg med (Cockerham, 2010, s. 159).

Derfor er samspillet mellom struktur og *agency* viktig for en persons livsstil, fordi individuelle valg er i alle sammenhenger påvirket av 1) å velge blant det som er tilgjengelig og 2) sosiale regler eller koder som bestemmer rangeringen og hvor sømmelig et valg er (Cockerham, 2005, s. 55).

3.4.2 Bourdieu

Bourdieu er en av verdens ledende post- krigs sosiologer. Han mente at sosiologer spilte en viktig rolle for å arbeide mot å unngå sosial dominans(makt), og var svært kritisk til vestlige styresett som bidro til økte forskjeller, jobbusikkerhet, kriminalitet og stress (Giulianotti, 2016, s. 170).

Habitus er et viktig begrep i Bourdieus teori og er et system som er predisponert med hvordan en skal oppføre seg i forskjellige situasjoner med forskjellige mennesker (Coakley & Pike, 2009, s. 39). Det kan ses på som en samling av ordene «habit» og «habitat». Det representerer et system av klassifikasjoner som former praksiser, tro, vaner, smak og kroppslige aktiviteter. Habitus opererer utenfor individers selvbevissthet og er alltid orientert/rettet mot praktiske funksjoner/utfall. Det er også en endeløs kapasitet for å generere produkter som tanker, oppfatninger, uttrykk og handlinger, hvor begrensningen ligger i de historiske og sosiale forholdene ved reproduksjonen (Giulianotti, 2016, s. 173).

Habitus er knyttet sammen med sosial klasse og sier også noe om hvilke aktiviteter som er passende for ulike samfunnsgrupper. F.eks.er aktivitetshabitusen til høyere sosiale klasser aktiviteter som er estetiske, sunne, krever mindre intensitet, mindre kroppskontakt, har større sammenheng med helse og livslang deltakelse. Dette står i motsetning til aktivitetshabitusen til lavere sosiale klasser hvor boksing og fotball inngår. Høyere sosiale klasser driver med golf, tennis, seiling, ridning, ski og fekting (Giulianotti, 2016, s. 179).

Kapital er et annet viktig begrep i Bourdieus teori og kan deles inn i fire: økonomisk, kulturell, sosial og symbolsk kapital. Økonomisk kapital viser til materiell rikdom, kulturell kapital er kulturelle ressurser som utdanningsnivå og kunstnerisk kunnskap, sosial kapital er en persons sosiale nettverk gjennom venner, familie, kolleger o.l. og symbolsk kapital viser til prestisje, utmerkelser og andre former for anerkjennelse. Symbolsk kapital kan variere mellom ulike sosiale grupper, og det er en kapital de andre kapitalformene kan omdannes til (Giulianotti, 2016, s. 173-174; Wagner & Thing, 2011, s. 61).

Mengden av de ulike kapitaltypene og forholdet mellom dem utgjør et sosialt *felt* som har spesifikke logikker og krav. Sammen med kapital og habitus utgjør de en persons praksis, og de er alle gjensidig avhengig av hverandre. En persons posisjon i det sosiale feltet og deres habitus er og med på å forme personens *smak* for ulike aktiviteter (Giulianotti, 2016, s. 174; Wagner & Thing, 2011, s. 60).

3.4.3 Livsstil som habitus

Habitusbegrepet er et bindeledd mellom de objektive samfunnsmessige forholdene et individ oppholder seg i og individets subjektive disposisjoner. Bourdieu fremhever at de ytre miljømessige omstendighetene skaper vår væremåte.

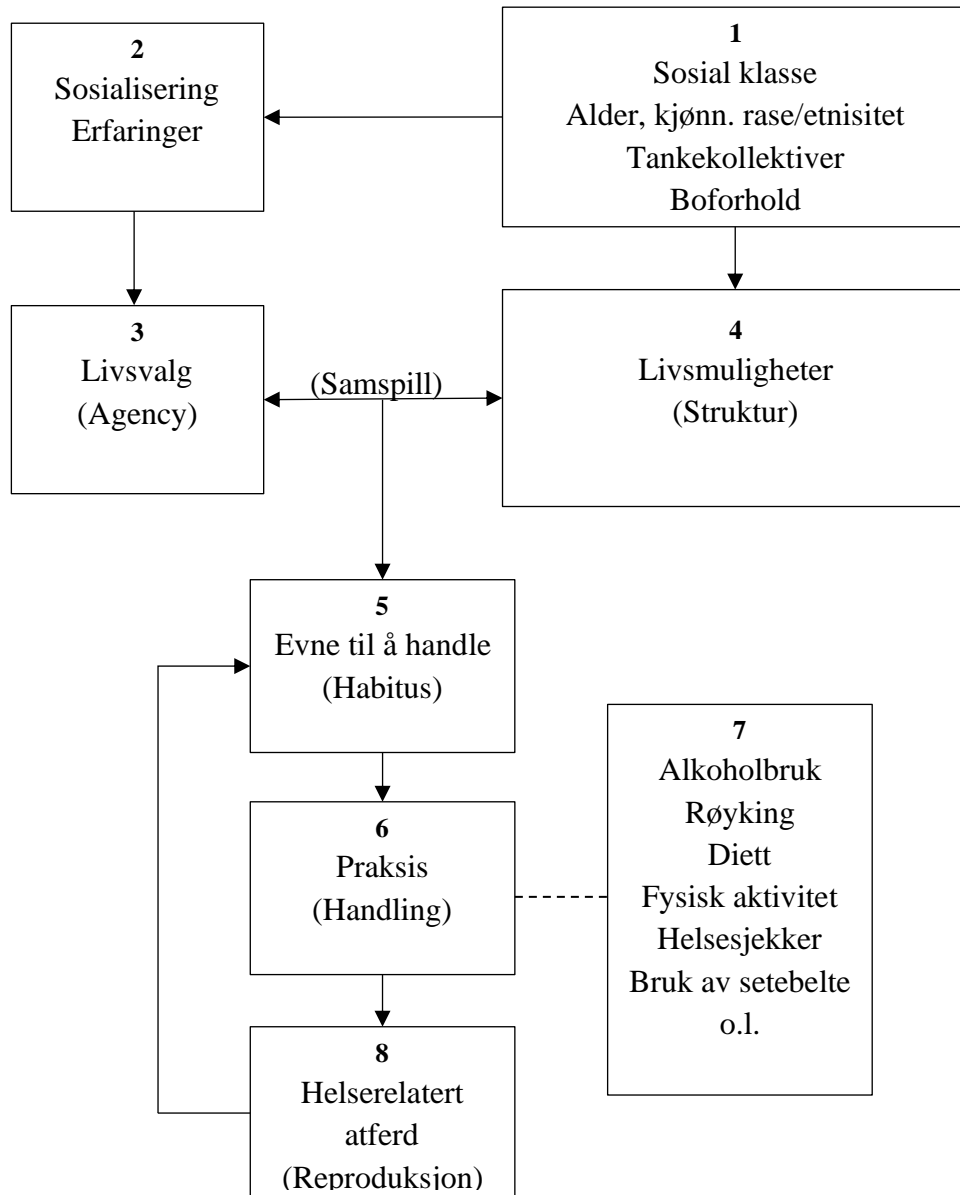
Habitus forklarer hvordan et liv henger sammen med andres liv selv om det ikke ser slik ut. Vaner er strukturerende og strukturert for personers måte å se på fysisk aktivitet som en plage/lidelse eller ikke. Hvordan vi oppdras til idrettsaktivitet er avgjørende for vår habitus. Smak og interesse for fysisk aktivitet er ikke bare tatt ut fra løse luften. Vi er født i bestemte sosiale klasser, samfunn og lokalmiljø, og de sosialiseringssprosessene vi gjennomgår i familien og skolen er med på å forme vår smak for fysisk aktivitet. I bourdieuisk syn er livsstil derfor ikke noe vi velger, men er noe vi er født inn i (Wagner & Thing, 2011, s. 293).

Fysisk inaktivitet og usunn livsstil er derfor ikke et spørsmål om latskap eller uvitenhet, men om omstendigheter rundt personens livsløp og tilværelse. Livsstil må ses på i sammenheng med boforhold, ernæringsvaner, musikkstil eller politiske preferanser. Det er en identitetsmarkør som viser tilhørighet til en gruppe og er tegn på en persons sosiale posisjon (Wagner & Thing, 2011, s. 294).

3.5 Health lifestyle- paradigmet

Health lifestyle-paradigmet presentert i *Figur 1*. Pilene mellom boksene presenterer hypotetisk tenkt forhold. Begynner vi med boks 1 som er øverst til høyre i *Figur 1* er det listet opp fire kategorier som har kapasitet til å forme helse relatert atferd. Det er 1) sosial klasse, 2) alder, kjønn og rase/etnisitet, 3) tankekollektiver, 3) boforhold. Alle disse kategoriene er foreslått med bakgrunn i eksisterende litteratur, og springer videre

ut i hvordan det påvirker våre muligheter i livet, erfaringer, livsvalg og hvordan denne samhandlingen leder til hvordan vi handler.



Figur 1. Health lifestyle- paradigme.

3.5.1 Sosial klasse

Den første kategorien under strukturelle variabler i boks 1 er sosial klasse. Det er kanskje den mest påvirkningsfulle faktoren på helse, og har vært observert siden 1800-tallet. Sosial klasse refererer til kategorier av mennesker som deler samme posisjon i samfunnet basert på en kombinasjon av inntekt, velstand, utdanning, yrke og sosiale forbindelser (Coakley & Pike, 2009, s. 297). Gjennom livsløpsforklaringen sier den noe

om hvordan forhold, hendelser og erfaringer påvirker en persons helse fra før de er født. Noe som er viktig for å forstå ulikheter i helse. En persons biologiske tilstand er en markør for tidligere sosial posisjon og er medvirkende for både fordeler og ulemper for helsen i fremtiden (Nettleton, 2013, s. 165).

Bourdieu har gjort et viktig arbeid på sosial klasse, fritidsaktiviteter og kostholdsvaner. I sine studier fant han ut at det er forskjell i overklassen i både valg av idrettsaktivitet, men også hva slags mat de åt. Bourdieu fant ut at arbeidsklassen ikke bare opplevde økonomiske barrierer ved deltakelse, men også skjulte barrierer som familietradisjoner, kleskode og atferd. Overklassens valg av aktivitet krevde også ofte spesifikke lokasjoner, investering, tid, og trening som arbeiderklassen ikke hadde. Arbeiderklassen valgte derimot aktiviteter som var like tilgjengelige for alle grupper (Cockerham, 2005, s. 56; Cockerham, 2010, s. 168).

I Webers arbeid fant han ikke bare ut at livsstil uttrykte forskjellen mellom ulike statusgrupper, men han observerte også hvordan sosiale lag brakte med seg en bestemt måte å leve på. Dette var viktig siden det var med på å overføre klassespesifikke normer, verdier, religiøs etikk og levesett mellom generasjoner (Cockerham, 2010, s. 168). F.eks. ble det funnet ut at i arbeidsklassen i Russland er det i stor grad sosialt forventet at en har et stort alkoholforbruk, røyker mye og har en diett bestående av mye mett fett (Cockerham, 2005, s. 57).

Personene som er i høyere og middels høye sosiale klasser tilhører gruppen med best helse. De har høyest deltakelse i fritidsaktiviteter (idrett), har sunnere dietter, drikker moderat, røyker mindre, går mer jevnlig på sjekker til legen, og har større mulighet for å koble av og hvile. Denne gruppen har og høyere utdanning og bedre tilgang på informasjon om tiltak som kan fremme helsen (Cockerham, 2005, s. 58).

Videre er det flere fra lavere sosiale klasser som jobber i lavtlønnede jobber, er arbeidsledige, aldri har jobbet eller har langvarige sykdommer som begrenser de i hverdagen. I høyere sosiale klasser var det bare 10% som rapporterte at de slet med langvarig sykdom, mens blant menn som hadde vært langvarig uten arbeid eller aldri hadde jobbet rapporterte 40% slike plager (Nettleton, 2013, s. 159).

3.5.2 Kjønn, alder, rase/etnisitet

Weber anså ikke denne kategorien som påvirkbar på helse, men nyere forskning viser at disse variablene er svært viktige for helsen. Alder påvirkes gjennom at personer tar bedre vare på helsen sin når de blir eldre ved at de blir mer forsiktige med hva slags mat de eter, at de hviler og slapper av mer av, at de har et mer moderat alkoholinntak og at de slutter å røyke. Dette er forskjellig i ulike sosiale klasser, og eldre med lav inntekt endrer ikke på vanene sine mens de eldes, mens eldre med høyere inntekt gjør dette (Cockerham, 2005, s. 58; Cockerham, 2010, s. 170).

Kjønn er en signifikant variabel for helse ved at kvinner har en tendens til å spise mer sunn mat, drikke mindre, røyke mindre, dra til legen oftere, bruke bilbelte oftere og har generelt en sunnere livsstil enn menn. I tillegg har menn en tendens til å kopiere helseatferden til sin far og kvinner til sin mor. Dette er med på å forsterke den kjønnsspesifikke overføringen av helse relatert livsstil når de går fra ungdom til å bli voksne (Cockerham, 2005, s. 58). Selv om kjønn er en sterk prediktor for en sunn livsstil kan effekten av den modereres av ulike sosial klasser ved at personer i høyere sosiale klasser, uavhengig av kjønn, uansett har bedre livsstilsvaner (Cockerham, 2010, s. 171).

Det er utfordrende å måle ulikhet mellom kjønn og det må gjøres med forsiktighet. F.eks. er voksne kvinner mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser som depresjon og angst, men blant 15-19 årige menn er selvmordsraten høyere enn hos jevnaldrende kvinner (Nettleton, 2013, s. 168). I tillegg har menn som bor alene mindre sannsynlighet for å ha sosiale forhold som involverer tjenesteutvikling, sammenliknet med kvinner. Dette øker sannsynligheten for isolasjon blant enslige eldre menn. Samtidig har kvinner større sjans for å være fattige, ha mindre utdanning, ha dårligere betalte jobber og dermed dårligere helse (Nettleton, 2013, s. 170).

En del studier viser at forholdet mellom klasse og helse ikke er like betydelig for kvinner som for menn (Nettleton, 2013, s. 166). I et studie gjort på kjønn og dødelighet i forskjellige land ble det vist at forskjellen i levealder mellom kjønnene bare er sosialt konstruert. Kvinnenes levealder i forhold til mennene avhenger helt av levekårene i landet. I land der kvinner lever like lenge som menn har de lav sosial status og utfordringer med å få seg utdanning, de har dårlig helse og dårligere kosthold. Til

sammenlikning har vi land hvor kvinner lever 5-7 år lenger enn menn. Dette er land som Norge hvor kvinner har mulighet til utdanning. I tillegg har det vært endringer i kjønnsrollene og kvinner er delaktige i arbeidslivet. Til sist er det også en annen kategori hvor kvinner lever mer enn 8 år lenger enn menn. Dette er land som har vært gjennom store sosioøkonomiske endringer som f.eks. Russland (Nettleton, 2013, s. 167).

Rase og etnisitet har også en påvirkning på helsen. Studier fra USA viser at de med lys hud ofte drikker mindre, røyker mindre, trener mer og praktiserer vektkontroll mer enn mørkhudede, men den fulle forskjellen har ikke blitt fullt dokumentert. Det finnes beviser for at mørkhudede har en brattere nedgang i tid i fysisk aktivitet sammenliknet med lyshudede når de blir eldre (fra ungdom til voksen), men dette kan skyldes at de har mer komplekse helseproblemer og/eller bor i mer utrygge nabolag. De fleste studier på rase og helse fokuserer mest på dødelighet og sykkelighet, og ikke så mye på praksiser knyttet til helse. Det hevdes også at forskjellen i helse basert på rase og etnisitet egentlig skyldes sosial klasse. Når det kommer til *health lifestyle* er rase og etnisitet basert på struktur og ikke agency (Cockerham, 2005, s. 59).

I boken til Nettleton (2013, s. 173-174) nevnes det at Davey Smith og hans kolleger har identifisert flere forklaringsmodeller på rase og etnisitet, og mønstre knyttet mot helse. Den første er «biologiske» faktorer som av og til blir brukt om hvorfor noen hyppigere får diabetes og høyt blodtrykk. Selv om gener kan ha noe påvirkning på ulike helsetilstander, kan det ikke alene forklare forskjellene i helse og rase og etnisitet.

