

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SO330S

Navn på kandidat: Christine M. Malmberg

I beste mening

En kvalitativ studie av frisklivssentralen

Dato: 15.11.2017

Totalt antall sider: 74

Sammendrag

Sykdommer knyttet til livsstil har de senere årene økt kraftig. Dette skjer paradoksalt nok samtidig med at folks kunnskap om trening, kosthold og helse øker. Livsstilssykdommer har blitt et erkjent samfunnsproblem og det er bred politisk enighet om å satse på helsefremmende og forebyggende arbeid. Frisklivssentralen er et resultat av den økte satsingen på helsefremmende og forebyggende arbeid og kan ses som en løsning på utfordringene knyttet til livsstil. Og det er fenomenet frisklivssentralen denne studien tar for seg. Frisklivssentralen er en kommunalt helsefremmende og forebyggende tjeneste som har blitt satt i verk for å hjelpe folk med å endre levevaner og mestre sykdom. Primært har disse fokus på økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og snus- og røykeslutt, men mange frisklivssentraler har tilbud også utover dette. Frisklivssentralen representerer en relativt ny måte å tenke på rundt helse der brukerne selv skal lære å ta ansvar for egen helseatferd. Tilnærmingen som brukes er helhetlig og legger vekt på å styrke den enkeltes fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring (Helsedirektoratet 2016). Formålet med denne undersøkelsen er å se nærmere på hvordan frisklivssentralen arbeider med livsstilsendringer. Den har også til hensikt å undersøke hvilken forståelse av helsebegrepet som ligger til grunn for dette arbeidet. Undersøkelsen er kvalitativ og baserer seg i all hovedsak på dybdeintervjuer av 9 ansatte ved seks forskjellige frisklivssentraler. I tillegg har offentlige dokumenter blitt lagt til grunn. Med dette som utgangspunkt vil begreper som helse, salutogenese, empowerment, governmentality, motmakt og strategisk ulydighet bli benyttet for å analysere fenomenet frisklivssentralen.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Tema og bakgrunn	1
1.2 Studiens formål og problemstilling	2
1.3 Helsepolitisk bakteppe	4
1.4 Oppgavens disposisjon	5
2. Teoretiske perspektiv	7
2.1 Helsebegrepet	8
2.2 En salutogen tilnærming til helse	10
2.3 Empowerment som tilnærming til helse	12
2.4 Helsefremmende arbeid som styringsstrategi	15
2.5 Helsearbeidere som aktører for motmakt?	17
2.6 Sammenfatning	19
3. Forskningsdesign og metode	21
3.1 Problemstilling og forskningsmetode	21
3.2 Valg av forskningsstrategi	22
3.3 Dybdeintervju som innsamlingsmetode	24
3.4 Utvalgsstrategi og rekruttering av informanter	25
3.5 Praktisk gjennomføring av intervjuer	27
3.6 Analytisk tilnærming	29
3.7 Etske refleksjoner	30
4. Empiri og analyse	32
4.1 Makt og motivasjon i helsefremmende og forebyggende arbeid	32
4.2 Helse- en individuell opplevelse og ressurs	32
4.3 Endring gjennom læring, motivasjon og mestring	36
4.4 Tilbud i vekst	43
4.5 Utfordringer med det helsefremmende og forebyggende arbeidet	50
5. Rekapitulering	56
5.1 Hvordan forstår de som jobber ved frisklivssentralen begrepet helse?	56
5.2 Hvordan arbeider frisklivssentralen for å endre folks livsstilsvaner?	57
5.3 Hvilke tilbud har de?	58
5.4 Handler alt de holder på med på frisklivssentralen om helse?	58

5.5 Hvilket sosiologisk perspektiv kan bidra til å forstå denne arbeidsformen?	59
6. Sammenfatning og konklusjon	63
Litteraturliste	65
Vedlegg 1	70
Vedlegg 2	72

”... du kan ikke tvinge en blomsterknopp til å springe ut,
du kan vanne den, og gjødsle den og passe på at den får det den trenger for å kunne springe ut
når den er klar for det.” (Siri- ansatt ved frisklivssentralen)

Forord

Med denne masteroppgaven avslutter jeg mitt masterstudium i samfunnsvitenskap med fordypning i sosiologi. En lang og utfordrende prosess er nå over!

Takk til dyktige og inspirerende professorer som gjør samfunnsvitenskap og sosiologi spennende. Takk for deres engasjement for faget og for tålmodigheten til å svare på uendelig mange spørsmål. Takk til medelever for livlige diskusjoner gjennom studiet, dette har vært lærerikt.

En stor takk til Berit Skorstad for veiledning, for at du har tatt deg tid og ikke har gitt meg opp underveis. Takk for oppmuntrende ord og ikke minst for gode tilbakemeldinger.

Takk til informantene for at dere har stilt opp, og for at dere har delt av deres erfaringer og kunnskap. Dere gjorde dette prosjektet mulig.

Takk mamma for at du er der og støtter meg.

Bodø, 15 november 2017

Christine Martinsen Malmberg

1. Innledning

1.1 Tema og bakgrunn

Samtidig med at kunnskapsnivået om trening, kosthold og helse øker blant befolkningen, øker paradoksalt nok også overvektsproblemer og andre sykdommer knyttet til livsstil (Stamsø 2010). De fleste av oss har et forhold til dette, enten ved at vi trener og spiser sunt selv eller bare har dårlig samvittighet fordi vi ikke gjør det. Helse og sykdom er noe som i stor grad påvirker det sosiale livet, så måten samfunnet møter utfordringer knyttet til dette er derfor interessant å se nærmere på. Det er slike undringer som danner utgangspunktet for denne studien.

I denne oppgaven ser jeg nærmere på frisklivssentralen som er en kommunal helsefremmende og forebyggende tjeneste. Frisklivssentralen er et kunnskapsbasert tilbud med hovedfokus på fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som allerede har utviklet sykdom og trenger oppfølging av helsepersonell til å endre levevaner og mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet 2016). Selv om frisklivssentralen er en ikke-lovpålagt tjeneste, er alle kommuner gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen. Helsedirektoratet (2016) anbefaler å organisere slike helsetjenester i frisklivssentraler. Tilnærmingen ved frisklivssentralen er helhetlig og tar utgangspunkt i dominerende kunnskap om hva som fremmer helse. Det innebærer å styrke det enkelte mennesket og påvirke omgivelsene som personen må forholde seg til (ibid). I tillegg handler det om å legge til rette for deltakelse i prosesser som utvikler ferdigheter, kunnskap og ressurser som setter enkeltmennesker i stand til å mestre egen livssituasjon, og til å ta valg som fremmer helsen (ibid).

Frisklivssentralen er et relativt nytt fenomen som har vokst frem for å møte de helseutfordringene vi står overfor i dag. Helseutfordringene handler i hovedsak om en sterkt økende forekomst av såkalte ikke-smittsomme sykdommer knyttet til helse og livsstil. På verdensbasis står ikke-smittsomme sykdommer for 40 millioner dødsfall hvert år. Dette tilsvarer 70% av alle dødsfall globalt (WHO 2017). Av disse står det som omtales som de fire hovedtypene av slike sykdommer; hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes for 80% av alle dødsfall knyttet til ikke-smittsomme sykdommer (ibid). Faktorer som rask uplanlagt urbanisering, globalisering av usunne livsstiler og en aldrende befolkning

er krefter som påvirker de ikke- smittsomme sykdommene. I tillegg er bruk av tobakk, fysisk inaktivitet, skadelig bruk av alkohol og et usunt kosthold risikofaktorer som øker sjansen for å dø av ikke- smittsom sykdom (ibid). I 2013 la Verdens helseorganisasjon frem en global handlingsplan for å redusere for tidlig død av ikke- smittsomme sykdommer med 25% innen 2025 (WHO 2013). Denne handlingsplanen ga Norge sin tilslutning til (Helsedirektoratet 2013).

Sykdomsbildet i Norge er i likhet med andre land preget av ikke- smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, lungesykdommer og kreft (Helsedirektoratet 2016). Det er de ikke- smittsomme sykdommene som tar flest liv, og i Norge sto disse for i underkant av 65% av alle dødsfallene i 2014 (ibid). I tillegg er muskel- og skjelettlidelser, psykiske plager, sosial isolasjon, ensomhet og mangel på sosial støtte, søvnevansker, overvekt og fedme sentrale utfordringer som kan medføre dårlig helse. Helsetilstanden i Norge er likevel relativt god sammenlignet med andre OECD land, med både høyere forventet levealder og lavere sykkelighet enn gjennomsnittet (ibid). Samtidig er helseutgiftene nesten dobbelt så mye per innbygger enn gjennomsnittet i OECD- landene (ibid). De er også godt over nivået i de andre nordiske landene (ibid). Helseutfordringene i Norge medfører både direkte og indirekte store helse- og velferdstap gjennom tap av leveår og livskvalitet, tap av arbeidskraft og store kostnader til helsebehandling (ibid). Samfunnsøkonomiske gevinster av tiltak som forebygger sykdom og fremmer sunne levevaner i befolkningen kan derfor være store.

1.2 Studiens formål og problemstilling

Helsefremmende og forebyggende arbeid er et felt som har økt raskt i omfang siden 1980-tallet. I flere land inkludert i Norge har ny lovgivning ført til både en dypere forankring av det helsefremmende og forebyggende arbeidet og til en større satsing på feltet. Frisklivssentralen er et resultat av økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, og et uttrykk for de senere årenes helsepolitikk (St. Meld. Nr. 47, 2008- 2009, Samhandlingsreformen, Meld. St. 16, 2010- 2011, Nasjonal helse og omsorgsplan 2011- 2015). Mens helsepolitikk generelt er helsefaglig praksis spesielt både med på å definere samfunn gjennom verdispørsmål og er praksiser som griper inn i menneskers liv. Dette er derfor et viktig felt å studere nærmere. Frisklivssentralen representerer i tillegg en relativt ny måte å tenke på rundt helse der

brukerne selv skal lære å ta ansvar for egen helseatferd. Tilnærmingen som brukes er helhetlig og den legger vekt på å styrke den enkeltes fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring (Helsedirektoratet 2016). Dette gjør frisklivssentralen også til et interessant fenomen å studere. Mens tidligere studier av frisklivssentralen i all hovedsak har fokusert på brukersiden og effekt på folkehelsen, er det til nå få studier som ser nærmere på helsebegrepet som ligger til grunn for denne praksisen. Det er heller ikke så vidt meg bekjent blitt gjort noen studier av frisklivssentralen med en sosiologisk innfallsvinkel. Det en sosiologisk tilnærming kan tilby er et kritisk analytisk perspektiv som kan være nyttig for å studere helsepolitiske praksiser.

Helsefremmende og forebyggende tiltak som frisklivssentralen er et felt i fremvekst, samtidig som forskningen på feltet er mangelfull. Dette styrker denne undersøkelsen relevans ved at den søker å utfylle eksisterende kunnskap om frisklivssentralen. For å avgrense studien har jeg valgt å se nærmere på hvilken forståelse av helsebegrepet som ligger til grunn for arbeidet ved frisklivssentralen. Jeg har også valgt å se hvordan dette uttrykker seg i praksis.

Problemstillingen for oppgaven er todelt og som følger:

Hvordan jobber frisklivssentralen med å endre folks livsstilsvaner, og hvilken forståelse av helsebegrepet ligger til grunn for dette arbeidet?

Denne er videre konkretisert i fem forskningsspørsmål:

- Hvordan forstår de som jobber ved frisklivssentralen begrepet helse?
- Hvordan arbeider frisklivssentralen med å endre folks livsstilsvaner?
- Hvilke tilbud har de?
- Handler alt de holder på med på frisklivssentralen om helse?
- Hvilket sosiologisk perspektiv kan bidra til å forstå denne arbeidsformen?

For å svare på problemstillingen har jeg intervjuet en gruppe ansatte ved frisklivssentralen, benyttet meg av offentlige dokumenter, og sett dette i lys av sosiologiske teorier.

Undersøkelsen baserer seg på dybdeintervjuer av 9 ansatte ved frisklivssentraler i 6 forskjellige kommuner. Oppgaven har videre en utforskende tilnærming til det helsefremmende og forebyggende arbeidet ved frisklivssentralen.

1.3 Helsepolitisk bakteppe

Internasjonalt får det helsefremmende og forebyggende arbeidet et godt grunnlag da Verdens helseorganisasjon vedtar Alma Ata- deklarasjonen i 1978. Deklarasjonen slår fast at tilgang til helsetjenester i lokalsamfunnet er den viktigste forutsetningen for å oppnå en tilfredsstillende helsetilstand (WHO 1978). I tillegg blir det erkjent et behov for tiltak i flere samfunnssektorer for å fremme helse (ibid). På den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada i 1986 blir det helsefremmende arbeidet ytterligere styrket gjennom Ottawa charteret. Ottawa charteret utgjør primærkilden for helsefremmende tenkning, og definerer helsefremmende arbeid (health promotion) som; the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health” (WHO 1986). I følge WHO skapes og utvikles helse i dagliglivet og omfatter følgelig alle livets aspekter (ibid). At folk selv aktivt deltar i prosessen med å skape helse for seg selv og andre er dermed en viktig forutsetning for helsefremmende tiltak. I tillegg understreker Ottawa charteret at helsefremmende arbeid må sees i sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer og med lokalsamfunnet rundt oss (Helsedirektoratet 2017).

I Norge blir et viktig fundament for det helsefremmende og forebyggende arbeidet lagt i rapporten ”Flere gode levekår for alle” (Helsedirektoratet 2014). Rapporten blir videre fulgt opp i Stortingsmelding 37 ”Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid” som påpeker en klar sammenheng mellom folks helse og det totale miljøet (St. Meld. Nr. 37, 1992-1993). Forebygging av psykososiale problemer, belastningslidelser og skader etter ulykker er spesielle innsatsområder som fremheves (St. Meld. Nr. 37, 1992-1993, jf. Innst. St. 118, 1993-1994). I den norsk offentlige utredningen ”Det er bruk for alle” som omhandler folkehelsearbeid i kommunene blir folkehelsearbeid definert som; ”samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen” (NOU 1998: 18: 4). Faktorer som styrker det enkelte individ og gruppers mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og egen situasjon trekkes frem som viktig (ibid). I forhold til ”livsstilssykdommene” hjerte- og karsykdommer, overvekt og type- 2 diabetes, kreft, kroniske lungesykdommer og beinskjørhet er det særlig innsats på områdene kosthold, begrensning av tobakksepidemien og mosjon som løftes frem (ibid). Stortingsmelding 16 ”Resept for et sunnere Norge” legger frem strategier for å forebygge mer og reparere mindre (St. Meld. Nr. 16, 2002- 2003). Samtidig erkjennes det at nye utviklingstrekk i samfunnet som

økt globalisering, et flerkulturelt samfunn og et krevende arbeidsliv gir nye helseutfordringer. Det er også her det politiske grunnlaget for frisklivssentralene blir lagt (ibid). Med Samhandlingsreformen blir dette ytterligere styrket, hvor målsettingen også er å bedre folkehelsen gjennom bedre helse- og omsorgstjenester (St. Meld. Nr. 47, 2008- 2009). Strategier for å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre legges frem (Helsedirektoratet 2017). Et viktig poeng er også det at folk skal få rett behandling på rett sted til rett tid, gjennom helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester som er tilpasset den enkelte bruker (ibid). Folk som ønsker det skal få tilbud om hjelp til å endre levevaner som kan føre til sykdom. For eksempel gjennom et frisklivstilbud som kan som hjelpe med å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken (ibid).

Med folkehelseloven som trådte i kraft i 2012 blir det helsefremmende og forebyggende arbeidet ytterligere styrket gjennom en egen lov. Folkehelselovens skal bidra til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Videre forplikter loven kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter til å fremme folkehelsen (Helsedirektoratet 2017). Folkehelseloven må sees i sammenheng med Helse- og omsorgstjenesteloven som pålegger kommunen å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Og Plan- og bygningsloven som er kommunens verktøy for en samlet og helhetlig samfunnsplanlegging (ibid). Frisklivssentralen er en av bidragsyterne i folkehelsearbeidet, og bidrar blant annet gjennom å ha en oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som kan påvirke denne. De iverksetter tiltak for å bedre befolkningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller. I tillegg bidrar frisklivssentralen ved å gi befolkningen veiledning, råd og informasjon om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (Helsedirektoratet 2016). I 2016 hadde 264 kommuner og bydeler etablert en frisklivssentral (ibid). Stadig flere kommuner velger å etablere en et slikt tilbud, og interessen for denne typen helsetjenester øker også internasjonalt (ibid).

1.4 Oppgavens disposisjon

I innledningen har jeg forsøkt å gi et innblikk i hva denne oppgaven skal handle om. Jeg har gjort rede for valg av tema og problemstilling og forskningsspørsmål er blitt presentert. I

kapittel 2 vil jeg redegjøre for de teoretiske perspektivene og begrepene jeg vil benytte meg av i analysen. Dette er teori om helse, salutogenese, empowerment, governmentality og tjenesteytere i offentlig sektor. Kapittel 3 tar for seg den metodiske fremgangsmåten i denne undersøkelsen. Her vil jeg gjøre rede for de vurderinger og refleksjonene som ligger bak de metodiske valgene som er tatt underveis. I kapittel 4 vil analyse av empirien som er samlet inn gjennom kvalitative intervjuer legges frem. Dette kapittelet er delt inn i fire deler med utgangspunkt i de fire første forskningsspørsmålene. Første del tar for seg helsebegrepet, hvordan informantene forstår og oppfatter helse. Andre del tar for seg praksisen og hvordan frisklivssentralen faktisk jobber. Den tredje delen omhandler tilbudene, mens den fjerde delen sier noe om utfordringene med det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I kapittel 5 vil jeg gi en oppsummering av analysen og besvare de fem forskningsspørsmålene. Mens en sammenfatning og konklusjon av oppgaven kommer i kapittel 7. I denne delen vil jeg besvare den overordnede problemstillingen.