Videre kan migrasjon påvirke helsen fordi den sosiale prosessen med å migrere i seg selv skaper ulikhet i helse blant ulike grupper, fordi migrasjonen kan være stressende og skadelig for helsen. Dette kan derimot ha begrenset påvirkning på helsen i lang tid (Nettleton, 2013, s. 174).

En annen grunn er kultur, tro og atferd. Som med sosial klasse kan ulike kulturer føre med seg ulike atferder. F.eks. er det funnet små mengder vitamin D i asiatiske barn, og en teori på det er at de går med klær som gjør at de ikke eksponeres for sollys. Dette henger og sammen med tankekollektiver som det står mer om senere. En utfordring med dette punktet er at helsen er knyttet til den etniske gruppen og ikke til en bredere sosial

kontekst. F.eks. ville ikke en som er etnisk asiatisk ha de samme helseutfordringene som asiatiske hvis personen var født og oppvokst i et land med andre praksiser og fulgte disse praksisene (Nettleton, 2013, s. 174-175).

I tillegg kan en forklaring være rasisme. Det er et økende antall studier fra USA og England hvor det har blitt bekreftet at å bli utsatt for rasisme eller ha frykt for å bli utsatt for rasisme har en negativ effekt på helsen. Av de som var bekymret for å bli utsatt for rasistisk diskriminering oppga 61% at de hadde en dårligere helse enn de som ikke var bekymret (Nettleton, 2013, s. 176).

En siste forklaring er tilgangen på helsetjenester og bruken av dem. Denne peker på at ulike grupper har ulik tilgang på ulike helsetjenester (Nettleton, 2013, s. 177). Dette henger også sammen med sosioøkonomiske faktorer som yrkesklasse, inntekt og boforhold fordi det kan variere mellom ulike etniske grupper (Nettleton, 2013, s. 174). Boforhold sin påvirkning på helsen står det mer om senere.

3.5.3 Tankekollektiver

Aktører som er linket sammen gjennom felles sosiale forhold, religion, politikk, arbeidsforhold og liknende, og som har et felles verdenssyn, skaper tankekollektiver. Religion og ideologier er tankekollektiver som kan ha implikasjoner på helseatferd. F.eks. er det noen religiøse grupper hvor en skal ta avstand fra alkohol og som fremmer et godt kosthold, fysisk aktivitet og personlig hygiene. Men den fulle sammenhengen mellom religion og helse relatert atferd vet man ikke pga. manglende studier (Cockerham, 2005, s. 59; Cockerham, 2010, s. 172).

3.5.4 Boforhold

Boforhold sier noe om de strukturelle forskjellene som påvirker hvordan du bor. Dette kan f.eks. være tilgang på rent vann, avløp, elektrisitet, isolasjon og varmesystem, byggekvaliteten på boligen og et trygt nærmiljø. Det kan og si noe om dekningsgraden av helsetjenester i området en bor i. Om det er tilstrekkelig legehjelp for alle, tilbud om helsesøster på skolen og liknende (Cockerham, 2005, s. 60).

Et økende antall studier har vist at stedet en bor påvirker helsen etter at andre individuelle karakteristikk som utdanning, etnisitet og arbeidsstatus har blitt tatt høyde for (Nettleton, 2013, s. 179).

3.5.5 Sosialisering og erfaring

Variablene i boks 1 leder til den sosiale konteksten for sosialisering og erfaring som vist av pilen som leder til boks 2. Boks 2 støttes av Bourdieus syn på at evnen til å handle er konstruert gjennom sosialisering og erfaring, og at en persons sosiale klasse fører til de sosiale forholdene for denne prosessen. I dette paradigmet tilføres også de strukturelle kategoriene som ble forklart i boks 1, siden disse kan påvirke det sosiale miljøet hvor sosialisering og erfaring foregår (Cockerham, 2005, s. 60; Cockerham, 2010, s. 174).

3.5.6 Livsvalg (agency)

Figur 1. viser hvordan sosialisering og erfaring (boks 2) leder til muligheten for livsvalg i boks 3. (Som nevnt tidligere) ble begrepet livsvalg introdusert av Weber og viser til selvkontroll over egen atferd. Det er en prosess hvor individer selv vurderer ulike valg og velger hvilket som skal handles på. Livsvalg kommer fra det tyske ordet «lebensführung» som betyr å administrere/håndtere eget liv. Ifølge Weber er alle sosiale handlinger plassert i en kontekst som inkluderer både muligheter og begrensninger, og det er personens forståelse av situasjonen som leder til valget for atferden (Cockerham, 2005, s. 60; Cockerham, 2010, s. 174).

3.5.7 Livsmuligheter (struktur)

Sosial klasse og i noen mindre grad de andre kategoriene i boks 1 utgjør livsmuligheter som vises i boks 4. Dette begrepet sier noe om fordeler og ulemper ved en persons sosiale klasse, mens med Webers utvidede mening sier det noe om sjansen for å finne tilfredshet med interesser, ønsker og behov, og sannsynligheten for at hendelser som leder til tilfredshet skal forekomme. Det vil si at jo høyere en persons stilling i klassehierarkiet er, jo større sjanse er det for at personen finner tilfredshet. En persons muligheter for tilfredshet er basert på strukturelle forhold i deres liv og særlig deres sosiale klasse. Weber mener at muligheter er sosialt bestemt og sosiale strukturer er en tilrettelegger for muligheter (Cockerham, 2005, s. 60; Cockerham, 2010, s. 174-175).

3.5.8 Samspillet mellom valg og muligheter

Pilene mellom boks 3 og 4 i figur 1 indikerer samspillet mellom livsvalg (boks 3) og livsmuligheter (boks 4). Livsmulighetene muliggjør eller begrenser valgene til et individ, og valg og muligheter utgjør sammen livsstilen til en person, gruppe eller klasse.

Livsvalg er ikke en passiv faktor i dette samspillet. For å begrense noe må en ha noe å begrense og for å muliggjøre noe må man ha noe en kan muliggjøre. Derfor må individer velge en handlemåte hvis deres handlinger enten skal bli muliggjort eller begrenset. Personer vurderer derfor sine mål, behov og ønsker opp mot sannsynligheten for å kunne realisere dem, og velger derfor en livsstil som samsvarer med deres vurdering av realiteten ut ifra deres resurser og sosiale klasse. Urealistiske valg er usannsynlig at forekommer fordi realistiske valg er basert på hva som er strukturelt mulig (Cockerham, 2005, s. 61; Cockerham, 2010, s. 175).

3.5.9 Even til å handle (habitus)

Interaksjonen mellom livsvalg og livsmuligheter utgjør en persons evne til å handle (boks 5). Denne evnen former habitus, og det fungerer som et kognitivt kart eller en samling oppfatninger som rutinemessig veileder og evaluerer en persons valg og muligheter. Dette er forhold som har likhetstrekk med Webers livsvalg som bestemmer hva som er materielt, sosialt og kulturelt sannsynlig, mulig eller umulig for et medlem av en spesiell sosial gruppe eller klasse. Personer som har liknende livsmuligheter deler samme habitus fordi det er stor sannsynlighet for at de har erfaringer som likner. Selv om det er umulig at alle medlemmer av en sosial gruppe eller klasse har hatt de samme erfaringene, tar de samme eller liknende livsstilsvalg fordi de har liknende erfaringer. Påvirkningen fra ytre sosiale strukturer og forhold er inkorporert i habitus, i likhet med individets egen tilbøyelighet, preferanser og tolkninger (Cockerham, 2005, s. 61; Cockerham, 2010, s. 176).

3.5.10 Det fullførte paradigmet

Figur 1. viser at evnen til å handle (boks 5) produserer praksiser eller handlinger (boks 6). Praksiser forbundet med en sunn livsstil kan være så integrert i en rutine at de handles på av vane når de er etablert i habitus, det samme gjelder praksiser forbundet med en usunn livsstil (Cockerham, 2005, s. 62).

De fire mest vanlige praksisene som blir målt i studier på helse er alkoholforbruk, røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Disse er vist i boks 7 sammen med helseundersøkelser (f.eks. legebekjemp) og bruk av setebelte, som også er et typisk livsstilsvalg. Disse praksisene kan være både positive og negative, og til sammen utgjør de et mønster som leder til en person helserelaterte atferd (boks 8). Noen av disse praksisene kan være komplekse, som f.eks. kosthold. Å spise kjøtt kan være både positivt og negativt avhengig av mengden, hvordan det blir tilberedt og hvor mye fett kjøttet inneholder. Fysisk aktivitet på fritiden gir mindre risiko for å utvikle livsstilssykdommer, men fysisk krevende arbeid gir ikke den samme beskyttelsen. Ved analyse av de ulike praksisene er det derfor viktig å ta høyde for deres kompleksitet (Cockerham, 2005, s. 62; Cockerham, 2010, s. 177-178).

Praksisene som fører til en type helserelatert atferd leder til en reproduksjon, modifikasjon eller ingen endring i habitus gjennom en tilbakemeldingsprosess. Dette vises i Figur 1. med pilen som går fra boks 8 tilbake til boks 5. Når handlinger blir handlet på har de en tendens til å reprodusere eller modifisere habitus som gjør habitus til midtpunktet i dette paradigmet (Cockerham, 2005, s. 62-63; Cockerham, 2010, s. 178).

3.5.11 Sammendrag av health lifestyle- paradigmet

Dette *health lifestyle*- paradigmet trekker frem at fire kategorier av strukturelle variabler (boks1) som 1) sosial klasse, 2) alder, kjønn, og rase og etnisitet, 3) tankekollektiver og 4) boforhold påvirker den sosiale konteksten til sosialisering og erfaring (boks2) som igjen påvirker livsvalg (boks 3). Samlet utgjør de også de strukturelle variablene som utgjør en persons livsmuligheter (boks 4). Samspillet mellom livsmuligheter og livsvalg skaper evnen til å handle, eller habitus (boks 5), som leder til praksiser eller handlinger som involverer alkoholforbruk, fysisk aktivitet, kosthold o.l. (boks 7). Disse praksisene fører til mønsteret som utgjør en persons livsstil eller helserelaterte atferd og som blir reprodusert eller modifisert gjennom tilbakemelding til habitus (Cockerham, 2010, s. 178).

3.6 Salutogenese

Salutogenese er et begrep som er konstruert av den israelske sosiologen Antonovsky som jobbet med helsespørsmål knyttet til hva som holder oss friske, i tillegg til hvordan

vi håndterer sykdom og sykdomsutfordringer. Hvordan kunne noen mennesker gjennomgå utfordrende og vanskelige situasjoner og fortsatt være friske og sunne, mens andre ble syke (Tellnes, 2007; Walseth & Malterud, 2004, s. 65)?

Salutogenese fokuserer på faktorer som fremmer helsen, i motsetning til det mer veletablerte patogenese hvor sykdom skyldes bakterier, virus eller andre fremmedlegemer i kroppen. (Antonovsky, 2012, s. 29-30). I den salutogene tilnærmingen er ikke fokuset på hva som forårsaker sykdom, men på å ivareta personen i sin sykdom (Antonovsky, 2012, s. 36). Selv om salutogenese er en motvekt til patogenese understreker Antonovsky (2012, s. 36) at han ikke vil avvikle patologien, fordi å forske på, forebygge og behandle ulike sykdommer er et viktig arbeid, men at de to teoriene kunne vært mer komplementære.

Antonovsky (2012, s. 36-37) oppsummerer det salutogene perspektivet slik: *«En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til, å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring.»*

I teorien til Antonovsky er det særlig to begreper som er viktige. Det er generelle motstandsressurser og opplevelsen av sammenheng (SOC).

3.6.1 Sence of Coherence

SOC består av tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever stimuli som *«kognitivt forståelig, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon»* (Antonovsky, 2012, s. 39-40). Selv om det kommer uforutsette hendelser klarer personen å sette det i en sammenheng og forklare det.

Håndterbarhet omhandler i hvilken grad en har ressurser til rådighet til å håndtere utfordringene en stilles ovenfor. Her er begrepet *«til rådighet»* viktig og menes ressurser en selv, eller en annen person en har tillitt til eller kontrollerer. Dette kan være venner, kolleger, partnere, leger, religion o.l. (Antonovsky, 2012, s. 40)

Den siste komponenten er *meningsfullhet*. Det er SOC's motivasjonselement og fremhever viktigheten av «å være involvert både som deltaker i prosessene som former ens egen skjebne, og i sine egne, daglige erfaringer» (Antonovsky, 2012, s. 41).

Tabell 1. Dynamisk sammenheng mellom komponentene i SOC.

Komponent				
<i>Type</i>	<i>Begripelighet</i>	<i>Håndterbarhet</i>	<i>Meningsfullhet</i>	<i>Prediksjon</i>
1	Høy	Høy	Høy	Stabil
2	Lav	Høy	Høy	Sjelden
3	Høy	Lav	Høy	Press oppover
4	Lav	Lav	Høy	Press oppover
5	Høy	Høy	Lav	Press nedover
6	Høy	Lav	Lav	Press nedover
7	Lav	Høy	Lav	Sjelden
8	Lav	Lav	Lav	Stabil

De tre komponentene er alle avhengig av hverandre, og kombinasjonen av hvordan man scorer på de ulike komponentene kan være med på å skape endring. Scorer en enten lavt eller høyt på alle er verden ganske stabil, som type 1 og 8 i Tabell 1. Scorer en derimot høyt på begripelighet og lavt på håndterbarhet, type 3 og 6, kan det være ganske ustabil og skape et press mot endring. Hvilken retning man ender opp i påvirkes av hvordan personen scorer på mening, fordi en sterk mening kan gi motivasjon og engasjement til å finne de ressursene som kreves og gå fra type 3 til type 1. Er motivasjonen derimot lav kan verden bli uhåndterbar og personen kan gå fra type 6 til type 8 (Antonovsky, 2012, s. 42-43).

Opplevelsen av mening står også sentralt fordi dersom en scorer høyt på både begripelighet og håndterbarhet, men lavt på mening, kan en fort miste kontroll over

ressursene sine og bli hengende etter. Uten mening vil en mest sannsynlig bare score høyt på begredelighet og håndterbarhet i en liten periode (Antonovsky, 2012, s. 44).

Av typene i tabell 1. er det også grunn til å tro at type 2 og 7 er sjeldne. En sterk opplevelse av håndterbarhet er avhengig av om en opplever verden som begripelig og at en har mulighet til å håndtere de utfordringene en står ovenfor. Har en tilgjengelige ressurser må en også har et klart bilde på kravene som stilles, hvis ikke er en i utgangspunktet ikke disponert til å forstå hva som kreves for å håndtere situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 42-43).

Kort kan SOC defineres slik:

«Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.» (Antonovsky, 2012, s. 41)

3.6.2 Kan SOC predikere helse

Det er i tillegg vist at SOC kan være relevant faktor for å predikere helse. I et systematisk review av Eriksson og Lindstöm (2006) ble det undersøkt om det er en sammenheng mellom SOC og helse. De fant flere undersøkelser som støtter at det er en direkte og indirekte relasjon mellom opplevelse av god helse og SOC.