2. Teoretiske perspektiv

I dette kapittelet som omhandler oppgavens teoretiske rammeverk vil jeg innlede med et skifte i helseperspektivet som skjedde rundt 1970- årene. Dette er tatt med fordi det danner en bakgrunn for hvordan vi tenker rundt helse i dag. Videre vil jeg ta for meg helsebegrepet som er sentralt i min tilnærming til frisklivssentralen. Helsebegrepet beskriver forskjellige måter å tenke på rundt helse som er nyttig for å belyse oppgavens empiriske funn. Etter dette vil jeg presentere en helsefremmende tilnærming til helse, der de to begrepene salutogenese og empowerment er sentrale. Mens Antonovsky sin salutogene modell for mestring fokuserer på helse som en ressurs, handler empowermentbegrepet i større grad om det å få kontroll og innflytelse over forhold som påvirker helsen. Begge disse begrepene er relevante i forhold til å forstå hvordan deltakerne i denne studien arbeider med livsstilsendringer. Deretter vil jeg sette fokus på den helsefremmende tilnærmingen som styringsstrategi med utgangspunkt i Michel Foucault sitt governmentality- begrep. Før jeg til slutt i kapittelet vil presentere Michael Lipsky sin teori om bakkebyråkratene som kan gjøre det mulig å se frisklivsarbeiderne som aktører for motmakt.

Tidligere var helse og sykdom et felt der medisinen nærmest hadde monopol på å definere hva som var sykt og friskt. Med økende helseutgifter økte imidlertid også kritikken. Thomas McKeown var en av de som stilte spørsmål ved medisinsens effektivitet. Basert på store demografiske studier fra England og Wales på 1800- tallet, hevdet han at den synkende dødelighetsraten i vestlige land i store trekk handlet om at man hadde fått kontroll over infeksjonssykdommer på grunn av bedre ernæring, endret reproduksjonsmønster og forbedret hygiene (hovedsakelig sosiale fenomener). Medisinske intervensjoner som vaksinasjon, behandling og kirurgi hadde kun en marginal effekt frem til midten av 1900- tallet (Nettleton 2013, McKeown 1962). Kritikerne av det medisinske hegemoniet bygde videre på kunnskap som dette, og en klassiker innen feltet er Ivan Illich's essay *Medical Nemesis* fra 1974. Her argumenterer Illich for at medisinen gjør mer skade enn godt ved at den heller enn å kurere og helbrede, isteden bidrar til mer sykdom gjennom blant annet bivirkninger av medisiner og negative effekter som følge av medisinske inngrep (Nettleton 2013, Illich 1974). Illich setter også fokus på at folk blir stadig mer "de- skilled" eller avhengig av såkalte medisinske eksperter. Og som en følge av dette blir den pleien man kan gi seg selv, familie og venner regnet som underlegen den som gis av profesjonelle helsearbeidere (ibid).

Peter Conrad representerer en nyere stemme av denne kritikken, og kritiserer blant annet medisinen fordi den ikke ser kroppen i en sosial og miljømessig sammenheng. Ifølge Conrad er medisinen opptatt av de biologiske forandringene som skjer i kroppen og undervurderer betydningen materielle og miljømessige forhold har for utvikling av sykdom (Nettleton 2013). Et eksempel på dette er medisinsens tilbøyelighet til genetiske årsaksforklaringer på sykdom og helse. Conrad bygger på René Dubos klassiker *Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change* fra 1959 når han hevder at dagens genetiske teorier, i likhet med "the germ theory"¹, hviler på antakelser fra en etiologisk doktrine der fokuset er på indre faktorer istedenfor ytre miljømessige og kroppen sees som en maskin (ibid). Ifølge Conrad er faren med å legge for stor vekt på indre årsaksforklaringer til sykdom, at man overser sosiale og miljømessige faktorer som har betydelig påvirkning på våre "livssjanser" (ibid). Dette støttes også av det faktum at helse og sykdom ikke slår ut tilfeldig, men isteden følger sosiale mønstre. Levealder, sykdomsmønster og folks "livssjanser" henger tydelig sammen med sosiale strukturer der både kjønn, sosial klasse, befolkningsgruppe og alder virker inn (Nettleton 2013, Elstad 2010). Som en følge av denne "kulturelle krisen i moderne medisin" begynte folkehelsereformatorene å argumentere for at ressursene burde flyttes fra kurative behandlinger over til forebyggende arbeid (Lupton 1997: 49- 50).

2.1 Helsebegrepet

Helse er et kulturelt betinget begrep og hva vi oppfatter som god helse kan variere mellom ulike befolkningsgrupper, kulturer og med historien (Lupton 1997, Gjernes 2004). Det finnes dermed ulike definisjoner av hva helse er og ulike tilnærminger til hvordan god helse kan oppnås. Mæland skiller mellom tre ulike oppfatninger av helse; helse som tilstand, helse som opplevelse og helse som ressurs (Mæland 2016). Helse forstått som tilstand viser til en biomedisinsk helsemodell, hvor helse defineres som fravær av sykdom. Dette er en negativ definisjon av helsebegrepet, hvor sykdom sees som et avvik fra normaltstanden. Sykdom og helse forstås videre som motpoler (ibid). Moderne vestlig medisin tar utgangspunkt i en biomedisinsk helsemodell, som hviler på en antakelse av å være basert på objektiv vitenskap hvor empirisk observasjon og induksjon er involvert (Nettleton 2013). Videre beskrives denne helsemodellen ofte som reduksjonistisk, fordi den reduserer sykdommer til tilstander i stadig

1. Ifølge "the germ theory" er bakterier og mikroorganismer årsaken til sykdommer.

mindre kroppsdelar eller til begrensede biologiske prosesser (Gjernes 2004). Spesialiseringen og kunnskapsutviklingen innen dette feltet fører til at bare medisinske kvalifiserte makter å følge med. På den måten blir ekspertkunnskapen utilgjengelig for folk flest, som selv ikke er eksperter innen dette kunnskapssystemet. Dette bidrar til en profesjonalisering av medisinen, og helsebegrepet og dets innhold blir dermed dominert av profesjonene. Ekspertene blir de som vet hva som er best for den biologiske kroppen og hvilke valg som er de sunne og de vi bør ta. Den biomedisinske helsemodellen er derfor en ekspertstyrt helsemodell (ibid).

Deborah Lupton er en av dem som argumentere for at helse ikke kan forstås kun gjennom tilstedeværelse eller fravær av sykdom. Hun hevder at helse isteden må forstås som et moralsk imperativ nært knyttet til sosiale og kulturelle normer som uttrykkes gjennom offentlig politikk (Lupton 1997). Hvordan vi forstår og definerer helse har slik sett en praktisk betydning for hvordan vi handler og organiserer virksomheter knyttet til helse. Ifølge Lupton er det Verdens helseorganisasjons sin definisjon av helse som blir mest brukt i offentlige dokumenter, helseopplysning og helsefremmende tiltak (Lupton 1997, Gjernes 2004). I 1946 utvidet Verdens helseorganisasjon den biomedisinske helsemodellen og introduserte en holistisk idealmodell for helse (Gjernes 2004). Den holistiske helsemodellen slår fast at helse er noe mer enn fravær av sykdom og svakhet og definerer helse som; ”a state of complete physical, mental and social well- being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO 1946). Verdens helseorganisasjon sin definisjon om ”fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende” legger vekt på et fysisk og mentalt overskudd, en opplevelse av velvære og harmoni, gode relasjoner til andre og at man får brukt seg selv (Mæland 2016). Det er en positiv måte å forstå helse på og ligger nær det som omtales som livskvalitet (ibid). Den holistiske måten å forstå helse på omfatter dermed en forståelse av helse som opplevelse. Helsebegrepet som Verdens helseorganisasjon benytter seg av blir imidlertid ofte kritisert for å være alt for omfattende og for å blande helse og velvære (Gjernes 2004).

Verdens helseorganisasjon har også brukt en mer dempet definisjon av helse der helse beskrives som; ”evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktiv liv” (Mæland 2016: 26). Formuleringen har likheter med en definisjon som ble lansert av den norske legen Peter F. Hjort; ”Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav” (ibid). Helse sees slik som en evne til å fungere eller mestre, og tar med i betraktningen de varierende livsbetingelsene som mennesker utsettes for. Forstått på denne måten blir helse en ressurs som styrker mennesker slik at de kan fungere, og som gir motstandskraft til å stå imot de påkjenningene

som man utsettes for gjennom livet (ibid). Til grunn for den helsefremmende ideologien ligger det et vidt helsebegrep hvor helse forstås som velbefinnende eller livskvalitet. Men i følge Ottawa charteret (1986) betraktes helse også som en ressurs i hverdagslivet. Helse er slik sett et positivt begrep som legger vekt på sosiale og personlige ressurser i tillegg til fysisk yteevne (Mæland 2016). En tilsvarende forståelse av helse som en ressurs ligger til grunn for den norske folkehelsemeldingen ”God helse- felles ansvar” (St. Meld. Nr. 34, 2012- 2013). Her beskrives god helse som; ”en ressurs og forutsetning for andre mål, som for eksempel et produktivt arbeidsliv, effektiv læring og overskudd til å bidra i frivillig arbeid” (St. Meld. Nr. 34, 2012- 2013: 13). Helsefremmende arbeid strekker seg dermed utover helsetjenestens ansvar og område.

Begrepet helse står sentralt i denne studien. Det er derfor relevant å ha et rammeverk for å kunne fortolke frisklivsarbeidernes forståelse av helse.

2.2 En salutogen tilnærming til helse

Frisklivssentralens arbeid tar utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv som er nært knyttet til begrepet salutogenese- læren om hva som skaper god helse (Antonovsky 2014: 16). Det salutogene perspektivet på helse ble introdusert av Antonovsky i boken *Health, Stress and Coping* fra 1979, som et alternativ til det tradisjonelle medisinske sykdomsperspektivet (Antonovsky 2014). Med sitt salutogenese- begrep ønsket Antonovsky istedenfor å fokusere på sykdomsfremkallende forhold (patogenese), heller å flytte fokuset over til mestring og det som fremmer helse (salutogenese). Antonovsky avviser videre den dikotome klassifiseringen av mennesker som enten friske eller syke og plasserer dem heller på et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse. På denne måten unngår man et ensidig fokus på en bestemt sykdoms etiologi (årsaksforklaringer), og kan isteden fokusere på faktorer som bidrar til å skape bevegelse på kontinuumet i retning av helseenden (ibid). Et viktig poeng i den salutogene modellen er at helse sees som en ressurs, som kan både bygges opp og brytes ned gjennom livsløpet (Mæland 2016). Den salutogene tilnærmingen handler dermed om å finne hvilke faktorer som underbygger og opprettholder helse, trivsel og velvære (Antonovsky 2014). Begrepet salutogenese har med dette likheter både med helsefremmende tenkning og

empowerment- tilnærmingen gjennom å ha fokus på det som fremmer helse. I alle disse tilnærmingene er også sentrale elementer som mestring, ressurser, psykososiale faktorer, likeverdighet, medbestemmelse og det ”å ha kontroll eller styring over eget liv” grunnleggende.

Det særlig to begreper som er sentrale i Antonovsky sin salutogene teori; ”general resistance resources” (GRR) som på norsk er oversatt til ”generelle mestringsressurser”, og ”sense of coherence” (SOC) som på norsk er oversatt til ”opplevelse av sammenheng”. Antonovsky hevder at evnen til å takle stressende livssituasjoner i stor grad henger sammen med en opplevelse av sammenheng. Og personer som har en sterk opplevelse av sammenheng vil ifølge Antonovsky besitte generelle mestringsressurser som inkluderer både materielle, psykososiale og biologiske ressurser. Disse ressursene bidrar videre til at mennesker opplever livene sine som konsistente, strukturerte og forståelige, og vil dermed også kunne hjelpe mennesker å bevege seg i retning av helseenden (ibid). Eksempler på generelle mestringsressurser kan være et positivt selvbilde, trygg identitet, sosialt nettverk og tilhørighet, god økonomi og kulturell stabilitet. Felles for alle generelle mestringsressurser er likevel det at de gjør det mulig å sette stressfaktorer inn i en meningsfull sammenheng (ibid). Det er opplevelse av sammenheng som ifølge Antonovsky er avgjørende for om mennesker opplever livet sitt som forutsigbar, håndterbart og forståelig. Og opplevelse av sammenheng definerer Antonovsky som;

”en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i” (Antonovsky 2014: 41).

Antonovsky beskriver opplevelse av sammenheng som en grunnholdning eller livsorientering som kommer til uttrykk på alle livets områder. Grunnlaget for denne holdningen legges i barne- og ungdomsårene, men den formes også i voksen alder. Videre består begrepet opplevelse av sammenheng av tre hovedelementer; begripelighet, håndterbarhet og

meningsfullhet. Begripelighet er den kognitive komponenten og handler om evnen til å ta til seg, tolke og bearbeide informasjon. Med en høy grad av begripelighet forventer man at verden er forutsigbar eller at den i det minste kan settes inn i en forståelig sammenheng. Håndterbarhet handler om; ”at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt overfor av stimuliene man bombarderes med” (Antonovsky 2014: 40). Begrepet meningsfullhet er motivasjonselementet og handler om i hvilken grad livet oppleves som forståelig rent følelsesmessig og noe det er verdt å engasjere seg i og bruke krefter på. Og med en høy grad av meningsfullhet er man ifølge Antonovsky villig til å ta utfordringer og forsøke å finne en mening for å komme seg gjennom dem (ibid). Om det vil være verdt å engasjere seg i for eksempel en helsefremmende atferd (jf. meningsfullhet), vil avhenge av den enkeltes evner å forstå situasjonen (jf. begripelighet) og de ressursene personen har (jf. generelle motstandsressurser) til å møte utfordringer (jf. håndterbarhet) i dagliglivet (Antonovsky 1987 referert av Førland 2014).

Det salutogene perspektivet på helse er nyttig i denne studien for å belyse hvordan frisklivsarbeiderne forstår helse. Det vil også kunne gi en bedre forståelse av hvordan frisklivssentralen arbeider med livsstilsendringer.

2.3 Empowerment som tilnærming til helse

Begrepet empowerment er et lite entydig begrep som blir tolket og forstått av ulike aktører på forskjellige måter. Det kan handle om individuelle eller kollektive prosesser og forstås både som en prosess i seg selv og som et resultat. På norsk er empowerment blitt forsøkt oversatt med for eksempel myndiggjøring, styrking eller det å få større kontroll over. Ingen av disse begrepene er imidlertid helt dekkende og jeg vil derfor benytte meg av det engelske begrepet empowerment i denne oppgaven. Ifølge Askheim er empowermentbegrepet et treleddet begrep som består av både *styrke*, *kraft* og *makt* (Askheim 2012). Videre knyttes empowerment til personer eller grupper som har vært eller er i en avmaktssituasjon og til hvordan de kan komme seg ut av denne avmakten (Askheim 2016). Utgangspunktet er altså å *styrke* de avmektige slik at de får for eksempel økt selvtilit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter (ibid). For så gjennom en slik styrking å mobilisere *kraft* til å komme seg ut av

avmaktssituasjonen og motarbeide det som holder dem nede (Askheim 2012). Dette skal igjen føre til mer *makt, kontroll og styring over eget liv* (ibid). For helsepersonale som jobber med forebyggende arbeid vil en slik tolkning av empowermentbegrepet innebære å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon. Både når det gjelder å hjelpe i en akutt situasjon, og når det gjelder å fremme helse og velbefinnende på lang sikt (ibid). I tillegg understreker empowermentbegrepet også ”betydningen av å betrakte mennesker som aktører som selv vet hvor skoen trykker” (Askheim 2012: 16). Empowerment må dermed også forstås som noe relasjonelt. I denne oppgaven er det en slik forståelse av empowermentbegrepet jeg støtter meg til, hvor det handler om å styrke en person eller gruppes egne ressurser og at dette er noe som skjer i samspill med andre.

Opprinnelsen til begrepet empowerment knyttes ofte til frigjøringsbevegelser som feministbevegelser og menneskerettighetsbevegelser på 1970- tallet. Men også forskjellige former for selvhjelpsorganisering har vært viktige inspirasjonskilder til empowerment-tenkningen (Starrin 1997; Slettebø 2000 referert i Askheim 2012). En av de tydeligste inspiratorene innenfor empowerment- tradisjonen er likevel den brasilianske pedagogen Paulo Freire med sin frigjørende pedagogikk (Askheim 2016). Freire utviklet utdanningsmetoden ”de undertryktes pedagogikk” som tar utgangspunkt i at mennesker kan handle og forandre sin tilværelse gjennom kritisk refleksjon og bevisstgjøring. Et hovedpoeng hos Freire er at de undertrykte på en og samme tid er undertrykt og sin egen undertrykker fordi de har internalisert undertrykkerens bevissthet og forståelse (Askheim 2016: 21- 22). Dermed er det bare når de undertrykte oppdager at de selv er ”verter” for undertrykkeren, at en frigjøringsprosess kan starte (ibid). De undertrykte må altså først bli klar over hvordan undertrykkingen egentlig arter seg for at de skal kunne føre kampen for frigjøring (ibid). Og frigjøringen kan skje gjennom det Freire kaller praxis: ”menneskers handling og tenkning stillet overfor sin tilværelse i den hensikt å forandre den” (Freire 1974: 54). Gjennom en bevisstgjøring er tanken at det skal skapes en forståelse hos de undertrykte om at de må kjempe for sin egen frigjøring (Askheim 2016). Men bevisstgjøringen må ta utgangspunkt i kjente situasjoner fra dagliglivet hvor de undertrykte er ”begravet” (Askheim 2016: 22). For det er først ved å gå ut fra de situasjonene som bestemmer den undertryktes virkelighetsoppfatning at de kan begynne ”å bevege seg” og få en bevissthet om ”uprøvde muligheter” (Askheim 2016: 22-23).