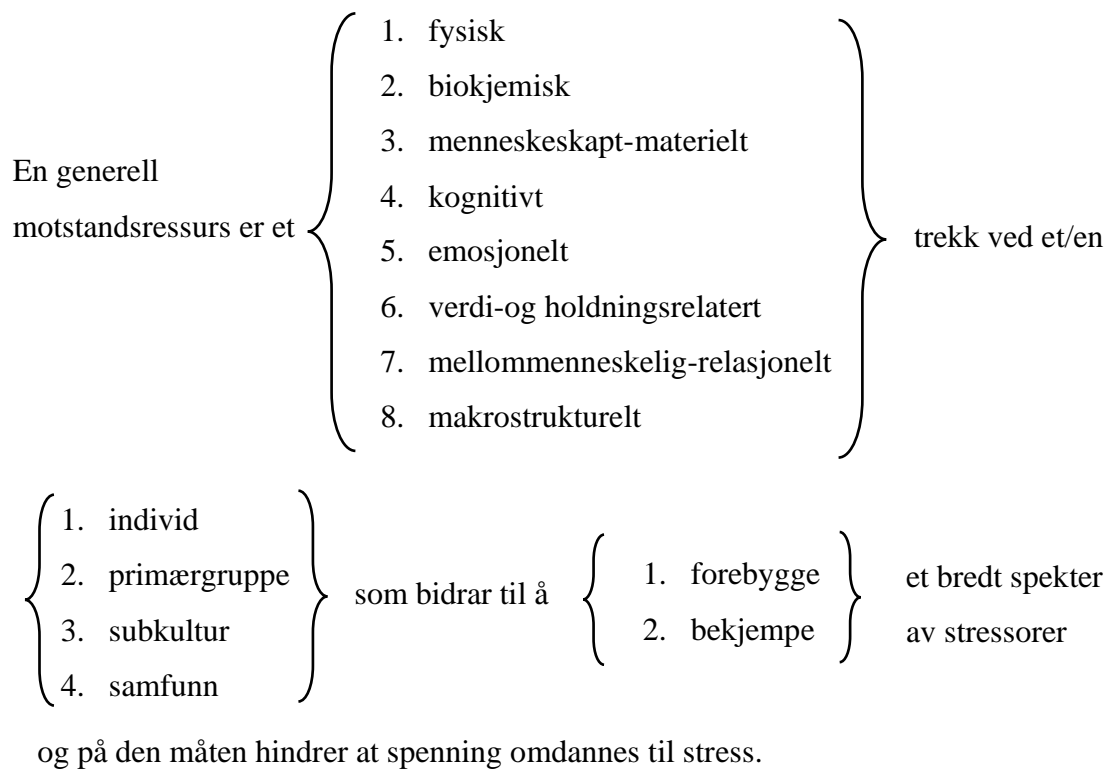
Antall barndomstraumer korrelerte sterkt med SOC, og voksnes SOC er relatert til barns dårlige helse. Voksne med en høy grad av SOC hadde færre tilfeller av hjerte- og karsykdommer, hadde større motstandsdyktighet til stress og hadde færre symptomer på selvpoplevd depresjon. Funnene viser at en høy SOC er beskyttende for helse, men ikke på hvilket punkt SOC mister sin beskyttende effekt (Eriksson & Lindstöm, 2006, s. 377-379).

I Antonovskys egen forskning fant han ut at barn som vokser opp i hjem med to eller flere familiemedlemmer, hvor synlig og repetitiv atferd ble utført i det daglige eller over

lengre tid, hadde større sannsynlighet for å være sunnere og friskere enn andre. Etablerte rutiner ga barna verktøy til å håndtere utfordringer (Antonovsky, 2012, s. 60-61).

3.6.3 Generelle motstandsressurser

Generelle motstandsressurser (GRR, General resistance resources) er viktig for å utvikle en sterk SOC. Antonovsky (1979, s. 99) definerte GRR som enhver karakteristikk av en person, gruppe eller miljø som kan fasilitere for effektiv stressmestring. For å oppå en god helse er det mange anbefalinger om å unngå risiko eller jevnlig gå på helsesjekker. Men GRR er faktorer som kan bidra til å mestre stress når det ikke er mulig å unngå at spenning blir skapt (Antonovsky, 1979, s. 102).



Figur 2. Definisjon generelle motstandsressurser.

GRR kan deles inn i tre typer som er 1) tilpasning til fysiologiske og biokjemiske, psykiske, kulturelle og sosiale nivå, 2) dype bånd til konkrete, umiddelbare andre og 3) forpliktelse til et institusjonelt bånd mellom individet og samfunnet som helhet (Antonovsky, 1979, s. 100). I Figur 2. vises en utvidet definisjon av GRR fra

Antonovsky (1979, s. 103), med norsk oversettelse fra Lindström et al. (2015, s. 29).
Den er med på å vise hva som er med på å gjøre en egenskap eller faktor til en GRR.

4. Metode

4.1 Hva er et litteraturstudie?

Et litteraturstudie eller en litteraturgjennomgang er et fellesbegrep som favner alle studier som sammenlikner, systematiserer og forklarer funnene til mer enn ett studie fra eksisterende forskning på et gitt tema eller fagfelt (Boland et al., 2017, s. 10; Persson, 2021, s. 13). Et litteraturstudie søker å sammenfatte tidligere undersøkelser ved å presentere en oversikt over og sammenheng mellom de mange ulike studiene som tar for seg liknende eller like problemstillinger. Formålet vil være å presentere kunnskapen på et felt og fremheve viktige tema som tidligere forskning kanskje har utelatt. Dette kan gi grunnlag for evidensbasert praksis (Lund, 2000, s. 1; Thorbjørnsen, 2009, s. 4).

Et litteraturstudie kan ha flere ulike metoder, avgrensninger og strukturer. Det kan skilles mellom tradisjonelt og systematisk litteraturstudie som to hovedkategorier og under disse finner vi flere ulike typer studier som: conceptual review, state-of-the-art review, expert review, scoping review, integrative review, rapid review, realist review, systematic review, narrative review og meta analyse. I publisert litteratur kan flere av disse uttrykkene bli brukt om hverandre (Boland et al., 2017, s. 8, 10-14; Jesson et al., 2011, s. 15).

4.2 Systematisk litteratursøk

Denne oppgaven vil gjennomføre et litteratursøk med likhetstrekk mot systematisk litteratursøk eller systematic review. Det regnes som gullstandarden for litteratursøk fordi rapporteringen av bruk av metode, avgrensning og struktur skal være tydelig og etterprøvable for andre (Boland et al., 2017, s. 2; Grant & Booth, 2009, s. 102). For å sikre kvalitet i studiet er det flere faktorer som må følges. Det første er å utforme et tydelig forskningsspørsmål. Det er mange vitenskapelige artikler, og er ikke formålet med studiet tydeliggjort, kan det være vanskelig å sortere dataene og vite nøyaktig hva en ser etter (Boland et al., 2017, s. 2; Lund, 2000, s. 2; Thorbjørnsen, 2009, s. 7).

Videre er det viktig at fremgangsmåten er nøye gjort rede for og at søkestrategien er beskrevet i detalj. Her må tydelige og velegnede kriterier for inkludering og ekskludering av artikler gjennomgås, samt hva slags databaser som ble brukt, søkeord, hvor mange år tilbake søket er gjort og hvilke språk som har blitt inkludert. Jo mer

grundig søket er, jo større sannsynlighet er det for at relevante kilder blir funnet (Jesson et al., 2011, s. 12; Lund, 2000, s. 2; Thorbjørnsen, 2009, s. 7).

Til sist bør konklusjonen samsvare med problemstilling og forskningsspørsmål. Eventuelle bias og begrensninger på oppgaven må redegjøres for. Siden alle subjektene i oppgaven får samme intervensjon, kan en og forvente noe like resultater. Gjelder ikke dette kan det hende at funnene ikke burde kobles sammen, og årsaken for de ulike resultatene bør identifiseres hvis det lar seg gjøre (Boland et al., 2017, s. 2; Lund, 2000, s. 4; Thorbjørnsen, 2009, s. 8).

4.3 Avgrensning

Til forskjell fra en tradisjonelt systematisk litteraturstudie vil det i denne oppgaven ikke bli gjennomført et litteratursøk. Den aktuelle litteraturen er fra idebank.frisklivssentralen.no, som er en ressurside og faglig supplement for alle frisklivssentraler. Under Fag → Forskning er det en liste med litteratur, som vil bli gjennomgått i denne oppgaven. Selv om det ikke gjennomføres et litteratursøk, vil listen bli gjennomgått med de samme kravene om et tydelig forskningsspørsmål, inklusjons- og eksklusjonskriterier, gjennomgang av titler og abstrakt og grundig gjennomgang av litteraturen som blir lest i fulltekst. Hva slags type litteratur artiklene i listen er vil og bli undersøkt.

Årsaken til dette valget er at det kan være interessant å finne ut hva slags litteratur Helsedirektoratet og FLSene støtter seg på, og hva den inneholder. I *Veilederen for kommunale frisklivsentraler* er det en del litteratur som skal vise til hvilken effekt tilbudet til FLSene har. Kildene som funnene baserer seg på er av varierende kvalitet, og alle er gamle, og det er derfor interessant å se om litteraturen fra idebanken er bedre, eller om all empirien om FLSenes resultater er fra eldre studier og studentoppgaver. I tillegg er det en måte å avgrense som gjør at oppgaven får med den faktiske litteraturen som blir benyttet av de aktuelle aktørene.

En utfordring som har blitt trukket frem med review, er at det ikke tar med kvalitative studier og bare bruker RCTer. Derfor er forskningsspørsmålene og inklusjons- og eksklusjonskriteriene laget slik at kvalitative studier også kan inkluderes i denne oppgaven.

4.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Forskningsspørsmålet veiledet valget av inklusjons- og eksklusjonskriterier. *Tabell 1.* gir en oversikt over de valgte kriteriene.

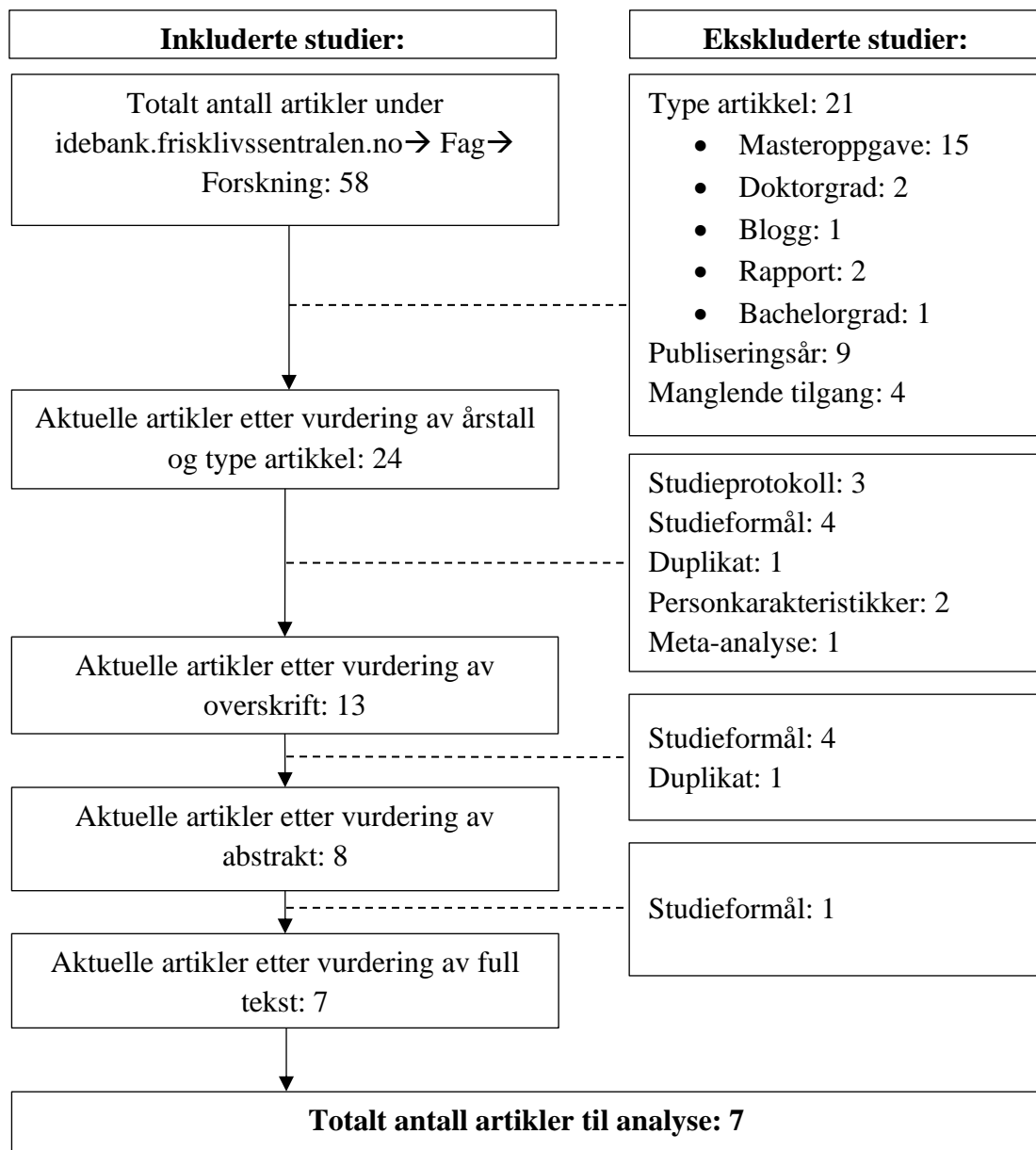
Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier anvendt på litteraturen under idebank.frisklivssentralen.no →Fag →Forskning

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Publisert litteratur i fagfelleverderte tidsskrift• Måler og beskriver fysisk aktivitet• Måler og beskriver brukernes opplevelse av intervensjonen• Måler og beskriver opplevd helse• Måler og beskriver ansattes opplevelser av intervensjonen• Resept gjennom FLS sitt grunntilbud• Voksne ≥ 18• Publisert på norsk eller engelsk	<ul style="list-style-type: none">• Brukere som kun mottar annet enn grunntilbudet, f.eks. personer med kreft som får ekstra tilbud• Undersøker kun andre tilbud som: bra mat, bedre søvn, røykeslutt, o.l.• Publiseringsår er 2014 eller eldre• Grå litteratur som statlige dokumenter, studentoppgaver, blogg, rapporter, o.l.• Systematic review og metaanalyse

4.4 Gjennomgang

Totalt ble det identifisert 58 ulike tekster under idebank.frisklivssentralen.no → Fag → Forskning per 28. mars 2022. Inklusjons- og eksklusjonsprosessen er vist med flytskjema i *Figur 1*.

Alle tekstene ble først gjennomgått for type litteratur og årstall, hvor 34 tekster ble ekskludert. De 24 gjenværende tekstene var alle vitenskapelige artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrift og ble vurdert for overskrift, der 11 artikler ble ekskludert. Deretter ble de gjenværende artiklene vurdert for abstrakt, så fulltekst hvor 7 artikler ble valgt for grundig gjennomlesning for denne oppgaven.



Figur 3. Flytskjema for inklusjon og eksklusjon av litteraturen

5. Resultat

5.1 *Blom et al. (2019)*

Formålet med studien var å undersøke om tilbud ved FLSer har en påvirkning på brukernes spesifikke og generelle FA-nivå, aerobe utholdenhet og fedme. I tillegg undersøke mulige predikater for endring.

Studiet var et observasjonsstudie med et pre-post design. De inkluderte FLSene måtte følge retningslinjene for implementering, organisering og de grunnleggende tilbudene til FLSer. Av 60 FLSer ble 46 inkludert og av disse ønsket 32 å bli med i studien. Brukerne fra FLSene som ble inkludert måtte være ≥ 18 år og ikke ha mottatt FLS-tilbud de siste seks md. Baseline-målingene ble tatt før brukerne begynte intervensjon, og post-målingen ble tatt etter intervensjonen ved en 3 md. follow-up.

Brukerkaraktistikker ble målt ved selvrapportert spørreskjema og inkluderte; alder, kjønn, utdanning, yrkesstatus, kroniske lidelser, risikoferd og ernæring. FA ble målt ved ActiGraph GT3X+ akselerometer gjennom sju dager ved 10s epoch og 30Hz¹. Det skulle bæres i et belte rundt livet på høyre side hele tiden, unntatt ved vannaktivitet og dusj.

Av 997 brukere ved baseline fullførte 713 brukere testingen ved 3 md. follow-up, og dataene fra disse ble brukt i den deskriptive analysen. 71% av brukerne var kvinner, med en gjennomsnittsalder på 51 år (18-87 år). Brukerne som ble tapt til follow-up var yngre og hadde større sannsynlighet til å motta uførepensjon, til å røyke og ha andre kroniske lidelser. I tillegg var det mindre sannsynlige at de var pensjonert.

Utdanningsnivå, kjønn, FA-nivå, vekt eller fysisk form var ikke signifikant forskjellig mellom de som fullførte og de som ble tapt til follow-up.

Brukerne hadde en liten økning i tid i lett FA (LFA) (28min/uke) ($p=0,025$), og en nedgang i stillesittende tid (42 min/uke) ($p=0,010$). Generell FA økte ($p=0,023$), men det var ingen endring i moderat til hard FA (MHFA). Brukere som møtte anbefalingene om MHFA økte fra 16,4% ved baseline til 19,4% ved 3 md. follow-up ($p=0,125$).

¹ Innstilling for måling av FA. Lik innstilling gir mulighet for sammenlikning av resultater.

Intervensjonen førte til en liten endring i total og LFA. Bare antall økter fullført hver uke predikerte endring i MHFA. Det var ingen andre signifikante predikatorer for endring.

Den eksterne validiteten på studien er sterk fordi omfanget av studien er stort med 32 inkluderte FLSer. I tillegg blir FA objektivt målt med akselerometer, som er intensitetsspesifikt. Observasjonsdesignet begrenser tolkningen av kausalitet.