Ifølge Freire er frigjøringen en aktiv prosess i møte med andre hvor man gjenvinner sitt menneskeverd. Han understreker dette med at: ”Frigjøringen av de undertrykte er frigjøringen av mennesker, ikke av ting. Det betyr at ingen kan frigjøre seg ved egne krefter alene, men man kan heller ikke frigjøres av andre” (Freire 1974: 42). Dialogen er helt sentral i dette, og Freire beskriver ordet som selve dialogens essens. Ordet består av dimensjonene refleksjon og handling som er i et grunnleggende samspill. Freire hevder videre at refleksjon uten handling er verbalisme eller tomme ord, mens handling uten refleksjon er ren aktivisme (Freire 1974: 62). Og det er kun sanne ord som kan forandre verden. Freires ide om at undertrykte grupper kan styrkes gjennom kritisk refleksjon og bevisstgjøring er sentralt i empowermenttenkningen. Dette er også et sentralt utgangspunkt for frisklivssentralens arbeid.

Det som særlig har gitt empowermentbegrepet tyngde er likevel at Verdens helseorganisasjon løftet det frem i Ottawa charteret (1986) som et av de veiledende prinsippene for helsefremmende arbeid. Og Verdens helseorganisasjon definerer empowerment i det helsefremmende arbeidet som; ”A process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health” (WHO 1998). Definisjonen omfatter flere nivåer, hvor helse ses i en kontekstuell sammenheng. Ifølge Wallerstein må empowermentprosesser omfatte flere nivåer som; psykologisknivå, organisatorisknivå og samfunnsnivå. Hun hevder videre at; ”de mest effektive empowermentstrategiene er de som bygger på og styrker ekte deltakelse og som sikrer autonomi i beslutningsprosesser, en følelse av fellesskap og tilknytning til lokalsamfunnet og psykologisk empowerment av samfunnsmedlemmene selv” (Wallerstein 2006: 5, egen oversettelse). Med dette understreker hun dermed empowermenttilnærmingens vekt på likeverdige samarbeidsrelasjoner, aktiv deltakelse og en ”bottom- up” tilnærming. Ifølge Wallerstein er det også viktig å huske at; ”empowerment is a complex strategy that sits within complex environments” (Wallerstein 2006: 15). Hvis empowermenttiltak skal ha effekt kan de derfor ikke standardiseres, men må isteden skapes i og tilpasses den enkelte lokale kontekst (ibid).

Empowerment er sentralt begrep i denne studien for å forstå hvordan frisklivssentralen arbeider med livsstilsendringer.

2.4 Helsefremmende arbeid som styringsstrategi

Governmentality ble utviklet av Michel Foucault i et forsøk på å forstå hva som er spesifikt med det moderne samfunnets maktutøvelse. I motsetning til tradisjonelle samfunn der makt var noe repressivt som ble utøvet over individet utenfra, ser Foucault makt i moderne og liberale samfunn som en produktiv prosess hvor individer selv deltar i sin egen styring. Makt utøves altså i individet av individet (Allan 2013). Ifølge Foucault er ikke makt noe en person kan eie eller ha, men det er isteden noe som er del av en hver relasjon (ibid). Det er som han hevder noe allestedsværende; ”Makten er overalt. Dette skyldes ikke at den omfatter alt, det skyldes at den kommer alle steder fra” (Foucault 1999: 104). Ifølge Foucault er makt noe som utøves på mange forskjellige måter, og på mange måter som vi er uvitende om. Det er altså en skjult form for makt som utspiller seg i dagliglivet.

Et grunnleggende poeng er også hvordan makt utøves gjennom de epistemer (underliggende sannheter) og diskurser (tankemønstre) som finnes i den rådende kunnskap. Foucault hevder at det i alle kulturer eksistere underliggende sannheter som styrer hvordan vi snakker, hva vi oppfatter som interessant og relevant, hvilke verdier vi har og våre praksiser. De trenger ikke å være bevisst, men de ligger under og styrer hvordan vi tenker og organiserer våre tanker om verden på. Det er disse underliggende sannhetene Foucault kaller epistemer. Det er altså et sett med etablerte kulturelle koder som bevisst eller ubevisst styrer hvordan vi tenker og organiserer våre tanker om verden på i en bestemt historisk epoke. Epistemene ligger under og styrer våre diskurser. Og diskurs er en institusjonalisert måte å tenke og snakke på (Allan 2013). Diskursen setter grenser for hva vi kan si, men også for hvordan vi kan snakke om noe. Ved å sette slike grenser avgrensede diskursene aktørene på et felt, relasjonene de har til hverandre og seg selv. Slik er diskurser dermed en utøvelse av makt (ibid). I Foucault sin maktteori er det diskursene som; ”konstruerer, definerer og produserer målsettingene for kunnskap på en intelligent måte samtidig som de ekskluderer annen form for argumentasjon som uintelligent” (Barker 2008: 90 referert av Allan 2013: 209). Når en diskurs fester seg vil den altså styre den videre kunnskapsutviklingen på et felt, og det etableres sannhetsregimer der visse virkelighetsforståelser oppfattes som selvinnlysende sannheter (Askheim 2016). På denne måten virker makten også disiplinerende ved at den definerer rammene for hva som blir sett på som sunt eller usunt, normalt eller avvikende. Samfunnsvitenskapene og medisinen fremstår som spesielt betydningsfulle i en slik sammenheng, og Askheim beskriver det slik:

”Den produktive maktutøvelsen handler om å bringe individet i retning av en norm eller standard for normalitet slik det defineres i de rådende ”sannhetsregimene” eller diskursene i de moderne human- og samfunnsvitenskapene. Ved å få folk til å bruke disse som ramme for virkeligheten og seg selv, vil en kunne påvirke folks tenkning, holdninger og handlinger” (Askheim 2016: 86- 87).

De vitenskapelige disiplinene er nært knyttet til praksiser for styring, forvaltning, kontroll og disiplinering av mennesker (ibid). Og et typisk trekk er at kunnskap utvinnes i asymmetriske forhold der ”den andre” er objekt for diskursene og beskrives av ekspertene. Det er ofte ”den andre” som er avvikerer dannet ut fra ekspertenes kunnskaper og sannheter om det normale (Foucault 1980, referert av Askheim 2016: 87). Profesjonene blir en særlig viktig maktfaktor i en slik styringsform ved at de utgjør et bindeledd mellom staten og den spesialiserte bruken av kunnskap i samfunnet. Ifølge Foucault er profesjonene de sentrale utøverne av det han kaller biomakt² og søker å styre befolkningen i retning av sannhet, livskvalitet og sikkerhet ut fra en intensjon om å skape nyttige og produktive samfunnsmedlemmer (Askheim 2016: 87). Profesjonene og profesjonell kunnskap har en sentral rolle i å få frem den kunnskapen som legger grunnlag for styring av befolkningen eller bestemte grupper, og gjennom at det er de som setter i gang og bistår i selvstyringsprosessene (ibid). For å utføre dette arbeidet bruker profesjonene ulike maktteknologier diverse metoder og prosedyrer som ”søker å styre individets atferd og underkaste det bestemte mål og former for disiplinering og kontroll” (Askheim 2016: 87). Selvteknologier er særlig viktig i denne sammenhengen og handler om hvordan individer selv gjør seg til gjenstand for egen styring. Til dette tar individet i bruk den samfunnsskapt kunnskapen for å forstå og definere seg selv, og den blir utgangspunktet for individets identitetsdannelse og selvforståelse (ibid). Det er denne prosessen Foucault beskriver med begrepet *governmentality*, der styringen primært rettes mot individets selvstyring. Makten som profesjonene får karakteriserer Foucault som en ny prestemakt eller pastoral makt (Dean 2006, referert av Askheim 2016: 88). Og de moderne vitenskapene viderefører på denne måten religionens moraliserende prosjekter (Askheim 2016: 88). Tidligere skilte moralen mellom godt og ondt, rent og syndig, mens det nå videreføres

2. Biomakt er den makten staten utøver over befolkningen for å regulere reproduksjon, sikre fysisk helse gjennom ernæring og hygiene, unngå epidemier, korrigere atferdsmessige avvik, kurere somatiske og psykiske lidelser, sørge for at barn oppdras, utdannes og så videre. Biomakt kan dermed defineres som; ”den moderne stats regulering av den befolkningen som befinner seg på dens territorium” (Aakvaag 2010: 318).

gjennom vitenskapes nye skiller mellom sunt og patologisk, normalt og avvikende (ibid). ”Pastoralmakten utøves ikke gjennom repressiv kontroll, men gjennom rettledning, veiledning og omsorg” (Holmes 2002, referert av Askheim 2016: 88). Fagpersonene får dermed gjennom sin kunnskap og posisjon en viktig rolle som vennlig rådgiver for de avmektige. ”Deres oppgave blir å gi klienten den nødvendige viten som setter han/henne i stand til å treffe ”selvstendige”, men samtidig riktige, gode og sunne valg” (Askheim 2016: 88).

I denne studien utgjør governmentality perspektivet en viktig del av det teoretiske rammeverket.

2.5 Helsearbeidere som aktører for motmakt?

Som offentlig ansatt helsearbeidere vil arbeidet innebære bindinger og forpliktelser i forhold til de myndighetene som ansatte dem (Askheim 2016). Rønning (2012) påpeker at det offentlige sosiale arbeidet nettopp kjennetegnes av denne spenningen mellom hjelp og kontroll (Askheim 2016). Offentlig ansatt helsearbeidere innehar slik sett doble roller som både hjelpere og kontrollører, og befinner seg slik som Lipsky (2010) har påpekt i spenningsfeltet mellom tjenestebrukerne og den øvrige forvaltningen (Askheim 2016). Ifølge Askheim skal tjenesteyterne både hjelpe brukerne til selvstendighet og samtidig inneha en kontrollfunksjon. Og det kan slik sett; ”bli vanskelig om ikke umulig, å la klienten få styringen, bortsett fra innenfor noen trygge, opptrukne rammer (Askheim 2016: 178).

Boken Street- Level Bureaucracy som Lipsky ga ut i 1980 handler om den rollen tjenesteyterne i offentlig sektor spiller i den praktiske politikktutforming. Den tradisjonelle oppfatningen av hvordan den offentlige politikken utformes er at den vedtas av politiske organer og iverksettes av forvaltning og faglige organer. Det Lipsky søker å vise med utgangspunkt i beskrivelser av arbeidshverdagen til lærere, sosialarbeidere, politi, helsearbeidere og lignende, er at det er disse tjenesteyterne som han kaller bakkebyråkrater, med betydelig rom for skjønnsmessig utøving, som i stor grad utformer den praktiske politikken (Lipsky 2010: 13- 23). Denne skjønnsutøvingen skjer imidlertid ikke i et tomrom, og ifølge Lipsky heller ikke alltid ut fra ideelle faglige vurderinger. Tvert imot er handlingsbetingelsene isteden ofte preget av krysspress og dilemmaer som legger sterke

føringer for deres frie skjønn. Og det er særlig fem forhold som ifølge Lipsky karakteriserer bakkebyråkratenes handlingsvilkår:

- At ressursene er konstant utilstrekkelige i forhold til behovet for å kunne utrette det som forventes
- At etterspørselen etter tjenestene øker proporsjonalt med tilbudet
- At målene for de tjenesteområder hvor de er ansatt er for ambisiøse, vage og ofte i konflikt
- At resultatene av arbeidet oftest er svært vanskelig, om ikke umulig å måle
- At kontakten med bakkebyråkratene er ufrivillig fra klientens side

Disse forholdene henger selvsagt sammen i større eller mindre grad (Lipsky 2010: 27-28). At ressursene er konstant utilstrekkelige henger sammen med at etterspørselen øker så snart det er noe å hente ut, men også fordi målene både er svært ambisiøse eller idealistiske og samtidig vage og ofte motstridende. At målene er vage og delvis motstridende gjør videre at resultatene er vanskelige å måle. For bakkebyråkratene vil dette til sammen, ofte etter en fase av ungdommelig entusiasme og pågangsmot, skape en situasjon preget av frustrasjon og motløshet på grunn av utilstrekkelighet og manglende måloppnåelse.

Lipsky hevder videre at relasjonen til brukerne ikke er frivillig fra brukernes side. Dette er åpenbart når det gjelder politiet, men kanskje litt mindre tydelig når det gjelder andre brukerrelasjoner. Selv om en bruker frivillig oppsøker for eksempel en kommunal helsetjeneste, er ifølge Lipsky selve årsaken til at relasjonen kommer i stand i utgangspunktet i de fleste tilfeller ufrivillig (Lipsky 2010: 54). Videre trekker Lipsky frem at brukerne av disse tjenestene sjelden har andre alternativer. I de fleste tilfeller har organisasjonen de henvender seg til monopol på de tjenestene de yter. Der organisasjonen ikke har monopol på tjenesten er gjerne det private alternativet så kostbart at det for mange likevel ikke er en reell mulighet. Konsekvensen av dette er at brukeren står uten makt til å sanksjonere eller disiplinere bakkebyråkraten. Om en bruker takker nei til eller velger bort den tjenesten som tilbys så har dette ingen effekt på bakkebyråkratiet, som ofte heller honoreres enn kritiseres når antallet brukere reduseres (Lipsky 2010: 55).

Den frustrasjon og opplevelse av utilstrekkelighet som skapes av bakkebyråkratiets øvrige handlingsbestemmelser vil ifølge Lipsky, utløse et behov for beskyttelsesstrategier og

tilpasninger for å gjøre arbeidssituasjonen håndterbar. Ett av Lipskys poenger er også at slike tilpasninger kan og ofte vil gjøres uten hensyn til brukerne. I stedet for å la seg disiplinere av brukerne, vil mange slike tilpasninger heller handle om en disiplinering av brukerne. Det handler om rasjonering og begrensninger for å demme opp for etterspørselen, om forfordeling og diskriminering ved at noen forbigås til fordel for andre, redefinering for å håndtere urealistiske mål, samt rutinisering og standardisering siden resultater likevel ikke lar seg måle (Lipsky 2010: 81- 86).

Askheim og Starrin (2007) benytter begrepet ”strategisk ulydighet”³ i forhold til fagpersonenes muligheter og handlingsrom, på samme tid som det tas hensyn til rammene rollen som bakkebyråkrat praktiseres innenfor (Askheim 2016). Empowerment ut fra et slikt perspektiv vil dermed forutsette ulydighet i forhold til eksisterende strukturer og praksiser som undertrykker og som skaper eller opprettholder avmakt (ibid). Ifølge Askheim er det når fagpersonene møter slike hindringer at spørsmålet om ulydighet aktualiseres. Skal fagutøveren handle slik de mener er best for klienten, eller skal de være lojale mot de forvaltningsmessige, politiske og økonomiske rammer som gjelder? (ibid). I et empowerment-rettet arbeid med en motmaktsprofil kan derfor en viktig del innebære samarbeid med brukergrupper og organisasjoner, eller lokale grasrotaksjoner og initiativ (ibid). Dette er også utgangspunktet for samfunnsarbeidet innenfor folkehelsearbeidet. Samfunnsarbeideren skal; ”medvirke til å bygge fruktbare fellesskap mellom dem det gjelder for å identifisere utfordringer, mobilisere ressurser og iverksette tiltak (Henriksbø og Sudmann 2011 referert i Askheim 2016: 182- 183).

2.6 Sammenfatning

I dette kapittelet har jeg gått gjennom teori som kan belyse hvordan frisklivssentralen jobber med å endre folks livsstilsvaner, og hvilken forståelse av helsebegrepet som ligger til grunn for dette arbeidet. Begreper som helse, salutogenese, empowerment, governmentality og motmakt har stått sentralt i denne gjennomgangen av teori, siden de bidrar med nyttige perspektiver for å forstå denne arbeidsformen. I analysedelen vil jeg søke svar på min

3. Begrepet har de imidlertid lånt fra den svenske forskeren Maria Modig (1984), som bruker det for å snakke om ”den nödvändiga olydnaden” (Askheim 2016: 182).

problemstilling gjennom å kombinere den presenterte teori med undersøkelsens empiriske funn. Jeg vil først belyse hvordan frisklivsarbeiderne forstår begrepet helse ved bruk av de ulike helsemodellene; biomedisinsk helsemodell, holistisk helsemodell og helse som ressurs. Helse som ressurs overlappes imidlertid av Antonovsky sin salutogene modell for helse, som gir en dypere forståelse av denne måten fortolke helse på. Etter dette vil jeg ta for meg hvordan frisklivssentralen jobber med livsstilsendringer gjennom en "bottom- up" tilnærming med hjelp av teori om empowerment. Jeg vil også undersøke om denne arbeidsformen kan forstås i et "top- down" perspektiv med hjelp av Foucault sitt governmentality- begrep. I tillegg vil jeg undersøke om Lipsky sin teori om tjenesteytere i offentlig sektor kan benyttes for å forstå frisklivssentralens arbeidsform.

For å kunne belyse hvordan frisklivssentralen arbeider med livsstilsendringer og hvilken helseforståelse de legger til grunn for dette arbeidet, har jeg funnet det nyttig å benytte meg av flere ulike teorier. På mange måter representerer disse teoriene tilsynelatende forskjellige perspektiv, men de har også likhetstrekk. Alle teoriene handler om former for makt og motmakt, og kan dermed passe innenfor samme "paradigme".