5.2 Blom, Aadland, et al. (2020)

Formålet med studien var å undersøke endring i opplevd helse og FA hos brukere som mottok tilbud ved FLSer etter endt intervensjon (3 md. follow-up) og 12 md. etter endt intervensjon (15 md. follow-up). Et annet formål var å undersøke assosiasjonen mellom FA og opplevd helse.

Studiet var et prospektivt observasjonsstudie og ble utført i fire fylker. Målinger av brukerne ble tatt ved baseline (før intervensjonsstart), 3 md. follow-up (etter intervensjonsslutt), og 15 md. follow-up (12 md. etter intervensjonsslutt). Brukere ≥ 18 år ble inkludert i studien, og det eneste eksklusjonskriteriet var at brukeren ikke skulle ha gjennomgått en intervensjon de siste 6 md. Totalt ble 1022 brukere med i studien. 501 brukere hadde valide data på opplevd helse, og 379 hadde valide data på FA ved 15 md. follow-up.

Brukerkaraktistikker ble målt ved selvrapportert spørreskjema og inkluderte: kjønn, alder, nasjonalitet, utdanning, kroniske lidelser, røyking og ernæring. Nåværende yrkesstatus, kroppsvekt og høyde ble målt av ansatte ved FLSen. Opplevd helse ble målt med Medical Outcome Short Form (MOS SF-36) og var oversatt og validert mot den norske befolkningen. FA ble målt med ActiGraph GT3X+ akselerometer gjennom 7 dager ved 10s epoch og 30Hz. Det skulle bæres i et belte rundt livet på høyre siden hele tiden, unntatt under vannaktivitet og dusj. Intervensjonskarakteristikker ble målt ved retrospektive intervju utført av ansatte ved FLSene, og målte hvem som henviste brukerne, årsak til henvisning og antall intervensjoner brukeren hadde gjennomgått.

524 brukere fullførte og hadde valide FA og/eller opplevd helsedata ved 15 md. follow-up og ble inkludert for analyse i studien. Brukerne var 18-83 år gamle, 70% var kvinner,

92% var norske og hadde en median på to kroniske lidelser. 53% mottok en intervensjon og 23%, 10%, 6% og 3% mottok 2, 3, 4 og 5 intervensjoner. 5% oppga ikke antall intervensjoner.

Brukerne som fullførte studien var signifikant eldre enn de som ble tapt til follow-up, de hadde større sannsynlighet til å være pensjonert, være norske, ha høyere utdanning, ha NCDs og være ikke-røykere. I tillegg var det mindre sannsynlig at de var studenter, hadde sykefravær, eller psykiske lidelser sammenliknet med de som ble tapt til follow-up.

Opplevd helse ble signifikant bedre fra baseline til 3 md. follow-up innen alle dimensjoner. Forbedringene ble opprettholdt til 15 md. follow-up, bortsett fra mental helse som fortsatte å øke. Alle dimensjonene økte med mer enn fem poeng bortsett fra fysisk funksjonsevne og kroppslig smerte som minsket og ble dårligere fra 3 md. follow-up til 15 md. follow-up, men økte fra baseline. Endringene var liknende for de som mottok en intervensjon og de som mottok flere intervensjoner. En forbedring med fem poeng anses som klinisk viktig.

FA-nivå økte og stillesittende tid sank fra baseline til 3 md. follow-up, men FA nivå sank og stillesittende tid økte fra 3 md. follow-up til 15 md. follow-up. Fra baseline til 15 md. follow-up var det ingen signifikant endring i FA, bortsett fra en nedgang i tid i 10 min «bouts» av MHFA². Endringene var liknende for de som mottok en intervensjon og de som mottok flere intervensjoner.

Totalt var endring i FA og stillesittende tid positivt assosiert med endringer i alle dimensjoner av opplevd helse. Assosiasjonen var sterkest i MHFA, hvor en økning med 1 min/dag ga en forbedring i 0,11-0,24 poeng i opplevd helse, sammenliknet med LFA som ha en forbedring med 0,03-0,08 poeng. I tillegg var en økning i 1000 skritt/dag assosiert med en forbedring på 0,84-3,23 poeng i opplevd helse. Selv om det ikke var en langsiktig endring i FA er endringen i deltakernes opplevde helse et viktig utfall av intervensjonen.

² Nedgang i tid i 10 minutters perioder med MVFA.

Styrkene ved studien er det store omfanget med mange inkluderte brukere, en lang follow-up, samt den objektive målingen av FA med akselerometer. Mangelen på et eksperimentelt design og kontrollgruppe begrenser muligheten for en for kausalitet. I tillegg reduseres muligheten til å generalisere funnene til ulike grupper som unge, de med sykefravær, mentale lidelser, ikke-norsk bakgrunn pga. at så mange av disse ble mistet til follow-up. Til sist kan de positive funnene være overestimert siden de som fullførte kan ha større sjans til å være de mest motiverte og dermed også fått best resultat sammenliknet med de som ble mistet til follow-up.

5.3 Samdal et al. (2019)

Formålet med studien var å evaluere om tilbudet ved FLSer har noen effekt på nivået av MHFA ved 6 md. follow-up, sammenliknet med kontrollgruppe som var på venteliste for tilbudet.

Metoden for denne studien har vært publisert i en egen artikkel.

Seks FLSer fra både bygd og by ble inkludert i studien. Inklusjonskriteriene var at brukerne måtte være ≥ 18 år og kunne delta i intervensjonen til FLSen. Brukerne ble ekskludert hvis de hadde alvorlig psykisk lidelse eller lærevansker. Hovedårsaken til de som takket nei til deltakelse i studien var at de skulle bli valgt til kontrollgruppe.

FA ble målt med SenseWear Pro Armband Mini (BodyMedia Inc., Pittsburgh, Pennsylvania, USA)³. Brukerne ble bedt om å gå med monitoren på venstre triceps 24 timer i døgnet i sju dager.

Brukerkaraktistikker ble målet ved selvrapportert online spørreskjema og inkluderte; utdanningsnivå, gjennomsnittlig familieinntekt, selvtillit, erfaring med respekt og verdsettelse i barndommen, opplevd helse og årsaken til deltakelse ved FLSen. I tillegg ble følelse av mestring knyttet til FA og sosial støtte for livsstilsendring fra venner og familie målt med *The Treatment Self-Regulation Questionnaire*. Vekt, høyde og midjemål ble målt ved en FLS.

³ Måler akselerasjon og kroppstemperatur

118 av 351 inviterte brukere deltok i studien (35%). 57 brukere ble randomisert til intervensjonen og 61 ble randomisert til venteliste (kontrollgruppe). Fire brukerdata ble tapt pga. tekniske problemer med SenseWear, 81 personer fullførte alle deler av studien (monitoring og spørreskjema), og 86 svarte på spørreskjema.

30% av deltakerne ble mistet til 6 md. follow-up. Eldre fullførte i større grad, og de med psykiske helseutfordringer, muskel-skjelettlidelser eller kroniske sykdommer hadde større sjanse for å bli mistet til follow-up. De med middels lang utdanning hadde signifikant mindre sjanse for å bli mistet til follow-up sammenliknet med de med høyere utdanning ($p=0,039$).

Det ble ikke funnet noen forskjeller i MHFA og stillesittende tid mellom gruppene ved 6 md. follow-up. Brukerne med lavest tid i MHFA ved baseline hadde derimot signifikant endring i MHFA ved 6 md. follow-up ($p < 0,001$). Kvinner hadde mindre endring i MHFA enn menn. Brukerne med lav og middels utdanning var signifikant mindre sannsynlig til å ha endret sin MHFA sammenliknet med personer med høy utdanning. Denne forskjellen var ikke signifikant assosiert med å motta intervensjonen. Personer med muskel-skjelettlidelser hadde og mindre sannsynlighet for å økte sin MHFA. Andre faktorer kunne ikke forklare endringer i MHFA. Totalt viste RCTen at det ikke er noen effekt på endring i MHFA eller stillesittende tid ved 6 md. follow-up. Deltakerne med lavest MHFA ved baseline hadde derimot en signifikant endring ved 6 md. follow-up.

Lav utdanning var assosiert med mindre endring i MHFA sammenliknet med høy utdanning i begge grupper. Brukerne med lav utdanning var og mindre aktive ved baseline, selv om dette ikke var statistisk signifikant. Lav inntekt, lav selvfølelse/selvtillit, og manglende erfaring med respekt i barndommen kunne ikke forklare endringer i MHFA.

Forklaringer på hvorfor det ikke var noen effekt på intervensjonen kan være at brukerne, overaskende nok, var fysisk aktive ved baseline. I en motivert gruppe kan det å bli spurt om helseatferd påvirke atferden, og at 30% ble mistet til follow-up kan påvirke styrken til de statistiske testene. Til sist kan tilpasningen til tilbudet til FLSene begrense muligheten til å identifisere hvilke elementer fra intervensjonen som var effektive.

Styrker ved studien er at det er en RCT. I tillegg inkluderer studien FLSer fra både bygd og by, og det er minimal innblanding fra forskningsgruppen på intervensjonen. Intervensjonsgruppen var ikke blindet, men det ble brukt et online spørreskjema og FA ble målt objektivt. Svakheter ved studien er at seleksjonsbias truer den eksterne validiteten, og at bare 35% av de som ble invitert mottok invitasjonen til å bli med i studien.

5.4 Sagsveen et al. (2019)

Formålet med studien var å undersøke brukerinvolvering blant brukere ved FLSer som mottok individuell helsesamtale, FA-tilbud og/eller diett-tilbud. Mer spesifikt var formålet å undersøke hva som hindret eller hjalp brukerne med involvering ved FLSene, og hvordan involveringen kan bidra til atferdsendring knyttet til FA og ernæring.

Totalt ble 75 brukere med en variasjon i kjønn og alder inkludert studien.

Inklusjonskriteriene var det de hadde erfaring fra grunntilbudet til FLSene..

Metoden som ble benyttet var semi-strukturert individuelt intervju. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Etter hvert intervju hørte første-forfatteren gjennom lydfilen og skrev et sammendrag. Etter 20 intervjuer var det ingen flere nye temaer som dukket opp, og informasjonen som var samlet ble ansett som tilstrekkelig for analyse. Derfor ble ikke de resterende 45 inkluderte brukerne intervjuet. Systematic text condensation (STC) ble brukt for å analysere intervjuene.

Av de 20 brukerne som ble intervjuet var 16 kvinner og fire menn med en gjennomsnittsalder på 52 år (24-73 år). Ni av brukerne hadde fullført tilbudet eller var i sin første intervensjon, sju brukere hadde fullført tilbudet eller var i sin andre intervensjon, og tre brukere var i sin tredje intervensjon.

Analysene resulterte i fire hovedtema: 1) ha et tillitsbasert forhold, 2) føle eierskap og ansvar gjennom personlig målsetting, 3) stole på de ansattes beslutninger, og 4) brukernes erfaring med involvering i gruppeaktiviteter.

Funnene viser at å bli respektert, verdsatt og ha et tillitsbasert forhold med de ansatte er en forutsetning for brukernes involvering for å kunne endre livsstil. Det tillitsbaserte

forholdet kunne svekkes ved at brukerne møtte flere ulike ansatte i samtaler og aktiviteter. Det var viktig å ha «relationship continuity» for å kunne overføre kunnskap fra individuelle samtaler over i gruppeaktivitetene.

De individuelle samtalene ble trukket frem som et viktig virkemiddel for å støtte brukerne i deres prosess for å endre livsstil. Å bli involvert i målsetning kan ha flere fordeler som å øke selvtilliten og følelsen av eierskap. Selv om det var viktig å sette mål selv, uttrykte noen av brukerne at de satt pris på at de ansatte veiledet dem til å sette seg realistiske mål. Da var det viktig at dette var et aktivt valg fra brukeren sin side.

Denne studien fremhever viktigheten av at ansatte ved FLSer har gode kommunikasjonsevner, viser empati og har evnen til å skape tillitt, respekt og partnerskap.

En styrke ved studien er at den har inkludert forfattere med ulike perspektiver og bakgrunner. I tillegg ble tolkningene og funnene kryss-sjekket mot transkriptet i de ulike fasene av analysen. Til tross for dette kan forfatternes holdninger og oppfatning av FLSer ha påvirket resultatet. For å unngå dette ble ulike tolkninger kritisk diskutert mellom forfatterne med ulike bakgrunner. Videre er det mulig at brukerne som takket ja til å delta i studien er de som er særlig positive til FLSer. At studien bare inkluderer brukere fra en FLS blir trukket frem som en annen begrensning. Årsaken til det er at FLSer kan variere i størrelse og organisering, og resultatet er kanskje ikke overførbart. Til tross for dette samsvarer funnene med studier i andre kontekster.

5.5 Salemonsens, Førland, Sætre Hansen, et al. (2020)

Formålet med studien var å undersøke hvordan brukere, med overvekt eller fedme, ved FLSer opplevde støtte til egenmestring (beneficial self- management support) og brukerinvolvering.

Brukerne ble rekruttert fra fem forskjellige FLSer i ulik størrelse. Inklusjonskriteriene var at personen skulle være fra 18-80 år, hadde kontaktet FLSen for å endre ernærings- og FA-vaner, hadde overvekt eller fedme, og som kunne gjøre seg forstått på norsk. Formålsrettet utvelgelse av brukerne ble benyttet for å søre for at utvalget besto av deltakere i ulik alder, kjønn, fra FLSer med ulik størrelse, og fra bygd og by.

Studien var et kvalitativt studie, med intervju som metode og hadde en hermeneutisk tilnærming. En tematisk intervjuguide med oppfølgings spørsmål ble benyttet. Spørsmålene var åpne som ga rom for å kunne greie ut. Intervjuene varte mellom 60 og 130 minutter og ble tatt opp og ble transkribert ordrett. 13 intervjuer ble gjennomført. Dataene ble analysert med *qualitative content analysis*.

Av de 13 brukere som ble inkludert i studien, var fem menn og åtte kvinner. Noen av brukerne hadde fått anbefaling fra fastlegen om frisklivsintervensjon, men flertallet hadde kontaktet FLSen på eget initiativ fordi de ønsket å gå ned i vekt og trengte hjelp med å endre livsstilvaner. Alle deltakerne hadde individuell helsesamtale, og ti hadde gruppe- aktivitet. Alle deltakerne hadde fullført minst en intervensjon, og flere hadde hatt kontakt med FLSen i opp mot tre år eller mer.

Analysen ledet til ett overordnet tema; gjenvinne selvtillit og verdighet gjennom aktiv involvering og langvarig «self-worth» support i partnerskap med andre, og fire undertema 1) opplevelse av mestringsevne gjennom aktiv involvering og bedre opplevelse av egen helse, 2) verdsatt gjennom de ansattes anerkjennelse, likhet og individtilpasset støtte, 3) økt motivasjon og tro på seg selv gjennom støtte fra likeverdige og fellesskap, 4) vedlikehold av livsstilsendring gjennom tilgang og langvarig støtte.

Under hvert undertema ble det også identifisert ytterligere undertema. 1) Å være i kontroll ved å ha eierskap over egne mål, ansvar ved å vise initiativ og ved å delta, og signifikansen av effektene av trening, 2) kunnskapsrike ansatte øker tilliten og tryggheten, føle seg sterkere ved å mota emosjonell støtte av interesserte og sensitive ansatte, følelse av likeverd og verdi gjennom anerkjennelse, og viktigheten av fleksibel og individtilpasset støtte, 3) oppmuntring og en følelse av verdi gjennom støtte fra likesinnede i et inkluderende miljø, en følelse av identitet og fellesskap gjennom å dele erfaringer, og en opplevelse av mening ved å opprettholde struktur og forpliktelse, 4) et behov for å fortsatt få oppmerksomhet og fokus/behov for fortsatt bevisstgjøring og fokus, behov for langvarig støtte for å opprettholde livsstilsendring, og viktigheten av at det skal være lett tilgjengelig.

Troverdigheten til studien styrkes av den systematiske analysen av dataene og variasjonen i bakgrunnen til forfatteren. Hovedforfatteren gjorde analysen, mens medforfatterne kritisk vurderte tolkningen, og diskuterte den flere ganger over tid. Dybden i intervjuene, og variasjonen i alder, kjønn, bakgrunn og deltakelse ved FLSer i ulik størrelse blant brukerne er med på å styrke studien. FLSenes rekruttering av brukere til studien kan være påvirket av kunnskap om brukere som er særlig fornøyde med tilbudet. Utvelgelsen av brukerne og deres mulighet til å kunne stille opp til intervju på dagtid kan ha påvirket deres beskrivelse av brukerinvolvering og hvor fornøyde de er med intervensjonen. I tillegg er det ingen data på de som ikke kunne delta i studien.

5.6 Sagsveen et al. (2018)

Formålet med studien var å utforske hvordan ansatte hos frisklivssentraler erfarer brukerinvolvering på et individuelt nivå, og hvordan de beskriver involveringen av brukerne i individuelle og gruppebaserte konsultasjonene og aktivitetene.

Studien er et kvalitativt studie med semistrukturerte gruppeintervju. Måltrettet utvelgelse av de ansatte ble benyttet for å få en kombinasjon av ansatte fra FLSer fra by og bygd, veletablerte og nyetablerte FLSer, ulik størrelse, og ansatte med ulik bakgrunn. For å bli inkludert i studien måtte FLSen de ansatte jobbet hos tilby grunntilbudet, og de ansatte måtte ha erfaring med individuelle og gruppebaserte konsultasjoner og aktiviteter relatert til FA-, ernærings- og tobakkvaner.

Totalt deltok 23 ansatte i studien. 22 kvinner og en mann. De ble fordelt på fire ulike gruppeintervjuer, med mellom fire og åtte ansatte i hvert intervju. Etter fire intervjuer var det ingen flere nye temaer som dukket opp, og informasjonen som var samlet ble ansett som tilstrekkelig for analyse. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Analysene av dataene ble gjort gjennom STC.

Analysen resulterte i fire tema 1) involvere brukere gjennom MI, 2) bygge en god og tillitsbasert relasjon med brukerne, 3) vurdere og justere til brukerens behov og livssituasjon, og 4) styrke brukerens eierskap og deltakelse i livsstilsendringsprosessen.

De ansatte beskrev at det første møte med brukeren var viktig siden dette avgjorde fortsettelsen. De jobbet for at brukerne skulle føle seg sett, hørt, respektert og uten

fordommer, og mente at denne prosessen kunne bli ødelagt av standardiserte skjema som må fylles ut, særlig gjennom helsesamtalen.

En utfordring med individualisering var at enkelte av FLSene ikke hadde så mange ulike aktiviteter pga. størrelse. Erfaringen var derimot at mange av brukerne forsto at gruppeaktiviteten ikke kunne være 100% skreddersydd til dem selv siden de var flere ulike personer som deltok.

En videre utfordring med involvering var at spenning i brukerne var så stort. Å åpne for mye involvering kunne føre til tilbakemeldinger som var for spesifikke og bare egnet seg for noen få brukere. De ansatte beskrev sin fagkunnskap og sitt ansvar som en årsak til å ikke la brukerne ha helt frie tøyler. Det var viktig med involvering, men de ansatte guidet brukerne, siden de har kunnskapen om hva som kreves. At brukerne selv forsto dette var en ekstra indre motivasjon.

Brukerne skulle selv komme opp med forslaget for endring, og sette seg personlige mål. At brukerne følte eierskap skulle være med på at de forpliktet seg mer til prosessen, gjorde dem mer motiverte og øke sjansene for suksess. De ansatte sa at de forventet at brukerne selv sa hva de trengte av FLSen, og at de skulle følge planen og selv si hvis de trengte tilpasninger. Noen brukere ble forvirret, og av og til irritert når de ble spurt om hva de tenkte. De hadde en forventning om at de ansatte ved FLSen skulle fortelle de akkurat hva de måtte gjøre og syntes at det kunne være skummelt å bli involvert.

Variasjon i de ansattes alder, arbeidserfaring, yrkesbakgrunn, representasjon fra både nyetablerte og veletablerte, samt FLSer fra både bygd og by styrker studien. Det samme gjør ulikhet i bakgrunn blant forfatterne. En svakhet er at bare en mann deltok i studien, selv om dette er representativt for kjønnsfordelingen blant ansatte ved FLSer.

5.7 Salemonsens, Førland, Hansen, et al. (2020)

Formålet med studien var å undersøke hvordan ansatte hos FLSer sørger for «self-management support» og hva involvering betyr for dem.

15 FLSer ble invitert via mail til å delta i studien. De ansatte som ble valgt ut skulle ha erfaring med livsstilsendring og mennesker med overvekt og fedme. Måltrettet

utvelgelse av de ansatte ble brukt for å få en gruppe med variasjon i utdannelse, veletablerte og nyetablerte FLSer, fra by og bygd, samt små og store kommuner. Ti ansatte, ni kvinner og en mann fra 26 til 49 år, fra åtte forskjellige FLSer deltok i to forskjellige gruppeintervjuer. En temaguide med fleksible spørsmål ble utviklet for å guide diskusjonen, og intervjuet ble tatt opp og transkribert ordrett.

Studien benyttet et fortolkende utforskende design for å få en dypere forståelse av dataene og tematisk analyse ble brukt for å analysere data. Transkriptet fra intervjuene ble lest av alle forfatterne, og mønstre og funn ble kodet, diskutert, finpusset og organisert i tema.

Analysen ledet til et overordnet tema; Partnerskap basert på etisk oppmerksomhet/tilstedeværelse, ikke-dømmende holdninger, dialog og delt ansvar, og fire undertema 1) gi støtte til å kunne oppleve mestring, «self-worth» og verdighet gjennom respekt, anerkjennelse og generøsitet, 2) fremme troen og opplevelsen av egen helse, 3) samarbeide og dele ansvaret, og 4) være fleksibel, tilpasningsdyktig og kunne dele av sin tid.

Å fremme troen på og opplevelsen av egen helse handlet om å styrke brukernes tro på dem selv/selvtillit og for å unngå nye skuffelser hos brukerne. De ansatte fokuserte på å være en hjelpsom partner som er sensitiv, oppmerksom, nysgjerrig, og genuint interessert i brukeren. I tillegg ga ikke de ansatte råd uten at brukeren sa at det var greit.

Flere av brukerne har komplekse utfordringer som kunne gjøre det vanskelig å endre livsstilsvaner. Det var derfor viktig å styrke brukernes selvfølelse. Noen av brukerne trodde de skulle få en ferdig plan som de bare måtte følge. De ansatte sa de måtte jobbe med at brukerne måtte forstå viktigheten av at de selv lagde en plan til seg selv og var med på å sette mål. De jobbet og med å flytte fokuset fra vekt, BMI og spesielle dietter over til opplevelsen med helse, og fremhevet at brukerne ble mer motiverte av å kjenne på effektene av å være i FA. Brukerne fikk mer energi, det var lettere å gjøre dagligdagse gjøremål, ga økt velvære og økt motivasjon.

De ansatte opplevde at det var mer virkningsfullt å være en partner som lytter enn en ekspert som gir råd, fordi det er brukeren som er ekspert på egen kropp. Brukernes

ansvar var å følge planen, mens de ansattes ansvar var at brukeren skulle føle seg sett, hørt, og være tilgjengelig og gi veiledning. For å kunne være en god partner beskrev de ansatte at det var viktig å ha tilstrekkelig med tid for å bli kjent med brukeren og den behov. Dette sammen med å la brukeren selv oppdage og bestemme egen plan og målsetning var veldig tidkrevende. Derfor var kommunikasjonsevnen nesten viktigere enn å ha det riktige svaret til alt.

Fleksibilitet handlet om å kunne tilpasse seg hver enkelt bruker og dens problemer og utfordringer. Videre var det viktig at brukerne forsto omfanget av livssiltsendingsprosessen de begynte på, og at en slik endring tok tid og brakte med seg opp- og nedturer.

En begrensning til studien er at bare en mann deltok, selv om dette er representativt for kjønnsbalansen blant ansatte ved FLSer. En annen begrensning er komposisjonen av gruppeintervjuene. De ansatte i det ene intervjuet hadde lang erfaring fra denne type arbeid, mens de ansatte i det andre hadde mindre erfaring fra arbeidet ved FLSer. Det lave antallet av gruppeintervjuer kan og være en begrensning, men «information power» styrte deltakerantallet.

5.8 Oppsummering av resultat

Tabell 3. Oppsummering inkluderte artikler.

Studie	Formål	Metode	n	Resultat
Blom et al. (2019)	Undersøke om tilbud ved FLSer har en påvirkning på brukernes FA-nivå, aerobe utholdenhet og fedme.	Prospektiv observasjonsstudie med 3 md. follow-up og FA målt med akselerometer	713	Liten økning i total FA og LFA. Antall økter fullført hver uke predikerte endring i MHFA.
Blom, Aadland, et al. (2020)	Undersøke endring i opplevd helse og FA hos brukere som mottok tilbud ved FLSer etter endt intervensjon.	Prospektiv observasjonsstudie med 3 og 15 md. follow-up og FA målt med akselerometer	524	Sig. ending i opplevd helse ved 3 md. follow-up og opprettholdt ved 15 md. follow-up. Ingen endring i FA ved 15 md. follow-up. Positiv assosiasjon mellom FA og opplevd helse.
Samdal et al. (2019)	Evaluere effekten om tilbudet ved FLSer har noen effekt på nivået av MHFA ved 6 md. follow-up, sammenliknet med kontrollgruppe.	RCT med 6 md. follow-up og FA målt med SenseWear Pro Armband Mini	118	Ingen endring i MHFA og stillesittende tid ved 6 md. follow-up.
Sagsveen et al. (2019)	Undersøke brukerinvolvering bland brukere på FLSer.	Semi-strukturert individuelt intervju	20	1) Ha et tillitsbasert forhold, 2) føle eierskap og ansvar gjennom personlig målsetting, 3) stole på de ansattes beslutninger, og 4) brukernes erfaring med involvering i gruppeaktiviteter.

Salemonsens, Førland, Saetre Hansen, et al. (2020)	Undersøke hvordan brukere av FLSer med overvekt eller fedme opplevde støtte til egenmestring og brukerinvolvering.	Semi-strukturert individuelt intervju	13	Ett hovedtema: Gjenvinne selvtillit og verdighet gjennom aktiv involvering og langvarig «self-worth» support i partnerskap med andre.
(Sagsveen et al., 2018)	Utforske hvordan ansatte hos FLSer erfarer brukerinvolvering på et individuelt nivå, og beskriver involveringen i individuelle og gruppebaserte konsultasjoner og aktiviteter.	Semistrukturert gruppeintervju	23	1) Involvere brukere gjennom motiverende intervju, 2) bygge en god og tillitsbasert relasjon med brukerne, 3) vurdere og justere til brukerens behov og livssituasjon, og 4) styrke brukerens eierskap og deltakelse i livsstilsendingsprosessen
Salemonsens, Førland, Hansen, et al. (2020)	Undersøke hvordan ansatte hos frisklivssentraler sørger for «self-management support» og hva involvering betyr for dem.	Semistrukturert gruppeintervju	10	Ett hovedtema: Partnerskap basert på etisk oppmerksomhet/tilstedeværelse, ikke-dømmende holdninger, dialog og delt ansvar

5.9 Hvilken betydning har fysisk aktivitets-intervensjoner, gjennom norske frisklivssentraler, for helsen på kort og lang sikt?

På kort sikt (etter intervensjonsslutt) gir intervensjonen til FLSer en liten men ikke signifikant endring i FA-nivået til brukerne (Blom, Aadland, et al., 2020; Blom et al., 2019). På lang sikt (minimum tre md. etter intervensjonsslutt) er det ingen endring i FA-nivå blant brukerne (Blom, Aadland, et al., 2020; Samdal et al., 2019). Det er derimot en positiv og signifikant endring i opplevd helse blant brukerne opp til ett år etter intervensjonsslutt (Blom, Aadland, et al., 2020). Brukernes opplevelser av å bli sett, hørt og respektert hos FLSene kan tenkes å påvirke deres opplevde helse, selv om det ikke er endring i FA-nivå (Sagsveen et al., 2019; Salemonsens, Førland, Saetre Hansen, et al., 2020).

5.9.1 Hvordan er det fysiske aktivitetsnivået hos tidligere brukere hos frisklivssentralene?

Hvordan FA-nivået hos *tidligere* brukere av FLSer er vanskelig å si med bakgrunn i de inkluderte studiene, siden flere av brukerne har mottatt opp til flere intervensjoner etter første intervensjon. Det medfører at det ikke er mulig å si hvordan FA-nivået er når brukerne har ansvar for seg selv etter intervensjonsslutt (Blom, Aadland, et al., 2020; Samdal et al., 2019). I det kvalitative studiet til Salemonsens, Førland, Saetre Hansen, et al. (2020) kommer det og frem at flere av brukerne de intervjuet hadde hatt kontakt med FLSen de var tilknyttet i opp til tre år eller mer etter første intervensjon.

5.9.2 Kan brukerne ved frisklivssentralene opprettholde sitt fysiske aktivitetsnivå etter endt oppfølging?

I studien til Samdal et al. (2018) var det ingen endring i FA ved 6 md. follow-up, men brukerne som hadde lavest tid i MHFA ved baseline hadde signifikant økning ved 6 md. follow-up. Dette samsvarer med studien til Blom, Aadland, et al. (2020) hvor det heller ikke var noen endring i FA fra baseline til 15 md. follow-up. De fant derimot ut at det var en økning i FA-nivå og nedgang i stillesittende tid fra baseline til 3 md. follow-up, men at brukerne ikke klarte å opprettholde denne endringen. Økningen i FA-nivå fra baseline til 3 md. follow-up samsvarer og med Blom et al. (2019) som fant liknende økning, men ingen signifikant endring.

5.9.3 Er det endring i opplevd helse etter endt oppfølging hos frisklivssentralene?

Bare en av de inkluderte studiene målte opplevd helse hos brukerne. De fant ut at det var en signifikant forbedring fra baseline til 3 md. follow-up, og at denne endringen ble opprettholdt til 15 md. follow-up. I tillegg fortsatte dimensjonen for mental helse å øke etter intervensjonsslutt, og alle dimensjoner (bortsett fra fysisk funksjonsevne og kroppslig smerte) økte med mer enn fem poeng som anses som klinisk viktig. Denne endringen var liknende for alle brukerne, uavhengig av om de mottok en eller flere intervensjoner (Blom, Aadland, et al., 2020).

5.9.4 Hvordan opplever brukerne og de ansatte intervensjonen?

Ingen av de inkluderte studiene har undersøkt hvordan brukeren opplever intervensjonens struktur, og om det har noen påvirkning på deres endring av livsstilsvaner. To av studiene har derimot undersøkt hvordan brukerne opplever å bli involvert i intervensjonen, og to av studiene undersøker hvordan de ansatte opplever å involvere brukerne i intervensjonen.

Både Sagsveen et al. (2019) og Salemonsens, Førland, Sætre Hansen, et al. (2020) skriver at MI oppleves som et viktig virkemiddel for brukerinvolvering, og var med på å øke selvtilliten og gi brukerne eierskap over egne mål og livsstilsendingsprosessen. I tillegg ga det mulighet til å få et tillitsbasert forhold hvor brukerne følte seg respektert og verdsatt gjennom anerkjennelse. Sagsveen et al. (2019) fremhever viktigheten av at de ansatte har gode kommunikasjonssevner for å vise empati, som også samsvarer med Salemonsens, Førland, Sætre Hansen, et al. (2020) som nevner at det er viktig med kunnskapsrike ansatte for å skape tillitt, og for at brukerne kan motta emosjonell støtte av interesserte og sensitive ansatte. Salemonsens, Førland, Sætre Hansen, et al. (2020) nevner og at brukerne satt pris på å ha et felleskap, i et inkluderende miljø med likeverdige.

At brukerne skulle føle seg sett, hørt og respektert blir trukket frem av både Sagsveen et al. (2018) og Salemonsens, Førland, Hansen, et al. (2020). Sistnevnte fremhever og viktigheten av å være sensitiv, oppmerksom og nysgjerrig på brukerne. Denne fasen med å bli kjent var tidkrevende, men det var viktig at brukerne selv forsto omfanget av livsstilsendringen, og at de var med på å bestemme egne mål og aktiviteter. Sagsveen et

al. (2018) trekker og frem at brukerne selv skulle få bestemme, fordi at å gi de muligheten til å foreslå endring selv var med på å styrke eierskapet, forpliktelsen og motivasjonen for endring, som igjen ga større sjanse for suksess. Noen brukere uttrykte derimot irritasjon ved å måtte bestemme selv. De forventet at de skulle få en ferdig plan de skulle følge, og syntes det var skummelt å selv sette egne mål (Sagsveen et al., 2018; Salemonsén, Førland, Hansen, et al., 2020). Til sist uttrykte noen av de ansatte i studien til Sagsveen et al. (2018) at det var vanskelig med total individuell tilpasning, særlig ved små FLSer, og spennet i utfordringen til brukerne, siden de ikke hadde så mange tilbud. Brukerne hadde derimot forståelse for dette på de gruppebaserte tilbudene.