3. Forskningsdesign og metode

Metodologiske overveielser og refleksjoner rundt valg av metode har vært en sentral del av arbeidet med denne oppgaven. Og i dette kapittelet vil jeg redegjøre for den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn. Denne undersøkelsen baserer seg på kvalitativ metode. Jeg har gjennomført 9 semistrukturerte dybdeintervjuer av kvinner og menn fra 27- 51 år, som er ansatt ved frisklivssentralen. Datamaterialet ble samlet inn gjennom en periode på fire måneder fra mai 2016 til august 2016. Det er dette som i all hovedsak danner grunnlag for oppgaven. I tillegg har jeg benyttet meg av offentlige tilgjengelige dokumenter for å belyse oppgavens tema. Jeg har valgt å starte metodekapittelet med å redegjøre for valg av kvalitativ metode og de grunnleggende antakelsene denne metoden hviler på. Videre vil jeg presentere den abduktive forskningsstrategien og hvorfor jeg har valgt å benytte meg av denne. Deretter vil jeg ta for meg valg av metode for innsamling av materiale, utvalgsstrategi og rekruttering av informanter og praktisk gjennomføring av intervjuer. Til slutt i kapittelet vil jeg redegjøre for oppgavens analytiske tilnærming og etiske utfordringer jeg har møtt på underveis.

3.1 Problemstilling og forskningsmetode

Denne oppgaven handler om frisklivssentralen og om begrepet helse. Problemstillingen er utgangspunktet for undersøkelsen og den ble stående uendret gjennom hele prosessen.

Opgavens problemstilling er som tidligere nevnt todelt og som følger;

Hvordan jobber frisklivssentralen med å endre folks livsstilsvaner, og hvilken forståelse av helsebegrepet ligger til grunn for dette arbeidet?

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å få større innsikt i hvordan frisklivssentralen arbeider med livsstilsendringer. Jeg har også ønsket å belyse helsebegrepet gjennom den forståelsen informantene legger til grunn for refleksjoner og praksis. Det er et område det er forsket lite på, noe som gjør en eksplorerende tilnærming hensiktsmessig. For å utforske frisklivssentralen å få frem flest mulig nyanser er det derfor nødvendig å gå i dybden. Og det er dette som kjennetegner en kvalitativ forskningsmetode; at en forsker går i dybden på et begrenset felt (Nilssen 2012). Kvalitativ forskning nærmer seg verden for å forstå, beskrive og forklare sosiale fenomener fra innsiden, fra forskningsdeltakernes perspektiv (ibid). Bruk

av kvalitativ metode vektlegger dermed en åpen interaksjon mellom forsker og informant heller enn avstand til respondenter, data genereres i form av tekst heller enn tall, og en abduktiv, eksplorerende og empiridrevet fremgangsmåte legges til grunn (Tjora 2012). I tillegg er fokuset ofte på informantenes opplevelser, meningsdanning og på hva slags konsekvenser meninger har (ibid). For å best kunne fange opp frisklivsarbeidernes forståelse, meningsdanning, refleksjoner og praksis finner jeg det hensiktsmessig å benytte meg av en kvalitativ metode. Det er derfor en kvalitativ tilnærming som ligger til grunn for denne oppgaven.

Den kvalitative forskningsmetoden knyttes opp mot et fortolkende eller hermeneutisk paradigme, og ifølge den hermeneutiske fortolkningslæren er forståelse et fundamentalt trekk ved menneskets eksistens. Forståelse er videre en fortolkning mennesker gjør på grunnlag av visse forutsetninger. En grunntanke i hermeneutikken er at hvert menneske fortolker virkeligheten ut fra egen situasjon og forståelseshorisont. På samme tid deler mennesker også en felles forståelseshorisont som stadig endres gjennom interaksjon. Et viktig poeng er derfor at meningsfulle fenomener bare er forståelig i den kontekst de forekommer i (Gilje og Grimen 1993). Kvalitativ metode baserer seg slik sett implisitt på noen ontologiske og epistemologiske⁴ antakelser. Den ontologiske antakelsen er at det eksisterer mange virkeligheter (Nilssen 2012). Virkeligheten blir videre sett på som kompleks, i stadig forandring og konstruert av de som er involverte i en forskningssituasjon (ibid). Den epistemologiske antakelsen er at kunnskap blir konstruert i møtet mellom forskeren og forskningsdeltakerne. Utgangspunktet er dermed at virkeligheten og kunnskapen er det som blir konstruert i møte mellom forskeren og deltakerne i studien, og at det ikke finnes noe som kan beskrives uavhengig av den samhandlingen som skjer (ibid).

3.2 Valg av forskningsstrategi

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av en abduktiv forskningsstrategi. Hensikten med denne strategien er å beskrive og forstå det sosiale livet ut fra sosiale aktørers meninger og motiver. Den abduktive forskningsstrategien legger vekt på de meninger, fortolkninger,

4. I samfunnsvitenskapen handler begrepet ontologi om hva som eksisterer i samfunnet og som vi kan vite noe om, mens epistemologien handler om hvordan vi kan få kunnskap om dette (Tjora 2012).

motiver og intensjoner informantene bruker i hverdagslivet, og som igjen styrer deres handlinger (Blaikie 2014). Ved å bruke denne strategien settes informanten i sentrum, og den sosiale verden som beskrives er verden slik den oppleves av informantene fra innsiden (ibid). Den abduktive forskningsstrategien benytter informantenes eget språk for å beskrive aktiviteter og meninger, for så å utlede kategorier og begreper som kan forme grunnlag for en forståelse av forskningsspørsmålet. Men i motsetning til den induktive forskningstrategien som tar utgangspunkt i observasjon av enkelttilfeller (empiri) og utvikler generelle sammenhenger (teori) ut fra dette, og den deduktive forskningsstrategien som slutter fra en generell regel (teori) til å forklare enkelthendelser (empiri), tar den abduktive strategien utgangspunkt i empiri, men avviser allikevel ikke teorier og perspektiver i forkant eller i underveis i forskningsprosessen (Tjora 2012).

Leiulfsrud og Hvinden hevder at mange forskere i utgangspunktet stiller seg skeptiske til å begynne med teori, for deretter å bekrefte eller avkrefte denne gjennom empirisk observasjon (Leiulfsrud og Hvinden 2007). I stedet antas det at teorien bør vokse gradvis frem gjennom en systematisk innsamling av data som er relevante i forhold til det fenomenet man studerer (jf. Strauss og Corbin 1990 i Leiulfsrud og Hvinden 2007). Jeg støtter meg på mange måter til dette synet, og tenker at en forsker bør etterstrebe og møte verden med et relativt åpent sinn. Sannsynligheten for at man har med seg noen forestillinger om hva slags data som vil være sentrale og en oppfatning av hva man kan finne er likevel stor. I denne studien har jeg tatt utgangspunkt i en problemstilling som jeg søker svar på. Frisklivssentralen som felt forebygging som tema har også vært relativt ukjent for meg. De senere årenes helsediskurs og en generell undring rundt ”røykeloven” har imidlertid preget meg. Med meg inn i denne studien har jeg derfor hatt en antakelse om at forebyggende arbeid er statens forsøk på å styre innbyggerne mot en bedre helse (som det jo også er). I møte med en kompleks sosial virkelighet har imidlertid dette synet blitt mer nyansert. Fra å starte denne undersøkelsen med en slags antakelse om hva jeg ville finne, har jeg underveis beveget meg bort fra denne, for så igjen å nærme meg den opprinnelige innfallsvinkelen. I tillegg har også nye perspektiver kommet til underveis. Den abduktive forskningsstrategien åpner opp for en slik tilnærming og er derfor den som er valgt i denne undersøkelsen.

3.3 Dybdeintervju som innsamlingsmetode

Kvalitativ metode åpner opp for flere metoder for å generere et materiale, men i denne studien har jeg valgt å benytte meg av dybdeintervju som metode for å hente inn informasjon. Jeg har også benyttet meg av offentlige tilgjengelige dokumenter som et tilleggsmateriale. Ifølge Tjora kan man som en hovedregel si at intervju som metode brukes der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer (Tjora 2012). Intervjuet har videre til hensikt å skape en situasjon som legger til rette for en relativ fri samtale som kretser rundt noen temaer forskeren har bestemt på forhånd (ibid). I motsetning til surveyundersøkelser som benytter lukkede spørsmål og klare svaralternativer, benytter dybdeintervjuet åpne spørsmål som gir informanten mulighet til å gå i dybden på enkelte spørsmål, komme med digresjoner og refleksjoner der de ønsker (ibid). Dybdeintervju som metode passer dermed godt i forhold min problemstilling som søker å utforske informantenes erfaringer, meninger og forståelse. Ifølge Kvale (1997) søker forskeren med dybdeintervjuet å få et innblikk i informantenes livsverden, eller verden sett fra informantenes ståsted (Tjora 2012). Dette stemmer med at dybdeintervjuet som metode også er basert på et fenomenologisk perspektiv, hvor nettopp det å søke å forstå informantens opplevelser og hvordan informanten reflekterer over dette er sentralt (Spradley 1979 referert av Tjora 2012: 105).

Som tilleggsmaterialet har jeg benyttet meg av en rekke offentlige tilgjengelige dokumenter. Disse er politiske dokumenter som utredninger, stortingsmeldinger, retningslinjer, veiledere og rapporter, hovedsakelig fra Stortinget, Helsedirektoratet og Verdens helseorganisasjon. Jeg har også benyttet meg av lovverk, forskningsdokumenter fra i hovedsak Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet, artikler, kommunedata og de forskjellige frisklivssentralenes egne hjemmesider. Alt dette er offentlig tilgjengelige dokumenter som ligger ute på internett, og der disse er referert til i denne oppgaven er nettadressen oppgitt i litteraturlisten. Ifølge Tjora og Willis kan dokumenter ofte gi et tidsbilde, et inntrykk av tidligere hendelser, som vil kunne bidra til å styrke forskerens historiske følsomhet; ”hvor forskeren legger vekt på hvordan nåtidige fenomener (observasjoner) må forstås i sammenheng med en historisk utvikling” (Tjora 2012: 169). Dette kan også kompensere for noe av nåtidigheten som preger intervjuer (ibid). I forhold til fenomenet frisklivssentralen som er en del av et større helseforebyggingsfelt, har det vært nyttig å se dette i en større historisk kontekst. Og særlig har utviklingen i samfunnet, medisinen og politikken de siste 50 årene hatt en stor betydning

for helseforebyggingsfeltet slik det er i dag. Ved å bruke offentlige tilgjengelige dokumenter som et tilleggsmateriale har jeg dermed fått en større innsikt i dynamikken som har påvirket og påvirker frisklivssentralen, noe som også har formet rammene for denne oppgaven.

3.4 Utvalgsstrategi og rekruttering av informanter

I kvalitative undersøkelser trenger ikke nødvendigvis utvalget å være stort, eller basert på tilfeldighet for å representere en populasjon. Hensikten er jo heller ikke å produsere statistisk generaliserbare data, men isteden å avdekke det unike og spesielle ved fenomener. Ifølge Tjora er hovedregelen for utvalg i kvalitative intervjustudier at informanter velges ut fra om de vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora 2012). Slike utvalg kalles for strategiske utvalg, og det er denne utvalgsstrategien jeg har valgt å benytte meg av her. I denne studien utgjør frisklivssentralen en naturlig avgrensning for utvalget. Jeg har i tillegg gjort en videre avgrensning til de som jobber ved frisklivssentralen. Denne avgrensningen er gjort fordi det vil være rimelig å tro at det er de ansatte ved frisklivssentralen som har mest kunnskap om metodene de bruker for å endre folks livsstilsvaner. Det er også rimelig å tro at det er de ansatte som har best forutsetninger for å kunne si noe om helsebegrepet som ligger til grunn for dette arbeidet. Ved å inkludere brukerne av frisklivssentralen i tillegg, kunne det tenkes at jeg ville fått et bredere perspektiv på fenomenet frisklivssentralen. Jeg har likevel valgt å utelukke brukerne av frisklivssentralen fra denne studien. Dette valget er tatt delvis ut fra pragmatiske hensyn hvor begrenset tid og tilgjengelighet til informanter har spilt en rolle, men hovedsakelig fordi jeg anser at det er de ansatte ved frisklivssentralen som vil kunne gi mest relevant informasjon i forhold til problemstillingen. Utvalget er slik sett i all hovedsak strategisk basert på bakgrunn av formålet med studien.

Før jeg begynte å bevege meg inn i forskningsfeltet undersøkte jeg om jeg trengte tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å gjennomføre prosjektet. Det ble klart at jeg verken skulle bruke personopplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, eller skulle samle inn sensitive opplysninger, og at studien derfor ikke var underlagt meldeplikt. Etter dette gikk jeg i gang med å rekruttere informanter. Jeg skaffet meg oversikt over ansatte ved en frisklivssentral valgt ut fra tilgjengelighet, og sendte ut informasjonsskriv om studien og en forespørsel om å delta. Etter kort tid fikk jeg svar fra to

stykker som ønsket å stille til intervju. I utgangspunktet hadde jeg tenkt at jeg ville gjøre alle intervjuene ved en frisklivssentral, men jeg innså raskt at det ville bli vanskelig. For det første er antallet ansatte ved frisklivssentralene begrenset, og for det andre ønsket jeg å gjennomføre intervjuene i tidsrommet juni til august, som er midt i tiden for ferieavvikling. Jeg hadde imidlertid håpet at de to informantene jeg allerede hadde en avtale med, ville sette meg i kontakt med andre som også kunne tenke seg å stille til et intervju. Altså, å benytte den såkalte snøballmetoden (Jacobsen 2011, Tjora 2012), men strategien virket ikke slik jeg håpet. Jeg bestemte meg derfor for å utvide søket etter informanter. Tilsammen sendte jeg ut 21 eposter til forskjellige frisklivssentraler i 16 forskjellige kommuner. Jeg fikk 9 positive svar fra ansatte som ønsket å stille til intervju. Hvilke kommuner jeg valgte å sende eposter til var nokså tilfeldig, men ble i noen tilfeller styrt ut fra praktiske hensyn. I denne undersøkelsen er utvalget først og fremst et strategisk utvalg, men også pragmatiske hensyn og tilgjengelighet i form av hvem som har hatt tid og mulighet til å snakke med meg har spilt inn.

Utvalget i denne undersøkelsen består av 9 frisklivsansatte fra 6 forskjellige kommuner i fra 4 forskjellige fylker. 7 av informantene er kvinner og 2 av informantene er menn. Alderen på informantene strekker seg fra den yngste på 27 år til den eldste på 51 år. Deltakernes utdanningsbakgrunn varierte, men alle har utdanning relatert til helse. For å anonymisere informantene har alle fått fiktive navn. Jeg har også valgt å endre enkelte ord og uttrykk som er spesifikke for en kommune av hensyn til anonymitet. Når det gjelder forskjeller mellom de 6 kommunene som er med i denne studien varierer de i både størrelse og demografi. 5 av kommunene kan klassifiseres som store kommuner med minst 20000 innbyggere⁵, og 1 kommune kan klassifiseres som middels stor med mellom 5000 og 19999 innbyggere. 3 av kommunene i denne studien kom betydelig dårligere ut enn landsgjennomsnittet på kommunehelsebarometeret⁶. 2 av kommunene skilte seg ikke betydelig ut fra landsgjennomsnittet, mens 1 kommune lå over landsgjennomsnittet på nesten samtlige mål. Det er også en forskjell mellom kommunene i denne studien i antall kroner brukt på forebygging per innbygger i 2016, hvor kommunen som bruker mest på forebygging bruker

5. Inndelingen er en aggregert versjon av Statistisk sentralbyrås standard størrelsesgruppering av kommuner. Små kommuner: 0- 4999 innbyggere, mellomstore kommuner: 5000- 19999 og store kommuner: minst 20000 (Statistisk sentralbyrå 2015).

6. Kommunehelsebarometeret er utarbeidet av Folkehelseinstituttet og viser en statistisk oversikt over helsetilstanden i kommunene på temaområdene befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom.

nærmere 400 kroner per innbygger, mens kommunen som bruker minst på forebygging bruker under 100 kroner per innbygger⁷.

3.5 Praktisk gjennomføring av intervjuer

Et hovedtrekk ved godt utførte kvalitative innsamlingsmetoder er at de utforsker menneskelige prosesser i en naturlig situasjon eller ”setting” (Miles, Huberman og Saldana 2014). Det legges vekt på lokal kontekst og nærhet til det som skal undersøkes, noe som også er en av styrkene ved kvalitative innsamlingsmetoder. Med dette som utgangspunkt ønsket jeg derfor å foreta ansikt til ansikt intervjuer å gjennomføre intervjuene på informantenes egen arbeidsplass. Samtlige intervjuer ble gjennomført på et kontor eller et rom i tilknytning til informantenes egen arbeidsplass. Jeg opplevde at informantene var komfortable med dette, og det var tillegg praktisk for meg. Før jeg sendte ut forespørselen om å delta i undersøkelsen bestemte jeg meg for å være helt åpen om hensikten med intervjuet. Siden jeg på forhånd allerede hadde en slags antakelse om at dette temaet kunne handle om en spenning mellom hjelp og kontroll, tok jeg en avgjørelse på å skrive noe om dette siden jeg oppfattet det som det mest etisk forsvarlige. Etter de første intervjuene bestemte jeg meg imidlertid for å gå bort fra det opprinnelige informasjonsskrivet⁸. Jeg oppdaget at informantene snakket mye om deltakernes autonomi og individuelle valg, og var redd for at jeg med informasjonsskrivet hadde lagt noen føringer på intervjuene. I informasjonsskrivet hadde jeg brukt ord som ”makt” og ”endringer som griper inn i folks liv” som kan ha negative konnotasjoner for mange. Ikke minst oppdaget jeg med dette utgangspunktet at jeg selv inntok en slags avstand til informantene. Jeg bestemte meg dermed for å modere informasjonen som ble sendt til informantene, legge antakelsene om makt og kontroll ”på hylla”, og isteden forsøke å møte informantene med et åpent sinn.