5.9.5 Har intervensjonens struktur noen betydning for å opprettholde det fysiske aktivitetsnivået?

Ingen av de involverte studiene har undersøkt intervensjonens struktur, og dens betydning for å opprettholde FA-nivå. Det som kan sies er at brukernes opplevelse av medvirkning fremmer at å fortsette med MI og individtilpasset tilbud egner seg, selv om dette ikke samsvarer med funnene om endring i FA.

6. Diskusjon

Denne diskusjonen vil ha en hovedinndeling basert på det teoretiske rammeverket for denne oppgaven. Først vil resultatet bli diskutert opp mot health lifestyle- paradigmet, og vil bli gjennomgått med start i delen med strukturelle faktorer for helse. Deretter vil resultatet diskuteres opp mot salutogenese med hovedvekt på SOC. Noen emner vil falle på utsiden av hovedinndelingen av det teoretiske rammeverket, men kan fortsatt ha deler som er i tilknytning til de valgte paradigmene. Deretter vil kritikk av oppgaven bli diskutert.

6.1 *Health lifestyle*

I boks 1 i health lifestyle-paradigme til Cockerham er det listet opp strukturelle variabler som har mulighet til å forme en persons helseatferd. Den som anses som de største av disse er sosial klasse og har støtte i både Bourdieus og Weber sine teorier.

Årsaken til at brukerne ikke klarer å opprettholde sitt FA-nivå eller fortsetter med intervensjon hos FLSene er nok mange og komplekse. Både Bourdieu og Weber observerte at sosiale klasser brakte med seg en bestemt måte å leve på, så selv om FLSene gir brukerne gode verktøy til å endre livsstilsvanene, kan det være vanskelig å opprettholde disse på grunn av de sosiale normene som er inkorporert i brukernes habitus. I Bourdieus arbeid med sosial klasse utgjør ulike forhold mellom kapitalformene også en persons sosiale klasse (Cockerham, 2010, s. 168).

6.1.1 **Økonomisk og kulturell kapital som begrensning for egne aktivitetsvaner**

I resultatet kom det frem at ingen av brukerne klarte å opprettholde sitt FA- nivå etter endt intervensjon, bortsett fra de i studien til Samdal et al. (2019) hvor de med lavest MHFA ved baseline hadde en signifikant endring ved 6 md. follow-up.

Økonomisk kapital vil påvirke sosial klasse. I studien til Blom et al. (2019) hadde de som ble tapt til follow-up større sannsynlighet for å være uføretrygdet. Lav økonomisk kapital vil påvirke en persons aktivitetsvaner. I studiene som målte FA, var det nesten ingen som hadde en signifikant forbedring i FA-nivå, så det kan antas at brukerne som ble tapt til follow-up ikke hadde et bedre resultat.

I tillegg påvirkes brukernes økonomiske kapital om de har mulighet til å kjøpe medlemskap på treningssenter eller i idrettslag. Selv om nærmiljøet til brukeren har tilgjengelige lavterskelaktiviteter kan det være utstyr til dette som ski, sykkel o.l. som blir begrensning pga. brukernes økonomiske kapital.

Videre kan bostedet sammen med økonomisk kapital være en begrensende faktor for FA. Personer med lav økonomisk kapital som er avhengig av kollektivtransport for å delta på aktiviteter kan oppleve det som en barriere. Kollektivtransport kan være kostbart, og reiser for aktiviteter som ikke er høyst nødvendig kan være utfordrende å få til.

Bosted har også en sammenheng med kulturell kapital. Personer på mindre tettsteder har lavere kulturell kapital en personer som bor i byer. I artikkelen til Vareide (2021) fra Telemarksforskning er topp 10 kommuner med høyest utdanningsnivå byer, og topp 10 kommuner med lavest utdanningsnivå mindre tettsteder.

I de inkluderte studiene var det en fordeling av FLSer både i bygd og i by, men det kom ikke frem om det var noen forskjell på opprettholdelse av FA etter intervensjonsslutt. Basert på det vi vet om kulturell kapital og FA-vaner kan det antas at brukerne fra mindre tettsteder hadde større sannsynlighet til å bli tapt til follow- up, men også til å ikke klare å opprettholde aktivitetsnivået sitt etter intervensjonsslutt.

Videre er det og mulig at flere av de som deltar ved FLSene har generelt høy kulturell kapital sammenliknet med andre personer som har samme helseutfordringer, fordi grupper med høy kulturell kapital har bedre tilgang på informasjon om tiltak som fremmer helsen (Cockerham, 2005, s. 57). Dette samsvarer og noe med funnene til Blom, Aadland, et al. (2020) hvor de brukerne som fullførte studien hadde større sannsynlighet til å ha høyere utdanning.

6.1.2 Sosial kapital og videre deltakelse hos FLSen

I resultatet kom det frem at av de inkluderte studiene var det ikke mulig å se på FA-nivået hos *tidligere* brukere ved FLSene, fordi de fleste brukerne deltok i flere intervensjoner etter første intervensjon, eller fortsatte å være tilknyttet FLSen.

FLSens formål er at brukerne skal få veiledning og hjelp til å endre på livsstilsvaner, særlig knyttet til FA. I tillegg står det tydelig at FLSen skal «*gi hjelp til å finne frem til lokale tilbud og aktiviteter som passer for den enkelte bruker*» (Helsedirektoratet, 2011a, s. 8). I studien til Blom, Aadland, et al. (2020) var det bare litt over halvparten av brukerne som kun mottok en intervensjon. Ved at nesten 50% fortsetter å få hjelp av FLSen etter første intervensjonsslutt, kan det argumentere for at FLSene ikke oppnår sitt formål. Det kan og være mulig at intervensjonen på 3 md. er for kort til å endre livsstilsvaner, og gjøre brukene selvstendige nok til å opprettholde livsstilsendringene på egenhånd.

I studiene til Salemonsens, Førland, Saetre Hansen, et al. (2020) og Sagsveen et al. (2019) kom det frem at brukerne opplevde og satte pris på et fellesskap med de andre brukerne, og støtte og forståelse blant de ansatte. Ved at de fortsetter ved FLSen kan det være at brukerne ikke har tilstrekkelig sosial kapital utenfor FLSen. Dette kan være i form av få venner og/eller liten familie. Flere som ble tapt til follow-up var uføretrygdet, som gir lavere sosial kapital fordi de ikke har kolleger. Selv om det ikke er data på dem, kan det antas at disse brukerne ikke hadde bedre resultater enn de som fullførte studien. Den sosiale kapitalen brukerne får gjennom fellesskapet med andre brukere kan derfor være en påvirkende årsak til at brukerne fortsetter hos FLSene.

Sosial kapital kan og være en strukturell begrensning sett fra Weber sin side. I større byer er det flere som kanskje har samme utfordring og/eller er i en liknende livssituasjon, og det kan være lettere å utvide sin sosiale kapital enn på mindre tettsteder. Et fellesskap med andre er jo som nevnt viktig, men er det få å utøve aktivitet med, vil det være en begrensning.

6.1.3 Kapital og tap til follow-up

Som nevnt er sosial klasse er en viktig faktor for aktivitetsvaner. Og tidligere har det blitt nevnt at kulturell kapital også fremmer gode livsstilsvaner. Ut ifra hvilke brukere som fullførte studiene stemmer ikke dette helt med utvalget i denne undersøkelsen. De som fullførte hadde ikke bare mer utdanning enn de som ble tapt til follow-up, men hadde også høyere utdanning. Selv om det viser at de som ble tapt til follow-up både har lav utdanning, og antakeligvis dårlige aktivitetsvaner, er det også en del av de i

høyere sosiale klasser som er inaktive og begynner eller har utviklet livsstilssykdommer.

De som ble tapt til follow-up har både lav økonomisk og kulturell kapital. Som nevnt over har de mindre utdanning, men i tillegg hadde de signifikant større sjanse for å være uføretrygdet. Brukerne som ble tapt til follow-up var også yngre, som stemmer med tidligere forskning hvor eldre er flinkere til å ta vare på helsen sin. Dette påvirkes også av sosiale klasser og eldre med lav økonomisk kapital endrer ikke sine vaner. Dette samsvarer med brukerne som fullførte studiene siden de var eldre, hadde høy kulturell kapital, og at de unge som ble tapt til follow-up også hadde større sannsynlighet til å være uføretrygdet. Underforstått antas det derfor at de eldre som fullførte studiene har høy økonomisk kapital (Cockerham, 2005, s. 58; Cockerham, 2010, s. 170). Dette gjelder studiene til Blom, Aadland, et al. (2020); Blom et al. (2019) og i noen grad Samdal et al. (2019).

Et avvik fra studiene over, er studiet til Samdal et al. (2019) hvor det kommer frem at de med middels lang utdanning hadde signifikant mindre sjanse til å bli tapt til follow-up sammenliknet med de med høyere utdanning ($p=0,039$). Dette er overraskende basert på kunnskapen vi har om Videre kan det sosiale nettverket brukeren er en del av ha en habitus som ikke inkluderer FA, og den støtten og forståelsen brukerne beskrev at de mottok av de ansatte kan være fraværende i brukerens sosiale nettverk på grunn av dette. Ved at brukeren har fått eller påbegynt utviklingen av ikke-smittsomme sykdommer kan det være mulig at brukerens sosiale krets også har en habitus fremmer utviklingen av denne sykdomsgruppen. Aktivitetsvaner og kostholdsvaner i brukerens sosiale miljø kan derfor være en barriere for fysisk aktivitet på egenhånd etter intervensjonsslutt.

utdanningsnivå og helse, som samsvarer med studien til Blom, Oldervoll, et al. (2020) hvor de med høy utdanning hadde signifikant større sannsynlighet til å fullføre studien. I undersøkelsene til Blom et al. (2019) utgjorde ikke utdanningsnivå noen signifikant forskjell på de som fullførte og de som ble tapt til follow-up. Det er noe sprikende resultater, men felles for alle er at de som fullførte studiene var eldre, mer sannsynlig for å være pensjonert og at de ikke var uføretrygdet.

6.1.4 Sosial klasse

Ulik sammensetning av kapitalformene utgjør brukernes sosiale klasse, og deres posisjon i det sosiale rommet. Personer som er i samme sosial klasse har mest sannsynlig samme eller ganske lik habitus, og har utviklet samme smak for aktiviteter. Denne habitusen kan være en begrensning for FA på egenhånd og bidrar til at brukerne fortsetter å delta i FLSenes tilbud.

En årsak til det kan være at når brukerne skal finne aktiviteter i samfunnet etter intervensjonslutt så er ikke disse riktig for brukernes sosiale lag. Etter intervensjonslutt er det mulig at det ikke er tilgjengelige tilbud i lokalsamfunnet som passer inn i brukerens smak og deres habitus. FA-vaner skyltes ikke bare økonomiske barrierer, men også familietradisjoner, kleskoder og atferd (Cockerham, 2010, s. 168). Denne habitusen er ubevisst med på å påvirke brukerne vaner.

Når brukerne er ferdig med intervensjonen sin er det ikke sikkert at deres «nye» vaner passer inn i habitusen til det sosiale nettverket de er en del av. Årsaken til at noen av brukeren har påbegynt utviklingen av NCDs kan være at habitusen til brukeren og brukerens sosiale nettverk ikke inkluderer begrensninger i kostholdet, FA, eller andre vaner som skal fremme helsen. Når brukeren kommer tilbake til denne gruppen kan habitusen som er etablert være en begrensning for å klare å fortsette med aktiviteten på egenhånd.

Videre kan det og være mulig at de aktivitetenes som er tilgjengelige for brukerne etter intervensjonslutt ikke passer til brukernes smak. Selv om aktivitetene er lavterskel, brukerne har tilstrekkelig med økonomisk kapital til å delta kan smaken som er inkorporert i brukerens habitus være begrensende. I tillegg er det ikke sikkert at de tilgjengelige aktivitetene er «sømmelige» i brukerens sosiale klasse. Sosialt stigma fra andre kan derfor påvirke deltakelse.

6.1.5 Strukturelle begrensninger for aktivitet på egenhånd

I boks 4 (Livsmuligheter) i *health lifestyle*-paradigmet er det gjennom Bourdieus teori strukturelle begrensninger eller muligheter basert på en persons sosiale klasse. I Webers utvidede begrep ligger også strukturer i samfunnet og hvordan de kan muliggjøre eller

begrense handling under dette. Derfor kan en årsak til videre deltakelse hos FLSene være manglende lokale tilbud.

I Norge har vi mange mindre tettsteder, og dekningen av FA-tilbud i disse er ikke like stor som i byene, og reiseveien kan være lenger. Det kan derfor være strukturelle begrensninger for å fortsette med FA på egenhånd etter intervensjonsslutt. Selv om brukeren er innstilt på å ta livsvalg som fremmer gode aktivitetsvaner, og har fått veiledning fra FLSene på hvordan de skal gjøre dette, kan den strukturelle begrensningen på aktivitet som passer den enkelte bruker være begrensende og påvirke brukerens evne til å handle. I Cockerhams *health life*-paradigmet hjelper det ikke at FLSene prøver å endre praksisen hos brukeren, hvis det ligger strukturelle begrensninger i samfunnet. Denne strukturelle begrensningen kan og være en medvirkende årsak til at brukerne også ikke klarer å opprettholde aktivitetsnivået sitt på egenhånd etter intervensjonsslutt, fordi det ikke finnes tilstrekkelig med lavterskelaktiviteter som passer til brukerens smak.

6.1.6 Ingen forbedring tross videre deltakelse

En annen ting som er verdt å bemerke seg er at få brukere var *tidligere* brukere, men til tross for fortsatt oppfølging hos FLSene, var det ingen forbedring på lang sikt på aktivitetsnivået. I studien til Samdal et al. (2019) hadde de som hadde lavest tid i MHFA ved baseline signifikant forbedring i MHFA ved 6 md. follow up, men denne studien er den eneste som har registrert en økning i FA på lengere sikt.

6.2 Salutogenese

6.2.1 Forståelse over egen situasjon og målsetning

SOC består av de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I studien til Salemonsens, Førland, Saetre Hansen, et al. (2020) kom det frem at de fleste brukerne hadde henvist seg selv. Det kan tyde på at mange av brukerne ved FLSer har en høy grad av begripelighet og mening. De er beviste på sin situasjon, og fordi de scorer høyt på mening har de motivasjon og engasjement til å finne ressursene som kreves for endring, som i dette tilfellet er FLSen. Flere av brukerne beskrev også at de satt pris på å få være med å sette seg egne mål for å ha eierskap og være mer motivert for livsstilsendringen.

Det som derimot kan tale imot dette er at i alle de kvalitative studiene ble det nevnt at noen av brukerne ble sinte, overrasket og måtte overbevises for at de skulle være med i prosessen om å lage egne mål. Videre beskrev og noen ansatte at de måtte bruke mye tid for at brukerne skulle forstå omfanget av livsstilsendingsprosessen. I disse situasjonene bidro de ansatte til at brukerne selv skulle forstå hvorfor dette var viktig. Det kommer ikke frem i de inkluderte studiene hvilke brukere som henviste seg selv og hva de svarte, men ut ifra Antonovskys teori om SOC kan det tenkes at brukerne som ikke henviste seg selv kan ha lav meningsfullhet og begripelighet. Årsaken til det er at de ikke klarer å skjønne hvorfor de må være med på egen målsetning og forstår hvor omfattende en livsstilsendring kan være. De viser dermed også at de har lav score på meningsfullhet ved å være lite motiverte til å forme egen fremtid. **Godt!**

6.2.2 MI for bedre opplevd helse gjennom SOC

Brukerne som kommer til FLSene har ofte komplekse helseutfordringer. Årsaken til at de har eller er på vei til å utvikle livsstilssykdommer, og ikke klarer å endre livsstilsvanene sine selv, kan skyldes psykisk sykdom eller andre psykososiale forhold (Sagsveen et al., 2018; Salemonsens, Førland, Hansen, et al., 2020). Dette kan være barrierer til FA som må løses før brukerne kan endre livsstilsvaner.