En målsetting for dybdeintervjuer er å skape en situasjon som legger til rette for en relativt fri samtale som kretser rundt noen temaer forskeren har bestemt på forhånd (Tjora 2012). Idealet er gjerne den frie og uformelle samtalen, noe som lett kan forstyrres av en intervjuguide (ibid). Som relativt ny i rollen som intervjuer valgte jeg allikevel å utarbeide en nokså

7. Tallene er hentet fra Statistisk sentralbyrås oversikt over kommunehelse- nøkkeltall

8. Vedlegg 1.

strukturert eller semistrukturert intervjuguide⁹. Jeg formulerte fullstendige spørsmål med hjelpespørsmål og tilleggstemaer i stikkordsform. Under intervjuene var jeg ganske nøye med å få med spørsmålene fra intervjuguiden, men jeg forsøkte også å stille oppfølgingsspørsmål til det informantene snakket om. Intervjuguiden var slik sett ment å være veiledende, men samtidig å sikre så godt som mulig at jeg fikk den informasjonen jeg trengte. I tillegg skulle den sørge for at de samme temaene ble belyst ved at informantene ble spurt om det samme. Det at jeg hadde lite kjennskap til frisklivssentralen på forhånd førte imidlertid til at intervjuguiden ble nokså omstendelig. I ettertid ser jeg også at enkelte av spørsmålene som ble stilt lå noe utenfor problemstillingens formål.

Dybdeintervjuer kan formes på forskjellige måter, men i grove trekk går de gjennom tre faser; oppvarming, refleksjon og avrundning. Disse fasene preges av ulike typer spørsmål og ulik grad av forventet refleksjon fra informantens side (Tjora 2012). Intervjuguiden i denne undersøkelsen består av en oppvarmingsdel med åpningsspørsmål, en refleksjonsdel som er hoveddelen hvor både spørsmål om praksis og helsebegrepet inngår, og en avslutningsdel for å avrunde. Underveis i undersøkelsen valgte jeg imidlertid å endre enkelte av spørsmålene i intervjuguiden. To av spørsmålene som handlet om organisering av helsetilbud ble tatt helt bort, da spørsmålene var veldig generelle. Et annet spørsmål som ble tatt helt bort gikk ut på at informantene skulle beskrive en dag på frisklivssentralen. Spørsmålet ble i utgangspunktet tatt med fordi jeg tenkte det ville gi et godt bilde som kunne fungere som et eksempel på hvordan det praktiske arbeidet ved frisklivssentralen foregår. Jeg fant imidlertid fort ut at mye av arbeidet for de ansatte består av å følge opp deltakere gjennom samtaler, testing og trening, men også at mye av arbeidsdagen består av å ta telefoner, besvare eposter, være med på møter og andre administrative oppgaver. Slik sett følte jeg at dette spørsmålet fort nådde et metningspunkt, og valgte derfor å ta det ut av intervjuguiden. Et par spørsmål ble også lagt til intervjuguiden. Siden lege og helsepersonell gjerne er de som henviser eller tipser folk om frisklivssentralen ble jeg raskt nysgjerrig på hvordan samarbeidet mellom frisklivssentralen og fastlegene eller annet helsepersonell fungerer. Jeg valgte også å legge til et spørsmål om begrepene empowerment og livskvalitet. På slutten av intervjuene inkluderte jeg et spørsmål hvor jeg spurte informantene om det var noe de synes jeg hadde glemt å spørre om, eller om det var noe de ville tilføye avslutningsvis. Dette spørsmålet fungerte veldig bra som en avrundning, og jeg opplevde også å få mye god tilleggsinformasjon ved at informantene fikk

9. Vedlegg 2.

en mulighet til å si noe mer om det de synes er viktig.

3.6 Analytisk tilnærming

Etter at alle intervjuene var gjennomført og transkribert, fortsatte prosessen med å analysere det innsamlede materialet. Saldana (2013) deler prosessen med å kode inn i to hovedkategorier; førstesykluskoding og andresykluskoding (Miles, Huberman og Saldana 2014). Førstesykluskoding består av opp til 25 forskjellige tilnærminger, som hver har sin bestemte mening eller funksjon (ibid). Videre er det tre elementære metoder som fungerer som et grunnlag for de ulike tilnærmingene til koding. Disse er deskriptiv koding, In Vivo koding og prosess koding (ibid). I denne studien har jeg benyttet meg av In Vivo koding, fordi det er denne metoden som best vil kunne fange opp informantenes opplevelser og forståelse. Jeg har altså brukt informantenes egne ord og fraser for å kode materialet. Eksempler på koder som ble brukt er; ”å veilede”, ”passiv rolle”, ”læringsopplegg” og ”bevisstgjøring”. Siden intervjuguiden ble noe endret underveis og jeg i tillegg hadde forsøkt å være åpen for initiativ fra informanten, resulterte dette i fortellinger som overfladisk sett så ut til å ha lite til felles. Ifølge Leiulfsrud og Hvinden (2007) kan slike utfordringer oppstå fordi rekkefølgen på spørsmålene og temaene i intervjuene vil variere fra intervju til intervju. Noen ganger kommer informanten inn på de samme temaene flere ganger i løpet av intervjuet, i tillegg til at de selv også bringer forskjellige tilleggstemaer på banen. Rådataene kan dermed fremstå som tilsynelatende heterogene med mangel på systematikk, og er nokså beskrivende for denne delen av kodingsprosessen.

Mens førstesykluskoding handler om å oppsummere segmenter av data, handler andresykluskoding om å gruppere datasegmentene fra førstesykluskodingen i mindre kategorier eller temaer (Miles, Huberman og Saldana 2014). Mønsterkodene er videre forklarende eller slutningsbaserte og samler kodene fra førstesykluskodingen i mer meningsfulle analyseenheter (ibid). Hensikten med mønsterkodene er ifølge Miles, Huberman og Saldana å kondensere store mengde data, hjelpe forskeren i gang med analyseprosessen under innsamlingen av materialet, hjelpe forskeren å utvikle kognitive kart for forståelse og legge grunnlag for analyse på tvers av caser (ibid). Siden innsamlingen av materialet til denne undersøkelsen innebar at jeg måtte reise bort for å gjennomføre intervjuene, kom jeg sent i gang med å transkribere og dermed også med analyseprosessen. Jeg ser i ettertid at det ville

vært en fordel og hatt større oversikt over datamaterialet på et tidligere tidspunkt, for å bedre fokusere den videre datainnsamlingen mot å gi svar på problemstillingen. Etter å ha kondensert data fant jeg seks mønsterkoder generert ut fra informantenes utsagn. To av disse som omhandler det sosiale aspektet ved frisklivssentralen og om hvem som får hjelp lå imidlertid utenfor problemstillingens formål, og ble derfor tatt ut av den videre analysen. De resterende mønsterkodene tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene, og er videre tolket i lys av teorien som er presentert i teorikapittelet.

Min empiri består av intervjudata og offentlige dokumenter. Det er imidlertid viktig å understreke at de offentlige dokumentene fungerer mest som bakgrunnsmateriale og kunnskapsgrunnlag for å forstå frisklivssentralen som fenomen. Det er hovedsakelig intervjumaterialet som anvendes i presentasjon av empiri og analyse i neste kapittel.

3.7 Ethiske refleksjoner

All forskning har etiske implikasjoner, og ifølge Miles, Huberman og Saldana bør alle forskere derfor følge det klassiske prinsippet; ”First, do no harm” (Miles, Huberman og Saldana 2014: 56). Enhver ansvarlig kvalitativ forsker må tenke gjennom moralske og etiske spørsmål både før og underveis i et forskningsprosjekt (ibid). Som nevnt tidligere hadde jeg før jeg startet denne undersøkelsen en slags antakelse om at helsefremmende og forebyggende arbeid innebærer en form for styring av individer. Det første etiske dilemmaet dukket derfor raskt opp med henhold til hvor åpen jeg skulle være om denne antakelsen overfor informantene. Jeg valgte som nevnt å være åpen om denne antakelsen ved å si noe om dette i informasjonsskrivet. Etter de to første intervjuene bestemte jeg meg imidlertid for å modere informasjonsskrivet jeg sendte til informantene for å unngå å legge føringer på intervjuene. Jeg opplevde også at forforståelsen jeg hadde med inn i intervjuene skapte en avstand til informantene.

Kvalitativ forskning innebærer at forsker og forskningsdeltakere kommer tett på hverandre. Denne nærheten er også en av styrkene ved kvalitativ forskning (Nilssen 2012). Utgangspunktet for denne undersøkelsen har vært å søke å forstå ut fra et innsiderperspektiv. En refleksiv holdning i forhold til forforståelse, egen rolle i intervjusituasjonen, de empiriske dataene og de teoretiske perspektivene har derfor vært viktig. Refleksjoner rundt egen

subjektivitet medførte imidlertid at jeg underveis i prosessen endret syn på informantene. Det var vanskelig å skulle forstå informantenes ønske om å faktisk hjelpe og samtidig holde på en antakelse om at tjenesten de er en del av bærer preg av manipulasjon. Jeg forsøkte derfor å innta en så åpen holdning som mulig overfor informantene.

Før jeg startet prosjektet tok jeg kontakt med NSD via telefon for å undersøke om prosjektet var underlagt meldeplikt. Men siden jeg verken skulle innhente sensitive opplysninger eller skulle benytte meg av personopplysninger trengte jeg ikke å melde prosjektet inn. Videre har jeg fulgt forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) for å ivareta etiske forpliktelser. Jeg sendte ut informasjonsskriv til informantene om prosjektet og dets formål, jeg opplyste om at det var frivillig å delta og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. I tillegg informerte jeg om at det som kom frem under intervjuet ville bli behandlet konfidensielt og at all data ville bli slettet etter prosjektets slutt.

I denne studien har all informasjon som har blitt innhentet blitt lagret på en slik måte at ingen andre enn meg har hatt innsyn. Jeg tok også et bevisst valg om å bruke en båndopptaker istedenfor å ta opp på telefon av hensyn til konfidensialitet. For å sikre anonymitet har alle informantene fått fiktive navn. Jeg har også valgt å endre på noen av informantenes ord og uttrykk hvis det vil kunne identifisere hvor informanten kommer fra, av hensyn til anonymitet. Navn på fylker, kommuner og tiltak har også blitt endret ut fra anonymitetshensyn. Utover dette har jeg forsøkt å ivareta etiske forpliktelse ved å gjengi funn på en pålitelig og presis måte.

4. Empiri og analyse

4.1 Makt og motivasjon i helsefremmende og forebyggende arbeid

Det jeg har forsøkt å finne svar på gjennom denne undersøkelsen er hvordan frisklivssentralen jobber med å endre folks livsstilsvaner og hvordan de tenker rundt helse. Frisklivssentralen har vokst frem i et forsøk på å møte noen av de helseutfordringene knyttet til livsstil som vi står overfor i dag. Det er en kommunal helsetjeneste som er et av mange tilbud i et stadig voksende helsemarked. Frisklivssentralen er også et relativt nytt fenomen og en tjeneste som fortsatt er under utvikling og endring. Det er interessant å se hvordan denne tjenesten forsøker å finne sin plass i den voksende helseindustrien gjennom å definere både hva de er og hva de ikke er. Hvordan de tenker rundt helse og hva de forankrer sin kunnskap i er en del av dette arbeidet.

Det følgende kapittelet tar utgangspunkt i innsamlet empiri fra ni frisklivsansatte. Videre er det delt inn i fire kategorier ut fra informantenes fortellinger. Den første kategorien handler om helsebegrepet og om hvordan de frisklivsansatte forstår og tenker rundt dette. Den neste kategorien ser nærmere på hvordan frisklivssentralen beskriver seg selv og det de holder på med ved også å gjøre en avgrensning til det de ikke holder på med. Kategori nummer tre tar for seg tilbudene ved de forskjellige frisklivssentralene, mens kategori fire omhandler utfordringer ved det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Denne delen av oppgaven vil på bakgrunn av informantenes utsagn si noe om det praktiske arbeidet ved frisklivssentralen og hvordan de tilnærmer seg helse.

4.2 Helse- en individuell opplevelse og ressurs

Helsebegrepet er et lite entydig begrep, og det fins ulike oppfatninger av hva god helse er og hvordan den kan oppnås. Helse regnes likevel som et udiskutabelt gode og noe vi bør søke å strekke oss mot (Gjernes 2004). Alle informantene i denne studien ble spurt om hva de legger i begrepet helse. Svarene varierte, men følgende temaer kan løftes ut av informantenes svar; helse er fravær av sykdom, helse er både fysisk, psykisk og sosialt, helse er funksjonsevne, helse er individuelt, helse er ressurser, helse er mestring, helse er opplevelse, helse er trivsel, helse er dynamisk og foranderlig, helse er energi og helse er balanse. Temaene er på ingen

måte klart avgrensede, men overlapper isteden hverandre. Som nevnt tidligere ble helse oppfattet som fravær av sykdom. Dette er en negativ definisjon av helsebegrepet, og fire av informantene sa noe om helse som fravær av sykdom. Samtlige av informantene la likevel til at helse også er noe mer enn dette. Fire av informantene trakk frem både fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved helse. Dette samsvarer med Verdens helseorganisasjon sin holistiske forståelse av helse, og er en positiv definisjon av helsebegrepet. Helsebegrepet som Verdens helseorganisasjon benytter seg av blir imidlertid som nevnt ofte kritisert for å være alt for omfattende, noe også Geir påpeker da jeg spør hva han legger i begrepet helse;

” ... Ehh, ganske annerledes enn WHO sin i hvert fall (ler). Ifølge den så tror jeg ingen har det bra, men ...” (Geir)

Han legger til;

” ... egentlig så pleier jeg å tenke ... så har jeg en liten sånn, veldig enkel da, at når man kan stå opp om morgningen og ser at man greier seg selv, så har man det egentlig bra, men den er veldig enkel (ler).” (Geir)

Denne måten å forstå helse på viser hvor nært helse knyttes til funksjonsevne. Det understreker også det utpregede individuelle ved helse. Alle informantene i denne studien snakket om helse som noe individuelt i form av funksjonsevne, opplevelse, ressurser eller som tilstand. Karianne beskriver for eksempel helse som en foranderlig tilstand. Videre knytter hun god helse opp mot å kunne gjøre det best ut fra de forutsetningene man har. Hun forklarer at god helse for en person som sitter i rullestol kan handle om å få kommet seg ut på en tur, mens det for en annen kan handle om å være med på et ”mosjonsløp”. Her trekker hun også frem mestring som et stort og viktig aspekt ved dette med helse. Fem av informantene pekte på et skille mellom selvopplevd helse og målbar helse. Med dette menes det at helse ikke nødvendigvis trenger å være fravær av sykdom. Anne forklarer det slik at en person i et samfunnsperspektiv kan oppfattes som syk og med dårlig helse, selv om personen selv føler seg bra. Det viktigste er da hvordan den enkelte har det og opplever det selv. Syv av informantene trakk frem trivsel som et viktig aspekt ved helse, og det ble snakket om både hvordan man har det med seg selv og med andre. I tillegg løftet fire av informantene frem sosiale forhold og nettverk som viktige påvirkningsfaktorer for helse. Ifølge Morten handler helse om noe mer enn bare det fysiske. Det handler også om hvordan man trives med seg selv,

hvordan man har det sosialt, hvordan man sover og hvordan energien er i løpet av en dag. Han forteller videre at deltakernes perspektiv og vurdering av egen helse ofte øker bare med ting som at man får være sammen med andre:

” ... vi har også en sånn spørreundersøkelse som heter Min livsstil som dem tar før og etter tre måneder, og der har vi noen spørsmål som går rent på vurdering av egen helse. Og den øker oftest med bare ting som at dem kan komme i en gruppe å være sammen med andre.”

(Morten)

Kristin oppsummerer helse på denne måten;

” Helse er et vidt begrep tenker jeg fordi at da tenker vi både psykisk, sosial og fysisk helse. Så god helse det er så mange definisjoner, men fravær av uhelse, fravær av sykdom og lyte. Men god helse da tenker jeg at du har det bra både fysisk og psykisk og at du har det nettverket du trenger sosialt, men det er vel få av oss som har god helse hele tida. At med helse, det er en variabel som går opp og ned for de fleste av oss, men for å klare å holde oss sånn rimelig bra å ha god helse, så er det jo måten en takler det på og alle ressursene man har både i seg og rundt seg, ja.” (Kristin)

Helse sees på denne måten både som en tilstand, opplevelse og ressurs. Det pekes også på det dynamiske aspektet ved helse, et poeng seks av informantene trakk frem. Med dette menes det at helse er en foranderlig tilstand som kan variere både over tid og i løpet av en dag. Videre poengterte fem av informantene at helse er et omfattende begrep, mens tre av informantene løftet frem balanse som viktig i forhold til helsa. Torill beskriver helse slik;

” Helse er jo veldig, veldig mye, men er du fornøyd og glad så kan du se de positive tingene i livet og du griper sjansen og du tar den på en måte ... Jeg tror også, har du god helse så tror jeg også fornuften på en måte forteller deg hva du skal gjøre med tanke på hva du skal spise, hvor aktiv du skal være, hva gir deg et bra liv da. Og det er klart at det er jo litt avhengig av hvem du har rundt deg også, men det å kunne sitte ved et tre i skogen å kunne nyte stillheten er god helse, det å kunne være i selskap og på en måte oppleve at man har gode mennesker rundt seg er god helse. Og noen ganger kan ensomhet være god helse, men ikke sant altså hvis du deler opp alle de komponentene hver for seg og den ene blir veldig mye forsterket i forhold til den andre så har du jo en uhelse, så det er jo, ja, veldig komplekst.” (Torill)

Helsebegrepet oppleves av informantene i denne studien som et komplekst og omfattende begrep. Det ser likevel ut til å være en enighet om at helse er noe mer enn kun fravær av sykdom. Ut fra dette kan det se ut til at forståelsen av helsebegrepet har beveget seg bort fra en biomedisinsk modell. Dette stemmer også godt med at det som tidligere påpekt er en holistisk tilnærming med Verdens helseorganisasjon sin definisjon av helse som ligger til grunn for det norske folkehelsearbeidet. Det er denne tilnærmingen som også ser ut til å danne grunnlaget for informantenes forståelse av helse. For eksempel legger de vekt på både fysiske, psykiske og sosiale aspekter, den individuelle opplevelsen og trivsel som viktige faktorer i forhold til helsa. Dette er sammenfallende med en holistisk forståelse av helse, hvor helse handler om fysisk og psykisk overskudd, en opplevelse av velvære og harmoni, gode relasjoner til andre og at man får brukt seg selv. Informantenes forståelse av helse kan altså tolkes som en positiv måte å forstå helse på, og kan se ut til å omfatte det som omtales som livskvalitet. Det innebærer følgelig også en forståelse av helse som opplevelse (jf. Mæland 2016).

Det holistiske helsebegrepet blir som nevnt ofte kritisert for å beskrive det gode liv mer enn helse. Dette er noe også informantene i denne studien trekker frem. Det kan se ut til at informantene med dette tar noe avstand fra Verdens helseorganisasjons sin holistiske definisjon av helse, til fordel for en mer pragmatisk forståelse og tilnærming. For eksempel knytter de helse nært opp til funksjonsevne og det å kunne gjøre det beste ut fra de forutsetningene man har. Helse forstås på denne måten som et relativt fenomen, og samsvarer med Hjort sin definisjon av helse hvor det handler om en evne til å fungere eller mestre. Dette uttrykkes også gjennom informantene utsagn, og kan tolkes som at helse forstås som en ressurs som styrker mennesker slik at de fungerer og kan møte hverdagens krav. Slik sett sammenfaller denne forståelsen av helse også med den helsefremmende ideologien, og med Antonovsky sin salutogene modell hvor helse betraktes som en ressurs i hverdagslivet. Videre legger samtlige informanter vekt på at helse er noe individuelt og en dynamisk og foranderlig tilstand som endrer seg over tid. Det er den subjektive opplevelsen av hvordan man har det og hvordan man klarer å gjøre det beste ut fra det man har som ser ut til å være kjernen i informantenes helseforståelse. Dette understrekes også ved at det skilles mellom en målbar helse som defineres ut fra et samfunnsperspektiv og en selvopplevd helse som handler om hvordan folk føler at de har det. Informantene forteller at det viktigste da er hvordan folk selv opplever og føler at de har det. Mer formelle definisjoner av helse velges altså bort til fordel for en mer subjektiv forståelse.

I lys av Foucault sine begreper om diskurs og episteme er informantenes fortolkning av helse dannet på grunnlag av dagens helsediskurser i det mer underliggende episteme. For eksempel kan det trekkes frem at informantenes forståelse av helse ser ut til å ha beveget seg bort fra et ensidig fokus på fravær av sykdom og en biomedisinsk modell, over til en mer holistisk forståelse av helse hvor både fysisk, psykisk og sosial helse spiller en rolle, for så igjen over til en mer pragmatisk forståelse med fokus på individ og ressurser. Dette er i tråd med helsediskursen i samfunnet generelt, hvor det har skjedd en endring fra et ensidig sykdomsreparerende fokus over til et mer sykdomsforebyggende.

4.3 Endring gjennom læring, motivasjon og mestring

Da jeg ba informantene om å beskrive frisklivssentralen til en som ikke kjente tilbudet var svarene nokså sammenfallende og kan oppsummeres med at; Frisklivssentralen er en kommunal og forebyggende tjeneste for de som ønsker å gjøre livsstilsendringer for å bedre egen helse. Fokuset på livsstilsendring ble fremhevet av samtlige informanter. I tillegg trakk syv av informantene frem satsingsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakksslutt. Tre av informantene vektla veiledning og motivasjon, mens to av informantene beskrev frisklivssentralen som kommunens forebyggingscenter. En av informantene la vekt på at frisklivssentralen er en lavterskeltjeneste.

Siri beskriver frisklivssentralen som et tilbud som gir mulighet til å lære om sunne livsstilsvalg. Hovedfokuset er på fysisk aktivitet, kosthold og tobakksvaner, men flere steder er tilbudet utvidet også utover dette. Hun forteller at frisklivssentralen ikke først og fremst handler om å trene, men isteden om å lære. Det handler om å lære seg å kjenne hvordan egen kropp reagerer på aktivitet og om hvordan aktiviteten kan tilpasses i forhold til dagsform og eventuelle fysiske plager. Med hjelp av kognitive teknikker skal deltakerne bli bevisst mentale prosesser og hvordan de tenker rundt sin egen endringsprosess. Siri fortsetter å fortelle at de som jobber ved frisklivssentralen har som oppgave å veilede deltakerne mot en sunnere livsstil. Deltakerne skal støttes til å gjøre livsstilsendringer i forhold til de områdene de har behov for å endre og de utfordringene de har. I dette arbeidet inntar frisklivsarbeiderne en så passiv rolle som mulig. Dette gjør de ifølge Siri fordi det skal være opp til hver enkelt å ta valg om hvordan de ønsker å gjennomføre sin trening og aktivitet på.

” Vi ønsker å stimulere til at hver enkelt skal ta sine valg individuelt gjennom at vi stiller spørsmål, eller ja, at man oppnår en bevisstgjøring hos den enkelte til å ta de rette valgene på egenhånd.” (Siri)

Siri legger vekt på at frisklivssentralen er et tilbud som gir mulighet til å lære om sunne livsstilsvalg. Det handler ikke først og fremst om å trene, men isteden om å lære. Gjennom kognitive teknikker skal altså deltakerne bli bevisst mentale prosesser og hvordan de tenker rundt sin egen endringsprosess. Praksisen hun beskriver har dermed klare likhetstrekk med empowermentstrategien og Freires frigjørende pedagogikk, hvor nettopp tanken om at folk skal styrkes gjennom refleksjon og bevisstgjøring utgjør selve kjernen. Videre forteller Siri at frisklivsarbeidernes oppgave er å veilede deltakerne mot en sunnere livsstil. Fokuset er på å støtte og veilede og stimulere deltakerne til å ta egne valg. Endringen eller ”frigjøringen” beskrives altså som en aktiv prosess som skjer i relasjonen mellom frisklivsarbeideren og deltakeren (jf. Freire 1974).

Begrepet empowerment brukes ikke eksplisitt av informantene, men empowerment-tankegangen ligger likevel implisitt i for eksempel metoden motiverende intervju (MI). Gjennom MI skal deltakerens bevissthet om egen situasjon styrkes og motivasjonen til å endre atferd økes. MI er altså et samtaleverktøy for å finne tak i den indre motivasjonen, og en måte å hjelpe deltakerne til å finne ut selv hva de vil. Konkret går metoden ut på at veilederen stiller spørsmål som stimulerer til bevisstgjøring hos den man prater med. MI handler dermed om å skape refleksjoner hos folk som gjør dem i stand til å tenke selv. Metoden avhenger likevel av at deltakerne er mottakelig for den. Når den virker forteller informantene at det er en virkningsfull metode. Den beskrives videre ikke bare som et samtaleverktøy, men mer som en holdning som går igjen i alt de gjør. Siri beskriver MI på denne måten;

” Vi bruker jo da motiverende intervju som er et samtaleverktøy for å finne tak i den indre motivasjonen til den enkelte. Og metoden går ut på at man stiller spørsmål som stimulerer til en bevisstgjøring hos den man prater med, og hvor man legger vekt på de uttalelsene som handler om endring sånn at det er liksom endringene vi ønsker å belyse.” (Siri)

Målet er å bygge motivasjon til endring gjennom å ha fokus på hva deltakerne får til. Det å bygge mestringsfølelse og la deltakeren selv få et eierforhold til opplegget fremheves av samtlige informanter som viktig. Siri forklarer;

” Hvis de sjøl kommer med både målet og planen for hvordan de ser for seg sin hverdag og skal få det til, så har de et mye mer eierforhold til det, og de har sterkere tro på at de faktisk kan klare det. Det er mere gjennomførbart for dem. Ja, så det har vi god erfaring med.” (Siri)

Motiverende intervju som metode kan ses som empowerment i praksis, hvor man bruker samtaler for å skape refleksjoner og bevisstgjøring. Det er en metode for å hjelpe deltakerne til å finne ut selv hva de vil. Helt i tråd med empowermentstrategien er også målet frisklivsarbeiderne har om å bygge motivasjon til endring gjennom å ha fokus på hva deltakerne får til eller mestrer. Formålet er altså å *styrke* deltakerne slik at de får økt selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter, som igjen kan gjøre det mulig å mobilisere *krefter* til å faktisk gjøre de endringene som de trenger å gjøre. Det at frisklivsarbeiderne stimulerer deltakerne til selv å komme med svarene kan videre tolkes som en anerkjennelse av at det er deltakerne selv som ”best vet hvor skoen trykker”. Deltakerne får dermed et eierforhold til opplegget og deres autonomi eller ”*makt*” styrkes. I det salutogene perspektivet vil det på samme måte handle om å bygge mestringsressurser for å styrke deltakernes opplevelse av sammenheng. Om deltakerne vil lykkes med livsstilsendringene (jf. meningsfullhet) vil imidlertid avhenge av deres mottakelighet for MI (jf. begripelighet), og om de har tilstrekkelige ressurser (jf. generelle motstandsressurser) til å møte og stå i utfordringene (jf. håndterbarhet) i dagliglivet.

Alle informantene understreker at det å få tak i den indre motivasjonen hos den enkelte er viktig. Dette trekkes også frem av informantene som noe av det de ved frisklivssentralen er gode på. Karianne forteller at motivasjonen til de som kommer til frisklivssentralen er varierende, men at de aller fleste er motivert i en eller annen grad. Hun forklarer videre at de ofte starter prosessen med å utforske deltakerens ambivalens mot å faktisk gjøre endringer. Den transteoretiske modellen¹⁰ som også kalles for endringshjulet beskrives av fem av informantene som et viktig verktøy i motivasjon- og endringsarbeidet. Modellen deler endringsprosessen inn i fem faser; føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen. I tillegg hører tilbakefall med i

prosessen, noe de fleste på et eller annet tidspunkt vil være innom. Karianne forklarer at de med hjelp av denne modellen lett kan fange opp hvor deltakerne er i prosessen, og at det er spesielt tydelig når en deltaker er i overveiellesfasen eller i et tilbakefall.

Siri forteller at mange av de som kommer til frisklivssentralen har negative erfaringer rundt trening og livsstilsendringer. Noen har dårlige erfaringer i forhold til aktivitet i seg selv, mens andre har dårlige erfaringer fra tidligere gymtimer eller personlige trenere som har stått og ”pushet” dem frem. Flere av deltakerne har opplevd folk som har stått og maset på dem med en pekefinger og fortalt dem hva de bør gjøre. Ifølge Siri er derfor det er viktig at de frisklivsansatte ikke kommer med belærenes leksjoner om hva en sunn livsstil er og om hva det er å spise sunt og trene bra. Det handler isteden om å stille spørsmål tilbake til deltakeren; ”Hva legger du i en sunn livsstil, hvordan ønsker du å spise, hvordan ønsker du å være i aktivitet?” Hun forteller at det er unødvendig å gi deltakerne råd som de allerede vet fra før, men at det isteden er viktig å prøve å tilrettelegge rådene ut fra den enkeltes behov og ønsker om å ta i mot råd. Dette ønsket om å ivareta deltakernes autonomi sammenfaller med hva de andre informantene forteller. Når Karianne forteller om deltakerne som kommer til frisklivssentralen beskriver hun dette godt;

”... i utgangspunktet så tror jeg det er mange som har behov for å få sagt det de kanskje trenger å si om hvordan de oppfatter seg selv og sin situasjon og så istedenfor at vi på en måte overøser dem med masse informasjon om hva de burde, så er det det at de, de må få lov til å klargjøre hva de er i stand til å gjøre og så får vi heller legge lista litt lavere i forhold til ... hva vi gjerne ønsker for andre ikke sant det er jo vår sak, men de må jo ønske det for seg selv så det er jo mer det med å ja, kanskje få sådd noen små frø, men det er jo også de som er nødt til å komme frem til det selv da.” (Karianne)

Tanken om at det er deltakeren selv som er eksperten på eget liv kommer frem i sju av intervjuene. Det ser også ut til å være en grunnleggende holdning blant informantene at

10. Den transteoretiske modellen (også kalt endringshjulet) er en stadiemodell for å beskrive og endre atferd. Den ble utviklet av de amerikanske forskerne Prochaska, DiClemente og Norcross på begynnelsen av 1980-tallet. Ifølge denne modellen er atferdsendring en prosess som kan knyttes til forskjellige stadier, og folks psykologiske beredskap i form av motivasjon, viljenivå og preferanse for å endre atferd samsvarer med stadiet de befinner seg på. Hvilket stadium folk befinner seg på vil derfor ha betydning for hvilken hjelp folk trenger (Helsedirektoratet 2008).

endringer skal skje på deltakernes vilkår. Gjennom empatisk og forståelsesfull kommunikasjon skal altså deltakerne hjelpes til selv å finne frem til hva de trenger å gjøre, og motiverende intervju er et verktøy i denne prosessen.

Anne forteller at metoden motiverende intervju også brukes i grupper. Da fører de frisklivsansatte et tema og kommer med fakta før det trekkes inn gruppeoppgaver. Målet er ikke at de frisklivsansatte skal ”tre noe nedover hode” på deltakerne å fortelle dem hva de skal gjøre, men isteden at det skal være et rom der deltakerne kan dele tanker, ideer og erfaringer. Hun forteller at det å si noe høyt ofte kan gjøre ting klarere både for deltakeren selv og for andre, og på denne måten hjelper deltakerne hverandre gjennom å dele tanker og erfaringer. Anne forklarer at det er annerledes å bruke motiverende intervju i grupper, og at deltakerne ofte hører mer på hverandre. Hun forteller at asymmetrien som kan ligge i et forhold mellom en deltaker og en veileder er en utfordring ved å jobbe på den måten de gjør. Det å bygge ned denne barrieren å forsøke å være så likestilte som mulig er derfor viktig. Hun forklarer;

”Og det vet vi jo at det er noen deltakere som føler at vi er der og de er der, og den asymmetrien holdt jeg på å si, som kan komme i et sånt her sånt møte, den jobbes jo med for å bli med symmetrisk. Og det er litt utfordrende i forhold til den MIen og, fordi du går inn i en, i en, å bruke dette verktøyet kan være ganske kraftfullt. Og det at det skal, det må gjøres, jeg må gjøre MIen til mitt for at det ikke skal bli unaturlig, at det skal bli litt sånn ovenfra og ned, at det skal være naturlig. Også har man jo ulike, det er jo ikke symmetri i utgangspunktet når du kommer hit som deltaker og jeg er her fordi at jeg jobber her. Men det å finne en måte å være så likestilte som vi kan være, men skjønner du, å prøve å bygge ned den der, det er for meg viktig.” (Anne)

Anne peker her på asymmetrien som kan ligge implisitt i et forhold mellom en deltaker og en veileder. Den ene er der for å få hjelp, mens den andre er der for å hjelpe. Sett i lys av Foucault sitt governmentality begrep står deltakeren dermed i fare for å bli ”den andre” og et objekt for diskursene som beskrives av ”pastoralmakten” eller ekspertene. Men Anne trekker også frem at det er viktig å bygge ned denne barrieren å forsøke å være så likestilte som mulig. Og dette kan tolkes som et forsøk på å legge til rette for empowerment i praksis. Dette stemmer også godt med hva de andre informantene forteller om hvordan de forsøker å lytte til hva deltakeren ønsker istedenfor å fortelle dem hva de bør gjøre. Informantene legger stor vekt på å ivareta deltakerens autonomi og ser ut til å ha en grunnleggende holdning om at det

er deltakeren selv som er ekspert på eget liv. Praksisen de beskriver har dermed likhetstrekk med empowerment tilnærmingen, hvor det viktigste aspektet nettopp er å ivareta og styrke folks autonomi. Gjennom empatisk og forståelsesfull kommunikasjon forsøker frisklivsarbeiderne å hjelpe deltakerne til selv å finne frem til hva de trenger å gjøre. Endringer skal altså skje på deltakerens vilkår. Sett i lys av teori om empowerment beskriver informantene nettopp en empowerment tilnærming til arbeidet ved frisklivssentralen. De har fokus på likeverdige relasjoner, aktiv deltakelse og på å bevare deltakernes autonomi. Sett i et governmentality- perspektiv er det likevel fagutøverne som sitter med den diskursive makten. De er altså vennlige rådgivere for ”de avmektige” og de som gir deltakerne den nødvendige viten som setter dem i stand til å treffe ”selvstendige”, men samtidig riktige, gode og sunne valg.