I studiene til Salemonsens, Førland, Saetre Hansen, et al. (2020) og Sagsveen et al. (2019) kommer det frem at brukerne opplevde MI som et viktig virkemiddel for å øke selvtilliten og føle eierskap over egne mål og livsstilsendingsprosessen. Det kan tyde på at de ansatte, gjennom MI gir brukerne ressursene til å håndtere situasjonen, gi veiledning for å gjøre hendelsene i hverdagen begripelige og gi de mening for å være engasjert i eget liv. MI er dermed et viktig virkemiddel for å øke brukernes SOC.

Blom, Aadland, et al. (2020) fant ut at det var signifikant endring i opplevd helse ved 3 md. follow-up, og at denne endringen ble opprettholdt ved 15 md. follow-up. Ved at brukerne gjennom MI får veiledning til å øke sin begripelighet og meningsfullhet, sammen med at de føler seg respektert og verdsatt, så kan det være med å forklare økningen og opprettholdelsen av økningen i opplevd helse. Selv etter intervensjonsslutt fortsatte variabelen for mental helse å øke mot 15 md. follow-up.

Det skal nevnes at variablene for fysisk funksjonsevne og kroppslig smerte sank fra 3 md. follow-up til 15 md. follow-up, selv om det var signifikant endring ved 15 md. follow-up fra baseline. Denne nedgangen kan ha sammenheng med at brukerne ikke klarer å opprettholde endring i FA-nivå.

Selv om forbedring i opplevd helse blant brukerne er et viktig og positivt funn, må det trekkes frem at bedre opplevd helse i seg selv ikke fører til forebygging av NCDs. Selvfølgelig er det viktig for brukernes psykiske helse, og FLSenes formål inkluderer også dette, men basert på funnene til denne oppgaven når FLSene bare halve målet sitt når deres formål er å fremme både fysisk og psykisk helse.

6.3 Andre temaer

6.3.1 Kjønnbalanse blant deltakerne

I de inkluderte studiene er det en overvekt av kvinnelige deltakere. Av de inkluderte brukerne i studiene er det en overvekt av kvinner. Dette er interessant fordi menn har generelt dårligere helse og er underrepresentert. Fra et brukerperspektiv er kjønn en signifikant variabel for gode livsstilsvaner som er presentert i strukturelle variabler i health lifestyle (Cockerham, 2005, s. 58). Kvinner har bedre helse enn menn, og tar bedre livsstilsvalg. På bakgrunn av dette burde det være flere menn enn kvinner som mottar intervensjon hos FLSene, siden det er flere av dem med dårligere helse. Samtidig er det et livsstilsvalg å velge å ta imot intervensjonen hos FLSene, og dette er jo som nevnt kvinner bedre til.

Av de 30 inkluderte ansatte som intervjues i de inkluderte studiene, er bare to menn. I følge Sagsveen et al. (2018) samsvarer denne fordelingen med kjønnsfordelingen blant ansatte hos FLSene, hvor bare 1 av 10 er menn. Mange av FLSenes ansatte er fysioterapeuter og i Norge er ca. 70% av disse kvinner. Når *Fysioterapeuten* skriver om valg av terapeutisk retning, og at de fleste menn går til private idrettsklinikker og kvinner havner i offentlig helsesektor, kan det være en del av forklaringen på kjønnsfordelingen av ansatte hos FLSene (Eng Galåen, 2015).

Når både menn er underrepresentert blant ansatte og blant brukerne er det kanskje lurt å stille noen spørsmål. Selv om kjønnsfordelingen blant ansatte kan ha en forklaring gjennom valg av terapeutisk retning for fysioterapeuter, og det blant brukerne er

normalt at kvinner tar bedre vare på helsen, kan en lure på om det er noe med FLSene struktur og oppbygning som gjør at det tiltrekker seg flest kvinner.

6.3.2 Sosiologiske teorier

Av de fire kvalitative studiene som har blitt inkludert, er det ingen som knytter sine funn opp til sosiologiske teorier. En årsak til dette kan være at forfatteren bak disse studiene kommer fra naturvitenskaplige fagfelt, hvor det ikke er tradisjon for å diskutere resultatet i lys av en eksisterende teori, men opp mot liknende funn. Dette er ikke dokumentert i resultatdelen, men i noen av artiklens diskusjoner trekkes fagfeltet til forfatterne frem, og det står hvilket fagfelt de er tilknyttet til ved siden av navnet deres i forfatterlisten.

6.3.3 Samsvar mellom ansatte og brukere

Brukernes og de ansattes opplevelse av brukerinvolvering samsvarer med hverandre. Det betyr at det brukerne opplever det de ansatte beskriver at de vektlegger. F.eks. skriver både Sagsveen et al. (2018) og Salemonsens, Førland, Hansen, et al. (2020) i sine studier at de ansatte la vekt på at brukerne skulle føle seg sett, hørt og respektert, og at de skulle bli møtt med nysgjerrighet, interesse, og uten fordommer. Brukerne skulle og selv forstå viktigheten av og være med på å sette seg egne mål. I Salemonsens, Førland, Saetre Hansen, et al. (2020) og Sagsveen et al. (2019) sine studier av brukernes opplevelse av intervensjonen beskriver brukerne at de opplevde at de hadde et tillitsbasert forhold med de ansatte, ble respektert og at de opplevde likeverd gjennom anerkjennelse. I tillegg sa brukerne at involveringen gjennom MI var med på å gi eierskap over egne mål, og at selv om de ansatte hjalp til så var det et aktivt valg de tok selv.

Dette er bra fordi det tyder på at de ansatte har et realistisk bilde på jobben sin. De har kompetanse som klarer å få sin «ideologi» ut, slik at brukerne opplever den slik de ansatte ønsker.

6.4 Kritikk

6.4.1 Veilederen for kommunale frisklivssentraler

Metoden for utvelgelse av litteratur til denne studien ble valgt fordi i *Veilederen for kommunale frisklivssentraler* var det mange studier som var gamle og av varierende

kvalitet under «Frisklivssentralers tilbud gir resultater». I idebanken var det derimot en annen liste, som fremsto mer oppdatert, og det ville derfor være interessant å se på hvilken litteratur FLSene støtter seg på i sitt arbeid, siden veilederen ikke var oppdatert siden 2019. I februar i år ble derimot veilederen oppdatert, noe som skapte en frykt for at argumentet for valgt metode skulle bli borte. Det har det derimot ikke.

I 2019 versjonen av veilederen er ikke idebanken nevnt. Årsaken kan være at den ikke fantes da (gjetting), men i årets oppdaterte versjon blir idebanken trukket frem som en side med oversikt over publisert litteratur om FLSer (Helsedirektoratet, 2011a, s. 25; 2011b).

I veilederen som ble oppdatert 2019 var det etter en litt nøyere sjekk av litteraturen en overvekt av studentoppgaver og eldre rapporter i delen om «Frisklivssentralers tilbud gir resultater». I min oppgave har jeg bare inkludert studier som er nyere en 2014, siden all litteraturen i 2019 veilederen var eldre enn dette. Det får meg til å undres på hvorfor den nye litteraturen jeg har benyttet meg av i min oppgave ikke blir benyttet til å beskrive resultatene FLSene gir i den oppdaterte veilederen for 2022. I denne er det 22 artikler som støtter opp om at FLSenes tilbud gir resultater, men bare tre (egentlig to fordi det henvises til en doktorgrad med flere inkluderte artikler hvor de to andre artiklene er inkludert i doktorgraden) studier som er nyere enn 2014, og fortsatt like mange studentoppgaver (Helsedirektoratet, 2011a, 2011b).

I veilederen står det at disse studiene gir samlet gode resultater. Det får meg og til å lure på hva forfatteren av denne veilederen vektlegger. I min undersøkelse er det 3 studier som måler endring, og ingen av disse har funnet en signifikant endring i fysisk aktivitetsnivå blant brukere. Det er kanskje derfor veilederen benytter seg av begrepet «oppfølging... kan gi økt...» fordi det ikke er tydelignok bevis på at oppfølgingen faktisk fører til endring (Helsedirektoratet, 2011a, s. 25).

Det som derimot står i et kulepunkt i veilederen om effekten av oppfølging hos FLSer, som samsvarer med denne oppgaven er «*opplevd sosial støtte og sosialt fellesskap fra deltakere og ansatt*», «*opplevd trygghet gjennom faglig kompetanse hos de ansatte*» og «*fått faste avtaler, struktur på treningen og opplevd positiv forpliktelse*» (Helsedirektoratet, 2011a, s. 25). På grunn av at brukerne ikke klarte å opprettholde FA-

nivået etter endt intervensjon er det siste punktet om faste avtaler bare gjeldene for opp til 3 md. follow-up. De andre kulepunktene i listen dekker ikke temaer denne oppgaven har undersøkt, men uansett burde de begrunnes med nyere forskning.

6.4.2 Metode

Valg av framgangsmåte for denne oppgaven kan ha vært en begrensning siden det er mulig at idebanken til FLSene ikke har listet opp all litteratur om FLSer. Dette kan og ha medført at styrken på min egen studie har blitt svekket fordi det kan hende at vet å heller ha gjennomført et systematic review ville jeg ha identifisert flere studier som dekker forskningsspørsmålene. Det er få inkluderte artikler som dekker hvert forskningsspørsmål, noe som svekker oppgavens funn.

I tillegg kan denne oppgaven ha blitt påvirket av idebankens egen cherry-picking. Det vil si at den litteraturen som var tilgjengelig i idebanken sammenfaller med den oppfatningen idebanken har av FLSer og støtter deres antakelser og fremmer bare positive funn. Men med bakgrunn i resultatet kan det sies at litteraturen idebanken har tilgjengelig ikke bare har en positiv vinkling på FLSer. Flere av de inkluderte studiene til denne oppgaven fant ingen langsiktig endring i FA-vaner blant brukerne, som ikke er et positivt funn for FLSene.

Videre kan det hende at ved å ekskludere artikler som er skrevet i 2014 eller tidligere, så klarer ikke oppgaven å fange opp om det har skjedd noen endringer på feltet. Dette var riktignok ikke oppgavens formål, men å inkludere studier fra ulike år kan være interessant fordi FLSenes tilbud kan ha utviklet seg og er annerledes nå enn for 10 år siden, og at opplevelsen av intervensjonen har endret seg for både ansatte og brukere.

6.4.3 Teoretisk rammeverk

Som nevnt i teorien er det tradisjonelle biomedisin-paradigme utdatert siden det ikke tar høyde for sammenhengen mellom kropp og sinn. Det betyr ikke utelukkende at alle teorier som tar høyde for dette er helt vanntette.

De ansatte som ble intervjuet i studiene til Sagsveen et al. (2018) og Salemonsens, Førland, Hansen, et al. (2020) beskrev at brukerne noen ganger trengte hjelp til å få

orden på andre aspekter i livet før de kunne begynne med FA. Dette aspektet tar health lifestyle for seg bedre hvor det blir sett på erfaringer brukerne har for valgene de skal ta.

I det salutogene perspektivet fokuset på aktiviteter som fremmer helsen. Det som derimot kan være kritikk til det er at hovedfokuset fremstår som om det er på psykisk helse. Selv om det er viktig med en god psykisk helse, må også den fysiske bli ivaretatt for å unngå prematur død og/eller NCDs. Aktiviteter som fremmer psykisk velvære hjelper lite hvis den fysiske kroppen ikke blir ivaretatt.

7. Konklusjon

7.1 *Hvilken betydning har fysisk aktivitets-intervensjoner, gjennom norske frisklivssentraler, for helsen på kort og lang sikt?*

Totalt viser det seg at FLSenes intervensjon har en positiv effekt på den psykiske helsen på lang sikt. Brukerne klarer derimot ikke å opprettholde FA- nivået sitt på lang sikt, men ved 3 md. follow-up var det en signifikant forbedring. Intervensjonen har derfor en positiv effekt på den psykiske helsen, men ingen effekt på den fysiske. Det er derimot få inkluderte studier som favner dette, og styrken på funnene må derfor sees i sammenheng med dette.

7.1.1 Hvordan er det fysiske aktivitetsnivået hos tidligere brukere hos frisklivssentralene?

Få av brukerne er tidligere brukere og det er derfor vanskelig å si hvordan aktivitetsnivået er hos de som har vært tidligere brukere. Årsaken til at brukerne fortsetter oss FLSene kan være mange, men en teori er at brukerne oppleve at de ble sett, hørt, respektert og var en del av et fellesskap på FLSen.

7.1.2 Kan brukerne ved frisklivssentralene opprettholde sitt fysiske aktivitetsnivå etter endt oppfølging?

Bare to studier ble inkludert som hadde follow-up flere md. etter intervensjonsslutt. Studiene til Blom, Aadland, et al. (2020) og Samdal et al. (2019) viste ingen signifikant endring i FA-nivå ved 6 og 15 md. follow-up, men i sistnevntes studie hadde brukerne med lavest MHFA ved baseline en signifikant økning i MHFA ved 6 md. follow-up. Det vil si at brukerne som deltar i FLSenes tilbud ikke klarer å opprettholde sitt fysiske aktivitetsnivå, utenom de som var lite aktive fra før. Denne follow-up perioden er uansett kort for et livstilsendingsprogram, og kun to studier er ikke nok til å konkludere alene.

7.1.3 Er det endring i opplevd helse etter endt oppfølging hos frisklivssentralene?

Brukerne hadde en signifikant forbedring i opplevd helse 15 md. follow-up, og forbedringen var klinisk viktig. I brukernes beskrivelse av involvering opplevde de samtaler med de ansatte som viktige, og disse kan være med på å styrke brukernes

opplevde helse. I salutogene perspektiv vil det si at brukerne fikk veiledning il å forbedre sin SOC.

7.1.4 Hvordan opplever brukerne og de ansatte intervensjonen?

Brukerne og de ansatte beskrev brukerinvolvering ganske likt. De ansatte jobbet for at brukerne skulle oppleve trygghet, føle seg sett og respektert, og at de var i et tillitsbasert forhold, noe brukerne i grove trekk også beskrev at de opplevde. I tillegg beskrev brukerne at de satt pris på å få være med i egen målsetning. De ansatte sa at dette var noe de hadde fokus på, men at noen brukere ble sinte eller irritert over denne involvering. Til sist er det viktig å merke seg at brukerne satt pris på fellesskapet de fikk under intervensjonen. Både med andre brukere, men også de ansatte. Fire studier undersøkte opplevelsen av intervensjonen, hvor alle hadde vekt på brukerinvolvering og to undersøkte synspunktene til de ansatte og to undersøkte synspunktene til brukerne.

7.1.5 Har intervensjonens struktur noen betydning for å opprettholde det fysiske aktivitetsnivået?

Ingen av de fagfellevurderte studiene i publikasjonslisten til idebanken til FLSene undersøkte intervensjonens struktur. Basert på de andre studiene, særlig til Sagsveen et al. (2019) og Salemonsens, Førland, Saetre Hansen, et al. (2020), er det mulig å anta at de individuelle samtalene hvor MI blir benyttet er et viktig element i intervensjonens struktur. Ut ifra funnene i studiene til Blom et al. (2019), Blom, Aadland, et al. (2020) og Samdal et al. (2019) om FA- nivå har ikke MI betydning for dette, men det kan ha en påvirkning på økningen og opprettholdelsen av brukernes opplevde helse.

8. Perspektiv

8.1 Videre forskning

Formålet med ett av forskningsspørsmålene til denne studien var å undersøke om intervensjonens struktur hadde en betydning for å opprettholde FA-nivået. Det var ingen av de inkluderte studiene som undersøkte dette. Derfor bør nye studier se på hvordan de ulike FLSene har bygd opp sin intervensjon og hvordan dette har betydning for brukerne. Selv om FLSene følger en veileder varierer tilbudet fra FLS til FLS på grunn av lokasjon, ressurser og de ansattes kompetanse/yrkesbakgrunn.

I tillegg er det verdt å merke seg at det i forskningsspørsmålet implisitt hentyder at å opprettholde FA- nivået viser til at brukerne ikke lenger benytter seg av FLSenes tilbud. Det denne studien derimot fant ut er at det er få som er *tidligere* brukere. Videre forskning bør derfor se på hvorfor brukerne ofte faller tilbake til FLSen, og hva som skiller de som alltid vender tilbake med de som får veiledningen de trenger og klarer seg på egenhånd etterpå.