Anne forteller videre at mange av de som kommer til frisklivssentralen allerede har masse tanker om hva de vil og mye kunnskap om både kosthold og trening. En viktig del av arbeidet er derfor å arbeide med tankene først, før man setter i verk tiltak og mål i forhold til hva man skal jobbe videre med. Hun forteller at deltakerne gjerne kan sette seg overordnede mål, men at de som jobber ved frisklivssentralen er veldig opptatt av at deltakerne skal sette seg realistiske delmål. For det er ”de små skrittene” som er med på å bygge mestringsfølelse og som igjen er med på å bygge motivasjon til å fortsette. Ifølge Anne har det som gjøres med små skritt også en tendens til å vare lenger. Dette stemmer godt med hva de andre informantene forteller. Alle informantene snakker om de ”små skrittene” eller om de realistiske delmålene som viktig. De forteller også at små endringer ofte kan føre til store endringer. I tillegg har alle informantene fokus på at livsstilsendringene skal være varige. Det å finne ut hva som er realitetene i den enkeltes liv og ut fra dette finne tiltak som deltakerne kan leve med på sikt er derfor viktig. Anne sier følgende;

” Det skal kombineres med å leve livet ditt og du skal på en måte finne ut hvordan vil jeg leve på sikt, det er jo ingen som kan gå på en diett for resten av livet. Det er liksom hvilke tiltak kan jeg gjøre som jeg kan leve med over tid.” (Anne)

Rådene som frisklivssentralen gir baserer seg på helsedirektoratets retningslinjer, og er relativt nøkterne og stabile. På mange måter kan dette ses som en slags motvekt til kommersielle trender som stadig endrer seg og med ofte kortvarige dietter og treningsopplegg. Informantene forteller at mange av de som kommer til frisklivssentralen er

usikre i forhold til kosthold og tilskudd. Noen har bestemte meninger om forskjellige dietter og ønsker råd om en spesifikk diett, mens andre har urealistiske forventninger i forhold til hvor raskt endringer kan oppnås. Det de frisklivsansatte kan hjelpe deltakerne med da, er å nøste opp i tanker rundt forskjellige dietter og kurer. Karianne forteller at noen deltakere kommer og har en bestemt mening om at de vil gå på en lavkarbo diett. Da må hun fortelle deltakeren at hun kun kan rådgi innenfor helsedirektoratets sine anbefalinger som er forskningsbasert. Dette er råd som ikke endrer seg til stadighet og som først blir anbefalt etter langt tids forskning når man vet at de har en gunstig effekt. Hun sier videre;

” ... vi må liksom plukke det litt fra hverandre, det er klart at noen syns også det å komme hit å få disse, hva skal man kalle det da ... kjedelige rådene ikke er holdbart, men da er det egentlig litt opp til dem, men jeg skulle ønske at det var et større filter for hva man kunne publisere ja, fordi noen ting er jo direkte helseskadelig eller ... eller ikke bare helseskadelig, men noen, altså noen ting kan også, altså være, er jo bare direkte dyrt og har ingen effekt ...”
(Karianne)

På et spørsmål om det er slik at mange av de som kommer til frisklivssentralen har prøvd mye forskjellige før de kommer svarer Karianne at det ofte er det. Hun forteller at det sjelden er et varsko selv om folk kommer og har prøvd en Grethe Rhode kur. Denne kuren har som regel et ganske fornuftig kosthold, men handler likevel både om å veie og måle. Når det gjelder pulver dietter, lyn kurer og fasting er det annerledes. Hun tenker at det er bra at folk kommer til frisklivssentralen slik at de får en mulighet til å snakke om dette. Gjennom å snakke med deltakerne kan de sammen forsøke å rydde tanker i forhold til hvordan deltakeren tenker rundt dette og hvordan utprøvingen av de forskjellige helsekurene har gått. Hun avslutter med å si;

” ... det som jeg syns er skumlest er dette med å gå fra kur til kur til kur til kur ikke sant og både bli fattig, men faktisk fortsette å gå opp i vekt, og at man får en høyere fettprosent fra gang til gang, ikke sant. Og så kommer man hit, jeg sier ikke at det er for seint, men i mange tilfeller så har man både blitt eldre og kroppen er sliten ikke sant og det tar ekstremt lang tid før det begynner å skje ting selv om man gjør så godt man kan. Det er jo en fare ved det da at man ødelegger mer enn det gagnar da ... også det psykiske.” (Karianne)

Informantene sier her både noe om hvordan de jobber, samtidig som de gjør en avgrensning mot hvordan de ikke jobber. For eksempel trekkes ”de små skrittene” eller de realistiske

delmålene frem som viktig i arbeidet med livsstilsendringer. Det er disse som ifølge informantene er med på å bygge mestringsfølelse og som gir motivasjon til å fortsette. Rådene de gir er nøkterne, stabile og forskningsbasert, og det handler om å finne tiltak som deltakerne kan leve med på lang sikt. Måten frisklivssentralen jobber med livsstilsendringer på står slik sett i sterk kontrast til mange av dagens trender som er preget av kortvarige dietter og hurtige løsninger. Dette kan ses i lys av Foucault sitt begrep om diskursiv makt. Det har altså blitt etablert et sannhetsregime der visse virkelighetsforståelser oppfattes som selvinnyttende. For eksempel dette med at hvis noe er forskningsbasert er det tryggere enn det som ikke er det, og det som gjøres langsomt over tid er mer varig enn hurtige løsninger. Den diskursive makten virker også disiplinerende gjennom å definere rammene for hva som blir sett på som sunt eller usunt. Forstått på denne måten handler frisklivssentralens arbeid om å bringe deltakerne i retning av den normen eller standarden som er definert i de rådende sannhetsregimene eller diskursene. Noe som videre kan ses i kontrast til empowerment tilnærmingens ideal om å ta utgangspunkt i den såkalte ”avmektige”.

4.4 Tilbud i vekst

Alle frisklivssentralene skal kunne tilby kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt gjennom strukturerte oppfølgingstilbud. I tillegg kan de tilby kurs i mestring av depresjon (KiD) og belastning (KiB), veiledning ved søvnvansker og samtaler om alkoholvaner. Mange frisklivssentraler har også egne tilbud til barn og unge og deres foresatte, eldre og innvandrere (Helsedirektoratet 2016). Frisklivsresepten utgjør kjernetilbudet i frisklivssentralen, og er et tolvukers oppfølgingsprogram med hjelp til motivasjon for å endre vaner på områdene fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Kristin forteller at selve resepttilbudet er det de jobber mest med. Hun forklarer at det i korte trekk går ut på at en deltaker først blir henvist. Så tar frisklivssentralen kontakt, og sammen blir de enige om hvilken type oppfølging deltakeren ønsker. Utgangspunktet er trening to ganger i uka med instruktør, med en fysisk test ved start og etter tre måneder, og med en samtale ved start og etter tre måneder. I tillegg har mange også behov for samtaler underveis, og da blir de enige om det. Etter tre måneder vurderer de sammen hvor langt deltakeren har kommet. Hun forteller videre at de vet at det å gjøre endringer tar tid, og de ser at mange har behov for både en og to runder til. Linda som jobber ved en frisklivssentral som er helt i oppstarten forteller at frisklivsresepten som utgjør kjernetilbudet er det som må på plass først;

” ... jeg har jo også lagd en prioriteringsliste for hva vi skal starte opp med først og hva jeg ser for meg på sikt. Ehhm, å min prioriteringsliste er ikke bare preget av hva jeg sjøl syns, det finns også en veileder, som på en måte sier hva kjernetilbudet i frisklivssentralen skal være. Det må jeg forholde meg til, og det er den her frisklivsresepten. Så det er jo en tolvukers oppfølgings eller strukturert oppfølgingsperiode av ulike deltakere hvor man har en sånn individuell samtale som har fokus på metoder innenfor MI da.” (Linda)

Frisklivsresepten beskrives av informantene som et kjernetilbud, og er i utgangspunktet et tolvukers strukturert oppfølgingsprogram. Flere av informantene trekker likevel frem at de er nokså fleksible i forhold til lengden på programmet og oppfølgingen. Når jeg spør Marit hvor lenge deltakerne vanligvis er ved frisklivssentralen, svarer hun følgende;

” Åh, det er så veldig forskjellig. Vi har ikke noe sånn rigid system på det, for jeg vet at noen frisklivssentraler er veldig, tre måneder det er en frisklivsperiode og så kanskje du får en til, mens vi er litt mer, vi ... det flyter litt mer her da, vi lar deltakerne være med å bestemme når de skal komme inn til neste samtale ehh, og så tar vi en sånn vurdering cirka etter tre måneder om de, om det har skjedd noe, om vi føler på en måte at det er noe fremgang, ehh, også prøver vi å avslutte de etter cirka et år, men noen blir da ute i noen måneder og så kommer de tilbake igjen, ja, så det er veldig forskjellig, og jeg tenker jo da at det ehh ... hvis man tar det endringshjulet igjen da, hvis du har en som er i føroverveiellesfasen og en som er i tiltaksfasen så kan du ikke på en måte sette opp lik oppfølging på de to, for de er på to vidt forskjellige stadier, så man må jo, jeg syns det er litt sånn, noen ganger litt sånn skummelt å på en måte lage en tjeneste som er helt firkanta for vi skal på en måte følge opp mennesker som er helt forskjellige, så det at vi på en måte behandler de forskjellig og tror jeg er viktig da.” (Marit)

Fire av informantene trakk frem muligheten deltakerne har til å forlenge frisklivsperioden og oppfølgingen som noe positivt. Det ser også ut til å være en grunnleggende forståelse blant informantene av at dette med endringer tar tid. I tillegg var alle informantene opptatt av å ha et såkalt bærekraftig treningstilbud. Med dette menes det at treningen skal være av en slik art at deltakerne enkelt skal kunne fortsette med den på egenhånd også etter avsluttet oppfølging, uten og måtte investere i dyre treningsabonnement eller dyrt utstyr. Geir sier følgende;

” ... det er vi helt bevisst på at folk må ikke kjøpe noe utstyr for å kunne gjøre det hjemme på en måte, det er øvelser man kan gjøre hjemme på gulvet uten å ha noe annet enn, hvis du absolutt må så kan du ha med deg en flaske med vann som du kan bruke som belastning ...”
(Geir)

En målsetning for treningen er at den enkelt skal kunne opprettholdes på egenhånd også etter avsluttet frisklivsperiode. Flere av informantene snakket også om egne frisklivsgrupper hvor deltakerne selv organiserte treningsturer for å fortsette med treningen. Det er da gjerne en eller flere ressurspersoner som er med på å starte opp og dra de egenorganiserte gruppene. Linda forteller at det blir et litt sånt likemannsprinsipp og at deltakerne på den måten kan finne god støtte i hverandre. Det at deltakerne er i samme situasjon og kan støtte hverandre og fortsette videre sammen tenker hun at også er et bærekraftig prinsipp. Morten forteller at frisklivssentralen han jobber ved leier lokaler på et treningssenter i nærheten. På den måten blir deltakerne kjent med stedet og miljøet, samtidig som de har noen kjente fjes der med de som jobber ved frisklivssentralen. Det gjør at det etter en lengre tid der kan være lettere å starte opp på egenhånd eller sammen med andre. Han forteller også at noen av deltakerne allerede har startet opp med en egenorganisert frisklivsgruppe:

” Det har også blitt startet en sånn egen frisklivsgruppe som de har startet opp på egenhånd som mange også blir med på. Og da er det mye sånn i marka, via skog og mark, som dem da via facebook avtaler tider de møtes på, dager, kvelder ... og det er også en veldig fin overgang da fra det å begynne her, bli sosialt kjent med andre og starte opp. Så det er en stor gruppe nå på nærmere førti stykker som driver trening på egen drift da.” (Morten)

Sett i lys av Foucault sitt governmentality- begrep kommer styringslinjene klart til syne. For eksempel skal alle frisklivssentralene kunne tilby kunnskapsbaserte hjelp til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt gjennom strukturerte oppfølgingstilbud. Dette er de pålagt ut fra en veileder som utarbeidet av Helsedirektoratet. Som Linda forteller er frisklivsresepten et av kjernetilbudene som skal på plass først. Hos Foucault er profesjonene en særlig viktig maktfaktor i en slik styringsform ved at de utgjør bindeleddet mellom staten og den spesialiserte bruken av kunnskap i samfunnet. Profesjonene er ifølge Foucault de sentrale utøverne av det han kaller biomakt. De søker altså å styre befolkningen i en retning av sannhet, livskvalitet og sunnhet ut fra en intensjon om å skape nyttige og produktive samfunnsmedlemmer (Askheim 2016). Frisklivsarbeiderne har i dette perspektivet en sentral

rolle i å få frem den kunnskapen som legger grunnlag for styring av samfunnsmedlemmene, men også gjennom at det er de som setter i gang og bistår i selvstyringsprosessene (ibid). Selvteknologiene er særlig viktige i denne sammenhengen, siden det er de som gjør individene til gjenstand for egen styring. I denne sammenhengen handler det da om de teknikkene og kognitive verktøyene som deltakerne lærer slik at de enkelt skal kunne fortsette med for eksempel treningen og et sunt kosthold også etter avsluttet oppfølging fra frisklivssentralen.

I et governmentality perspektiv kan det altså se ut til frisklivssentralens arbeid innebærer en disiplinering av deltakerne forkledd som frigjøring, gjennom en praksis med det formål å skape endring for å normalisere deltakerne til samfunnets normer og verdier (ibid). Wright-Nielsen (2009) påpeker at det er en risiko knyttet til å bruke det Foucault- inspirerte perspektivet (Askheim 2016). For eksempel kan maktbegrepet og de analytiske begreper som makten analyseres ut fra innebære at som i denne sammenheng helsefremmende arbeidet, i praksis utelukkende får et preg av overgrep og manipulasjon (ibid). Ved ensidig å legge vekt på dette perspektivet overser man dermed at helsearbeiderne rent faktisk forsøker å hjelpe og fremme empowerment.

Tolket i lys av Lipsky sin teori om bakkebyråkratene handler det her om handlingsrammene frisklivsarbeiderne blir pålagt fra Helsedirektoratet. En del av frisklivstilbudet blir altså styrt, for eksempel gjennom å begrense frisklivsresepten til tolvukers oppfølging. Likevel har frisklivsarbeiderne en forståelse av at endringer tar tid, og de ser at mange av deltakerne har behov for en enda lenger periode med oppfølging. De befinner seg dermed i et spenningsfelt mellom tjenestebrukerne og øvrig forvaltning, eller utsettes for et såkalt krysspress. Ifølge Lipsky vil slike handlingsbetingelser ofte føre til behov for beskyttelsesstrategier og tilpasninger for å gjøre situasjonen håndterbar. Et av hans viktige poenger er også at slike tilpasninger både kan og ofte vil gjøres uten hensyn til brukerne. Tjenesteyterne vil altså istedenfor å la seg disiplinere av brukerne, heller disiplinere brukerne. Ifølge Lipsky handler det da om å rasjonere, begrense, forfordele, diskriminere, redefinere mål, rutinere og standardisere (jf. Lipsky 2010). Dette samsvarer imidlertid ikke med hva informantene forteller. I stedet for å disiplinere deltakerne, ser det ut til at informantene benytter det Askheim og Starrin kaller ”strategisk ulydighet”. De tøyer altså de eksisterende strukturer og praksiser som undertrykker og som skaper og opprettholder avmakt, som for eksempel i dette tilfellet at forskjellige individer med forskjellige behov skal ha en helt lik oppfølging. Som

Marit også påpeker handler frisklivsarbeidet om å følge opp mennesker som er helt forskjellige, og som også kan være på forskjellige stadier i endringsprosessen. Det å lage en helt ”firkanta tjeneste” kan dermed virke mot sin hensikt.

Et annet poeng hos Askheim og Starrin er at en viktig del av empowerment- rettet arbeid med en motmaktsprofil kan innebære samarbeid med brukergrupper, organisasjoner, lokale grasrotaksjoner og initiativ (Askheim 2016). Henriksbø og Sudmann (2011) påpeker også at dette er utgangspunktet for samfunnsarbeidet innenfor folkehelsearbeidet. Det handler da om; ”å bygge fruktbare fellesskap mellom dem det gjelder for å identifisere utfordringer, mobilisere ressurser og iverksette tiltak” (Henriksbø og Sudmann 2011 referert i Askheim 2016: 182- 183). Deltakere som har startet opp med egne frisklivsgrupper kan slik sett tolkes som tegn på at frisklivsarbeiderne har lykket med folkehelsearbeidet eller empowerment- rettet arbeid med en motmaktsprofil.

Alle frisklivssentralene i denne undersøkelsen, med unntak av en som var i oppstartsfasen, hadde et godt utbygd fysisk aktivitetstilbud. Ved flere av stedene fikk deltakerne også mulighet til å prøve ut forskjellige treningsformer som for eksempel boksing, qi gong eller yoga. Samtlige av frisklivssentralene kunne tilby et motivasjonskurs for å endre matvaner, et såkalt Bra Mat kurs, og alle hadde et tilbud om snus- og røykesluttekurs. Selv om snus- og røykesluttekurset skal være et av kjernetilbudene ved frisklivssentralen, forteller flere av informantene at dette er et svært lite populært kurs. For eksempel forteller Marit at de der hun jobber har avlyst mange røykesluttekurs de siste årene. Også Kristin forteller at folk ikke er så opptatt av dette med røykeslutt, men at stadig flere etterspør kompetansen til de som jobber ved frisklivssentralen innenfor områdene fysisk aktivitet og kosthold. Hun opplever dette som positivt og forteller at de holder på med ganske mye utenom selve ”resepttilbudet”;

” ... og de siste åra, vi er mye, eller en del i hvert fall rundt, og folk spør om vi kan komme og holde foredrag, vi har vært både innom på karrieresenteret og på tilretteleggingsbedrifter og forskjellige lag og foreninger spør om vi kan komme og ... ja, benytte seg av kompetansen vår. Og det er nok lettere her hvor det er mindre, mmm, så det blir jo ganske mye utenom sjølve den reseptdriften også som vi driver med og ... samarbeid med integreringsenheten og ja ... mmm, så de, jeg føler at vi de siste åra blir mer og mer brukt som en kompetanse ehhhh ... vet ikke hva jeg skal si, men et kompetanse ... at ... ja at folk ser på oss som folk med kompetanse innenfor både kost og trening. Det er særlig de to, det herre tobakksgreiene er

ikke folk så velig opptatt av (ler). Jeg tror de fleste som vil slutte å røyke eller snuse finner ut av det sjøl, men vi blir ganske mye brukt av forskjellige mer og mer, mmm, og det syns vi jo er artig da, at de ser at vi er her, og at vi blir lagt merke til ... og at vi blir brukt, mmm. Så det er sjelden vi har tid til å sitte å tvinne tommer (ler).” (Kristin)

Utover grunntilbudet om fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt var tilbudet til de seks frisklivssentralene som var med denne undersøkelsen varierende. På to av frisklivssentralene hadde et eget tilbud til eldre, som da er et aktivitetstilbud tiltenkt de over seksti. På stedet Kristin jobber møtes de i en idrettshall en gang i uka og trener i en drøy time, og så er det kaffe og vafler etterpå. Hun forteller at dette er et veldig populært tilbud der hun jobber, og at det kommer mellom førti og femti deltakere ukentlig. På tre av frisklivssentralene hadde de kurs i belastning, depresjon og livsstilsmestring. Karianne forklarer at kurset i belastningsmestring består av en veldig heterogen gruppe. Noen kommer og fordi de er i et vanskelig parforhold, mens andre kommer på grunn av stress på arbeidsplassen. Hun trekker frem den brede sammensetningen av deltakere som noe positivt, og forteller at dette også er noe de har fokus på når de rekrutterer deltakere. Kurset i belastningsmestring handler slik sett om alle slags mulige belastninger, og går ut på at deltakerne veiledes i kognitive teknikker før de etterhvert skal gå over til å hjelpe hverandre. Karianne forteller at dette har fungert veldig bra der hun jobber og gir kurset en tommel opp og sier følgende;

” ... og det er jo egentlig hele ideen tenker jeg også bak dette med å være her å veilede, det er jo å gi noen sånne ehh ... hva skal man si da, ting å støtte seg på, også skal de lære seg å benytte dem senere selv ... ja, vi skal ikke være krykke hele veien (ler)” (Karianne).