Et annet tema som og bør belyses bedre er hvordan brukerne opplever å bli med på aktiviteter i samfunnet igjen, også i tilknytning til hvor de bor. Selv har jeg både bodd i by og bygd og det er helt tydelig at det ikke er de samme aktivitetstilbudene på bygda som i byene. På bygda kan og manglende førerkort være en barriere for deltakelse i fritidstilbud siden avstandene er store og det er manglende kollektivtilbud (gjeldene for mitt hjemsted).

Til sist bør det også forskes mer på teamene som dekkes av de inkluderte studiene. Det ble inkludert få studier som dekket hvert forskningsspørsmål, og selv om de viser liknende funn bør det gjøres mer langsiktig forskning på feltet. Det skal nevnes at siden denne oppgaven ikke gjorde et systematisk litteratursøk er det mulig at det finnes flere artikler om disse emnene. I tillegg er det bare en av studiene som har en follow- up på ett år etter intervensjonsslutt, noe det burde vært flere av siden FLSene jobber for langsiktig endring av livstilsvaner.

8.2 Oppfordring til FLSer

Basert på mine funn bør det gjøres noe med FLSenes struktur hvis målet med varig livsstilsendring og økt FA-nivå skal nåes. Selv om det er et lavt antall inkluderte studier som måler FA etter intervensjonsslutt er det ingen av disse som viser funn på at brukene klarer å opprettholde sitt FA- nivå.

For mange brukere kan det tenkes at en intervensjon er nok, men som diskutert i oppgaven kan det være mange barrierer for å være i aktivitet på egenhånd. En løsning på dette kan være et overgangstilbud for brukerne. På den måten kan brukere fortsette å få noe av støtte av FLSen, samtidig som de kan øve på å være selvstendige i sin aktivitet.

Selvfølgelig er jo dette tilbudet avhengig av ekstra resurser, så her er det også en faktor med om kommunene er villige til å bruke penger på FLSer. Personlig syntes jeg ideen til FLSer er veldig bra, og den kan være viktig for folkehelsen. I min hjemkommune står det jevnlig i lokalavisen om en kommende eldrebølge om 10 år og en god FLS kan være et virkemiddel for å ikke overbelaste en allerede belastet primærhelsetjeneste. Samtidig som en skal være litt kritisk til at alle skal trene og være sunne.

Etter en uformell samtale jeg hadde med en FLS, for å få et bedre innblikk i deres arbeid, kom det frem at det fantes lavterskeltilbud i samfunnet, men at for mange var ikke dette lavterskel nok. I tillegg var det et generelt problem at disse tilbudene ikke har nok kompetanse til å ivareta brukerne som kommer rett fra FLSene. Samtidig er mange FA tilbud basert på frivillighet, og det er en grense for hvilken kompetanse vi skal kreve at de har.

En annen faktor som ble trukket frem i min uformelle samtale med FLSen, og som også kommer frem i denne oppgaven er betydningen av felleskap for FA. Derfor tror jeg overgangstilbud av noe slag, sammen med andre brukere med liknende utfordringer eller andre personer som trenger bistand med FA, men kanskje ikke trenger FLSenes fulle opplegg, vil være positivt både for å opprettholde FA-nivået, men også for brukerne selv. Som beskrevet i et av intervjuene om involvering var det viktig å ha en møteplass, ett fellesskap og noen som var tilgjengelig for deg.

Til sist burde det empiriske grunnlaget for veilederen til FLSene oppdateres. Det er riktig at det er begrenset med forskning på feltet, men min studie har vist at det har kommet flere artikler med god kvalitet som det er mulig å støtte seg på. Min oppgave har i tillegg ikke inkludert all ny fagfelleurdert forskning fordi det ikke passet til oppgavens forskningsspørsmål.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal akademisk.
- Aschengrau A, S. I. G. (2003). Overview of Epidemiologic Study Designs. I *Essentials of Epidemiology of Public Health* (s. 135-162). Jones and Bartlett Publishers.
- Blom, E. E., Oldervoll, L., Aadland, E., Solbraa, A. K. & Skrove, G. K. (2020). Impact and implementation of Healthy Life Centres, a primary-care service intervention for behaviour change in Norway: Study design. *Scand J Public Health*, 48(6), 594-601. <https://doi.org/10.1177/1403494819856832>
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K. & Oldervoll, L. M. (2020). Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: a 15-month follow-up. *Qual Life Res*, 29(11), 3031-3041. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02554-x>
- Blom, E. E., Aadland, E., Solbraa, A. K. & Oldervoll, L. M. (2019). Healthy Life Centres: a 3-month behaviour change programme's impact on participants' physical activity levels, aerobic fitness and obesity: an observational study. *BMJ Open*, 10(9), e035888. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035888>
- Boland, A., Cherry, G. & Dickson, R. (2017). *Doing a Systematic Review: A Student's Guide* (2. utg.). SAGE Publications.
<https://books.google.no/books?id=H1AIDwAAQBAJ>
- Coakley, J. J. & Pike, E. (2009). *Sports in society: issues and controversies* (2. utg.). McGraw-Hill.
- Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior* 46, 51-67.
- Cockerham, W. C. (2010). Health Lifestyles: Bringing Structure Back. I W. C. Cockerham (Red.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (s. 159-183). Blackwell Publishing Ltd.
- Eng Galåen, T. E. (2015). *Kjønn avgjørende for valg av terapeutisk retning* Fysioterapauten. Hentet 12. mai fra <https://www.fysioterapeuten.no/kjonn-avgjorende-for-valg-av-terapeutisk-retning/109983>

- Eriksson, M. & Lindstöm, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Epidemiol Community Health* (60), 376-381.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (LOV-2020-06-19-89). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk : god helse slik folk ser det* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Giulianotti, R. (2016). *Sport: a critical sociology* (2nd ed. utg.). Polity.
- Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Hagen, A. (2020, 3. januar). *Store endringer i kommunekartet – og statistikken*. Statistisk sentralbyrå. Hentet 30. mai fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/store-endringer-i-kommunekartet-og-statistikken>
- Helsedirektoratet. (2011a). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud [Sist oppdatert: 02/2022]* (IS- 1896). Helsedriektoratet
- Helsedirektoratet. (2011b). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud [Sist oppdatert: 03/2019]* (IS- 1896). Helsedriektoratet
- Helsedirektoratet. (2016a). *Aktivitetshåndboka- Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (R. Bahr, Red. 3. utg.). Fagbokforlaget
- Helsedirektoratet. (2016b). *Hva er en frisklivssentral?* Helsedirektoratet Hentet 15. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>
- Helsedirektoratet. (2016c, 17. juni 2016). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting* Helsedriektoratet Hentet 19. juni fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). *Motiverende intervju som metode*. Helsedirektoratet Hentet 30. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsedirektoratet. (2019, 1. september 2021). *Oversikt over kommuner med frisklivssentral* Helsedirektoratet. Hentet 30. mai fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/oversikt-over-kommuner-med-frisklivssentral#referere>

- Helsedirektoratet. (u.å, 9. mai 2022). *Voksne og eldre- generelle råd*. Helsedirektoratet
Hentet 10. juni fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/voksne-og-eldre>
- Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review: Traditional and Systematic Techniques*. Sage.
- Lindström, B., Eriksson, M. & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Lund, H. (2000). Kritisk vurdering af en oversigtsartikel. *Nyt om Forskning*, 1, 18-22.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Nerhus, K., Anderssen, S., Lerkelund, H. & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk Epidemiologi*, 20, 149-152. <https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1335>
- Nettleton, S. (2013). *The sociology of health and illness* (3. utg.). Polity Press.
- Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? En praktisk guide*. Universitetsforlaget.
- Rothman, K. J. (2002). Biases in Study Design. I *Epidemiology- An Introduction* (s. 94-112). Oxford University Press Inc. .
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K. & Bratås, O. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 13(1), 1492291. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1492291>
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H. & Bratås, O. (2019). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expect*, 22(2), 226-234. <https://doi.org/10.1111/hex.12846>
- Salemonsens, E., Førland, G., Hansen, B. S. & Holm, A. L. (2020). Understanding beneficial self-management support and the meaning of user involvement in lifestyle interventions: a qualitative study from the perspective of healthcare professionals. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4951-y>

- Salemonsens, E., Førland, G., Saetre Hansen, B. & Holm, A. L. (2020). Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres-A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. *Health Expect*, 23(5), 1376-1386. <https://doi.org/10.1111/hex.13129>
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H. & Mildestvedt, T. (2018). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scand J Public Health*, 46(7), 774-781. <https://doi.org/10.1177/1403494818756081>
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H. & Mildestvedt, T. (2019). The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scand J Public Health*, 47(1), 18-27. <https://doi.org/10.1177/1403494818785260>
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese- hva er det? . *Michael*, 2(4), 144-149.
- Thorbjørnsen, E. (2009). *Datakvalitet i systematiske oversiktsartikler- Refleksjonsoppgave* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo].
- Vareide, K. (2021). *Utdanningsnivå* Telemarksforskning Hentet 20. juni fra <https://regionalanalyse.no/artikkel/utdanning>
- Wagner, U. & Thing, L. F. (2011). *Grundbog i idrætssociologi* (2. utg.). Munksgaard.
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allennmedisinsk perspektiv. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 1(124), 65-66.
- WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization* World Health Organization <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- WHO. (2020, 9. desember 2020). *The top 10 causes of death* World Health Organization <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- WHO. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021. Geneva: World Health Organization.*
- WHO. (u.å-a). *Health promotion* World Health Organization. Hentet 3. mars fra https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
- WHO. (u.å-b). *Noncommunicable diseases.* World Health Organizatio. Hentet 1. mai fra https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1
- Aalen, O. O. & Frigessi, A. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1

Tabell 4. Ekskluderte artikler

Artikkel (navn; forfatter(e))	Eksklusjonsgrunn
Artikler ekskludert på bakgrunn av publiseringsår og type artikkel	
Frisklivsresept – en tverrsnittundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune; Bratland-Sanda, Lislevatn, Lærdal	Publiseringsår
«Bra mat for bedre helse» kurs, Dahl	Masteroppgave
Participants in Healthy Life Centre's presumptions for lifestyle change; Følling	Doktorgrad
Livsstilsintervensjoner i primærhelsetjenesten- forebygging av overvekt og type 2 diabetes; Følling	Publiseringsår
Når emosjonell bagasje og negative erfaringer er barrierer for endring av levevaner, Følling	Blogginlegg
Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program; Lerdal, Celius, Pedersen	Publiseringsår
Effektevaluering av "Bra mat for bedre helse": en kvasiekperimentell intervensjonsstudie; Mortensen	Manglende tilgang
Chronic pain self-management. Expectations towards and effect of chronic pain self-management intervention at a Healthy Life Centre in Public primary care; Nøst, Hatlen	Doktorgrad
Deltakeres opplevelser og erfaringer i tilknytning til røykesluttkurs i regi av frisklivssentraler; uten forfatter	Masteroppgave
Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral; uten forfatter	Masteroppgave
Deltakernes opplevelse av tilbudet	Manglende tilgang
Frisklivsresept som virkemiddel for atferdsendring En kvalitativ studie med fokus på reseptdeltakeres opplevelse av endring i fysisk aktivitet; uten forfatter	Masteroppgave
Endring i helsereelatert livskvalitet gjennom et ettårig kommunalt livsstilsendringstiltak; Loland, Dyrstad	Publiseringsår
Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune; Helgerud, Eithun	Rapport
Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet,	Rapport

røykeslutt og sunt kosthold; Båtevik, Tønnesen Barstad, Bergem, Aarflot	
Norwegian primary health care: Evaluation of a lifestyle intervention program; Lie, Svelid, Dyrstad, Tjelta	Publiseringsår
Health-Related Physical Fitness Measures: Reference Values and Reference Equations for Use in Clinical Practice; Tveter, Dagfinrud, Moseng, Holm	Publiseringsår
Evaluering av norske frisklivssentraler - En prospektiv intervensjonsstudie; Bjurholt	Masteroppgave
Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program; Lerdal, Celius, Pedersen	Publiseringsår
Frisklivsresept – en tverrsnittsundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune; Bratland-Sanda	Publiseringsår
Kvalitativ studie: Et helhetlig blick på frisklivssentral; uten forfatter	Manglende tilgang
Ett år etter frisklivsresept. - en kvalitativ studie om deltakerens opplevelse av endring; Anderberg	Masteroppgave
Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer; uten forfatter	Masteroppgave
Ungdom og kosthold; Engsvold, Asbjørnhus	Bacheloroppgave
Endring i levevaner: en kvantitativ studie om effekten av tiltak i frisklivssentralen i Gjøvik; uten forfatter	Masteroppgave
Frisklivssentralers effekt på fysisk aktivitet og sosial omgang; uten forfatter	Masteroppgave
Effekt av livsstilsintervensjon ved norske frisklivssentraler på fysisk aktivitet og motivasjon; uten forfatter	Masteroppgave
Frisklivssentralene – en casestudie med fokus på organisering og praktisering av en frisklivssentral i Akershus; uten forfatter	Masteroppgave
Frisklivssentraler - en undersøkelse av Frisklivssentralene i Oslo bydeler; uten forfatter	Masteroppgave
Trening på resept; uten forfatter	Masteroppgave
Selvrapportert funksjonsevne hos deltakere på fysisk aktivitet på resept; uten forfatter	Masteroppgave
Frisklivssentralen i Modums ordning Aktiv UNG; uten forfatter	Masteroppgave
The development of Centers for Healthy Living in Norway; uten forfatter	Masteroppgave
Measuring Health-Related Physical Fitness in Physiotherapy Practice: Reliability, Validity, and Feasibility of Clinical Field	Publiseringsår

Tests and a Patient-Reported Measure; Tvetter, Dagfinrud, Moseng,
Holm

Artikler ekskludert på bakgrunn av overskrift

The Norwegian Healthy Life Study: protocol for a pragmatic RCT with longitudinal follow-up on physical activity and diet for adults; Abildsnes, Meland, Mildestvedt, Stea, Berntsen, Samdal	Studieprotokoll
Impact and implementation of Healthy Life Centres, a primary-care service intervention for behaviour change in Norway; Study design; Blom, Oldervoll et.al.	Studieprotokoll
Individuals at high risk for type 2 diabetes invited to a lifestyle program: characteristics of participants versus non-participants (the HUNT Study) and 24-month follow-up of participants (the VEND-RISK Study); Følling et.al.	Studieformål
Betydning av livsstil og risiko i forebygging av type 2 diabetes – en kvalitativ studie av eldre deltakere i en livsstilsintervensjon (VEND-RISK-studien); Følling et.al.	Duplikat
Participants and developers experiences with a chronic pain self-management intervention under development: A qualitative study; Frønning, Nøst, Rannestad, Bratås	Studieformål
Twelve-month effect of chronic pain self-management intervention delivered in an easily accessible primary healthcare service - a randomised controlled trial; Nøst, Steinbekk, Bratås, Grønning	Studieformål
Short-term effect of a chronic pain self-management intervention delivered by an easily accessible primary healthcare service: a randomised controlled trial; Nøst, Setinbekk, Bratås, Grønning	Studieformål
Expectations towards participation in easily accessible pain management interventions: a qualitative study; Nøst, Setinbekk, Bratås, Grønning	Studieformål
Expectations, effect and experiences of an easily accessible self-management intervention for people with chronic pain: study protocol for a randomised controlled trial with embedded qualitative study; Nøst, Setinbekk, Bratås, Grønning	Studieprotokoll
Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses; Samdal, Eide, Brath, Williams, meland	Meta-analyse
Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study; Samdal, Meland, Eide, Berntsen, Abildsnes, Stea, Mildestvedt	Studieformål

Artikler ekskludert etter gjennomlesning av abstrakt

Stakeholders' expectations of Healthy Life Centers: A focus group	Studieformål
---	--------------

study; Abildsnes, Meland, Samdal, Stea, Mildestvedt	
Livsstilsprogram for å forebygge diabetes type 2 i norsk primærhelsetjeneste-to års oppfølging av deltagere; følling et.al.	Duplikat
Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants; Følling et.al.	Studieformål
Exploring lifestyle and risk in preventing type 2 diabetes-a nested qualitative study of older participants in a lifestyle intervention program (VEND-RISK); Følling et.al.	Studieformål
Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived "wrong" lifestyle - a qualitative interview study; Salemonsens, Hansen, Førdal, Holm	Studieformål
Artikkel ekskludert etter gjennomlesning av full tekst	
Health-related quality of life and intensityspecific physical activity in high-risk adults attending a behavior change service within primary care; Blom, Aaland, Skorve, Solbraa, Oldervoll	Studieformål