Hun legger til at det også blir spennende å se fremover, fordi de akkurat nå har avsluttet et kurs i belastningsmestring, og at flere av deltakerne har spurt etter selvhjelpsgrupper. Hvis kurset i belastningsmestring da går over til å være en selvhjelpsgruppe eller KID kafe hvor man kan møtes, tenker hun at dette vil være veldig gunstig.

På tre av frisklivssentralene hadde de et tilbud til barn og unge med foresatte. En av frisklivssentraler var i gang med planleggingsfasen for å opprette et slikt tilbud, mens to av frisklivssentralene var i en oppstartsfasen med fokus på først å etablere grunntilbudene om fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt. Syv av informantene fremhevet et behov for en sterkere satsning rundt livsstilsproblematikk hos barn og unge. Kostholdsending hos gravide

var et av forslagene som ble trukket frem, og aktiviteter i barnehager og skoler et annet. I alle intervjuene ble det sagt noe om hvilken betydning familien har i endringsprosessen. Siri forteller at de akkurat har startet et prosjekt for unge på frisklivssentralen der hun jobber. På denne måten kan de jobbe med barn og familier å gripe tak i utfordringene på et tidligere stadium. Hun tenker også at de kanskje burde gått inn enda tidligere, og veiledet i forhold til sunn livsstil allerede fra barnet kom til verden. Siri forteller at inaktivitet og overvekt er en økende problematikk også hos barn og unge, og at dette igjen forplanter seg videre til voksenlivet. Og det er ofte verre å endre vaner hos voksne som har hatt dem over lengre tid, enn det er hos barn. Samtidig forklarer hun at det er andre utfordringer igjen når de jobber med barn og unge, fordi at da må man ta tak i hele familien. For som hun sier;

” For hvem er det som bestemmer hva som er tilgjengelig i kjøleskapet?” (Siri)

Geir sier dette;

” De har spurt om, om, kona mi kan komme, ja, send hun ned, det er mye lettere å endre livsstilen hans hvis hun er med, enn at hun skal sitte hjemme og han skal ut å gå, det er jo ikke, begge to, ja kom igjen, mye enklere. Og sånn gjør vi egentlig med Bra Mat kurs også, det hjelper ikke om det går en fra familien hit for å endre hvis den andre personen fortsatt skal ha det sånn som han vil hjemme, da blir det ikke noe endring da. Det er mye bedre om man kommer begge to (ler) i en familie. Jeg ser på den sånn, at hvis en skal endre seg, det går egentlig ikke det hvis man er fler.” (Geir)

Alle frisklivssentralene med unntak av en hadde et godt utbygd aktivitetstilbud. Ved flere av stedene hadde de også en rekke aktiviteter utover kjernetilbudene. Informantene forteller at røykesluttekursene er lite populære og at flere kurs også har blitt avlyst, men samtidig får de stadig flere henvendelser på andre områder. Selv om tilbudene i utgangspunktet er politisk styrt og har en top- down tilnærming, ser det altså ut til at frisklivssentralen i praksis jobber ut fra en bottom- up tilnærming. Tilbudene er lokalt forankret med utgangspunkt i lokale utfordringer, behov og muligheter. Slik sett peker dette på et viktig aspekt ved empowermentstrategien som nettopp er å implementere denne på også på lokalt nivå. Også gjennom kursene ser det ut til at empowermentstrategien ligger til grunn for praksis. Det trekkes for eksempel frem at deltakerne skal veiledes i kognitive teknikker, før de så skal gå over til å hjelpe hverandre.

Tolket i lys av Lipsky sin teori om bakkebyråkratene kan det løftes frem et av forholdene som han mener karakteriserer bakkebyråkratenes handlingsvilkår; nemlig at etterspørselen etter tjenestene øker proporsjonalt med tilbudet. Jo flere tilbud frisklivssentralen har muligheter til å tilby, jo flere områder ser de at trenger tilbud. Det er slik sett et umettelig behov for frisklivstiltak.

4.5 utfordringer med helsefremmende arbeid

En del av arbeidet ved frisklivssentralen handler om å få frem at det er en gevinst i det de holder på med. De gjør blant annet fysiske tester av deltakerne før og etter en reseptperiode i tillegg til at deltakerne blir bedt om å fylle ut et evalueringsskjema. Informantene forteller at frisklivssentralen er avhengig av dokumentasjon for å kunne vise at tiltaket har en effekt og at det er nyttig. Men samtidig er det vanskelig å dokumentere hva som er en direkte effekt av det forebyggende arbeidet. Om en person for eksempel unngår diabetes, hjerte- og karsykdommer eller kreft som følge av samtaler og oppfølging ved frisklivssentralen er vanskelig å måle. Og hvor mye penger en kommune kan spare ved å satse på en frisklivssentral er nærmest umulig å estimere. Siden en stor del av frisklivsarbeidet handler om veiledning og formidling av kunnskap byr det på problemer med å få frem det positive som faktisk kommer ut av dette arbeidet. For hvordan skal de kunne dokumentere at samtaler virker og at deltakeren faktisk sitter igjen med kunnskapen som er blitt formidlet? Når jeg snakker med Marit om utfordringer ved frisklivssentralen og denne måten å jobbe helsefremmende på beskriver hun dette godt;

” ... og det og på en måte dokumentere hva vi har gjort for de til fastlegene da, hvis vi på en måte har sittet i samtaler med en deltaker over lang tid og gjerne vært gjennom det at hvis man ikke endrer på noe nå, så vil det skje at du får en sykdom. Og det å klare å dokumentere at den personen har fått den kunnskapen og tar et valg og ikke gjør noe med det for eksempel, det er veldig vanskelig.” (Marit)

En utfordring som ble trukket frem flere steder er at det er både lite kapasitet, ressurser og overskudd til arbeidet med å dokumentere og registrere det de holder på med. Dette er fordi at det er mange deltakere som skal følges opp. To av informantene påpekte dilemmaet med at

dokumentasjon er viktig for å kunne vise nytteverdien av å ha en frisklivssentral og er det politikerne gjerne vil ha, samtidig som det tar verdifull tid fra frisklivsarbeiderne og den faktiske jobben de ønsker å gjøre.

” ... det er jeg liksom tydelig på når vi snakker med politikere og sånn også, at dere kan ikke be oss om å kostnadsestimere hva dette sparer inn av penger fordi vi er ikke forskere vi som jobber her, så da må dere leie inn noen som kan vise til tall da, men at det, og jeg klarer ikke, vi klarer ikke å si at Jan som kom hit på oppfølging han får ikke diabetes- 2 om to år fordi han har vært her, det klarer ikke vi å bevise.” (Marit)

Hun fortsetter videre:

” ... det å på en måte få folk til å spise sunnere og være i mere aktivitet, de har forska nok på at det har en effekt. Så jeg tenker det er liksom ikke noe viktig å bruke kjempe mye tid på da, men det er jo klart at det er jo gjerne det politikerne vil ha. De vil gjerne vite hva hjelper dette for, så da må man på en måte bare prøve å dokumentere det så godt man kan da, hvor mange man har fulgt opp, hvor mange kurs man har hatt, hvor mange har fullført veiledningen og sånne ting da. Så det må vi jo på en måte prøve å dokumentere så godt vi kan, men det er jo, det også er jo veldig vanskelig sånn å kartlegge endringen deltakeren gjør. Den er jo, det er jo umulig det også. For det er jo klart at noen kommer jo inn da første gang med et mål om å gå ned i vekt ikke sant, og så går de ikke ned i vekt, men de har begynt å trene og de har begynt å spise sunnere og kanskje slutta å røyke, og da har de på en måte ikke fått til det hovedmålet de hadde i starten, men de har fått til veldig mye annet, så hvordan skal vi måle det? Du får ikke målt det med spørsmål, for vi har jo noen ganger hatt sånne blekker med spørsmål som vi skal prøve å få plotta inn før og etter, men det blir jo så mye jobb, også blir det jo en haug med data som vi samler inn som vi ikke får brukt da. Jeg er litt mer opptatt av at vi skal hjelpe disse folkene, ikke bare sitte å plote tall og setninger overalt da, for det blir forferdelig mye jobb ...” (Marit)

Sett i Lipsky sitt perspektiv er det nettopp dilemmaer og krysspress som dette som preger bakkebyråkratenes handlingsvilkår. At ressursene er utilstrekkelige i forhold til behovet for å kunne utrette det som forventes. At målene for tjenesteområdet er for ambisiøse, vage og ofte i konflikt. Og at resultatene av arbeidet er svært vanskelig, om ikke umulig å måle.

Frisklivsarbeiderne har altså på den ene siden en forpliktelse overfor deltakerne og samtidig

en forpliktelse overfor den øvrige forvaltningen. Og det handler om hva man skal bruke knappe ressurser som tid og penger på. På å faktisk hjelpe deltakerne eller på å tilfredsstille krav om dokumentasjon? I tillegg er målene både ambisiøse og vage, for hvem definerer hvilke livsstilsendringer som er gode nok? Det blir dermed et spørsmål om hvem som har definisjonsmakten for god helse. Dette gjør videre at resultatene som Marit påpeker blir nærmest umulig å måle. For hvordan kan man dokumentere at en deltaker har fått for eksempel økt livskvalitet, men samtidig ikke møter målene for god helse med for eksempel en lavere BMI. Ifølge Lipsky vil slike handlingsvilkår, ofte etter en fase av ungdommelig entusiasme og pågangsmot, føre til frustrasjon og motløshet på grunn av utilstrekkelighet og manglende måloppnåelse. I dette tilfellet ser det likevel ut til at informanten tyr til en form for strategisk ulydighet i forhold til eksisterende strukturer og praksis. For eksempel kommer dette til uttrykk i utsagnet:

”Jeg er litt mer opptatt av at vi skal hjelpe disse folkene, ikke bare sitte å plote tall og setninger overalt da, for det blir forferdelig mye jobb ...” (Marit)

Helsedirektoratet anbefaler alle kommuner å ha en frisklivssentral (Helsedirektoratet 2016). I tider med presset økonomi ser det likevel ut til at det er slike tiltak som forsvinner først når kommunepolitikere må stramme inn. En utfordring med forebyggende arbeid er at det er en langsiktig strategi der effekten først vises etter en tid. Dette kan være problematisk for politikere som gjerne tenker mer kortsiktig. I tillegg er det som nevnt vanskelig å dokumentere hva som er en direkte effekt av det forebyggende arbeidet. Om en person for eksempel unngår diabetes, hjerte- og karsykdommer eller kreft som følge av samtaler og oppfølging ved frisklivssentralen er vanskelig å måle. Seks av informantene trekker frem utfordringen med å få kommunen til å satse på forebygging. Morten jobber i en kommune som har valgt å satse på forebygging og friskliv. De har et godt utbygd frisklivstilbud og en bred sammensetning av profesjoner tilknyttet. Han forteller at flere av kommunene rundt har bygget opp en frisklivssentral for så å bygge den ned igjen, og at dette er gjennomgående i denne regionen:

” Det som er litt trist i fylket her, er at vi har den laveste frisklivssentral ehh dekningen da, det er i fylket her, og med tanke på den ... hvis man ser sånn helsemessig, så ligger fylket her lavt i helse, så det er flere av sentralene som har blitt startet opp som har blitt nedlagt på grunn av prioriteringer i kommunen.” (Morten)

Han legger også til;

” Altså ... så lite som det egentlig koster å drive en frisklivssentral, og så mye du får ut av ... ja, i helse da ... sånn at ... jeg tenker at den investeringen den får du dobbelt tilbake.” (Morten)

Videre spør jeg Morten om han kan se noen utfordringer med frisklivssentralen eller denne måten å jobbe helsefremmende på, og han svarer;

” Den største utfordringen er å få etablert frisklivssentral i en kommune på grunn av at det er et forebyggende tiltak, og det er fort gjort at politikere prioriterer andre ting enn forebygging opp mot helse. Så det å få etablert en frisklivssentral med faste budsjett og midler det er vel den største utfordringen de fleste møter. Og det er også det ... der av jobber vi veldig opp mot å reklamere oss i aviser og i ... alle mulige, mulige settinger, å få ut tilbudet vårt, og ikke minst at det, deltakerne deler det med fastlegene, andre kjente om at det ... hvor bra frisklivssentralen er. Så det er vel den største utfordringen tenker jeg å klare å få etablere ... at det blir et fast tilbud som ikke fjernes.” (Morten)

Geir forklarer hvor viktig det er at kommunen ser nytten av å satse på forebyggende tiltak. Siden denne kommunen er på ROBEK- lista¹¹, er han spent på hvordan det vil gå med frisklivssentralen videre.

” En krone brukt på forebygging er jo seks, sju kroner spart senere, men det er jo bare at det budsjettet, det er ikke før 2030 kanskje.” (Geir)

Kommunen Marit jobber i har valgt å satse på forebyggende arbeid. Frisklivssentralen er allikevel en lite kjent helsetjeneste. Hun forteller at de frisklivsansatte aktivt må promotere og reklamere for frisklivstilbudet for å gjøre det mer kjent blant fastleger, helsepersonell og folk som ønsker å benytte seg av det. Jeg trekker frem at flere frisklivssentraler har blitt nedlagt på grunn av dårlig kommuneøkonomi, og spør hvordan det er i denne kommunen. På dette svarer

11. ”ROBEK er et register over kommuner og fylkeskommuner som er i økonomisk ubalanse. Kommuner og fylkeskommuner i ROBEK må ha godkjenning fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet for å kunne foreta gyldige vedtak om låneopptak eller langsiktige leieavtaler, samt at lovligheten av budsjettvedtakene skal kontrolleres” (Regjeringen 2016).

Marit at det også overfor politikerne er viktig å synliggjøre hva frisklivssentralen er. Hun sier følgende;

” ... når vi jobber i en kommune så er det på en måte, vi er nødt til å stå fram i avisen å vise hva vi gjør for at politikerne skal se det. Og vi er på en måte nødt til å sette frisklivssentralen på kartet for at de ikke skal tørre å ta det bort fra budsjettet. Og også klare å bygge opp en så god tjeneste at det, at det på en måte syns at den forsvinner ...” (Marit)

Samtlige informanter peker på en utfordring med å få kommunen til å satse på forebyggende arbeid. Dette på tross av en bred politisk forankring og et mål om å satse på helsefremmende og forebyggende arbeid (St. meld. nr. 47, 2008- 2009, Samhandlingsreformen, Meld. St. 16, 2010- 2011, Nasjonal helse og omsorgsplan 2011- 2015). Som nevnt er også et av Ottawa charterets grunnleggende prinsipper at helsefremmende arbeid må ses i sammenheng med politikk og med alle samfunnsnivåer. Hvis slike strategier skal kunne fungere fordrer det derfor tiltak og handling på flere nivåer. Sett i lys av empowermentteorien handler det her om en mer rettferdig fordeling av helse, og det kan se ut til at informantene peker på et misforhold mellom politiske styringsvedtak og den faktiske politikken som utrettes i praksis. Ifølge Verdens helseorganisasjon og Wallerstein er en viktig del av en empowermentstrategi nettopp at de må omfatte tiltak på alle nivåer hvis de skal ha en effekt. Det handler dermed om en bevisstgjøring for å mobilisere krefter og ressurser ikke bare på et individ, organisatorisk og statligpolitisk nivå, men på alle samfunnsnivåer inkludert kommunalt nivå.

Det ser ut til å være forskjeller i hvor synlig og integrert friklivstilbudet har blitt i lokalsamfunnet. Seks av informantene snakket om hvor viktig det er at også flere ledd oppover i kommunesystemet er med på å tenke forebyggende. Flere av informantene snakket om nettverk som en viktig del av arbeidet. Om det å gjøre seg synlig i form av å vise frem et ansikt bak tilbudet og hvilken kunnskap de sitter med. Samarbeid med både offentlige, private og frivillige instanser ser ut til å ha stor betydning for tilbudet. For eksempel er en viktig forutsetning for at friklivressepten skal fungere godt et godt samarbeid med fastlegene. To av ni informanter fortalte om et veldig godt samarbeid med fastlegene der de fikk mange henvisninger. Seks av informantene beskrev samarbeidet som varierende og ønsket seg et tettere samarbeid. En av informantene var helt i oppstartsfasen, men håpet på et godt samarbeid. Generelt ønsket åtte av informantene seg et tettere samarbeid med helsepersonell

og andre instanser. Kristin jobber i en liten kommune der frisklivstilbudet fungerer veldig godt. Hun forteller at de verken har mye ressurser i form av stillingsprosjekter eller ”fancy” treningsrom. De får likevel til mye blant annet med hjelp av frivillige instruktører. Om samarbeidet med kommunen og fastlegene sier hun dette;

” ... når vi starta opp så inviterte vi inn til et møte, sånt oppstartsmøte ... og da hadde jeg med to fra fylkesmann og han som da var folkehelsekoordinator på den tid for å få et skikkelig sånn god start og et yes nå starter vi opp og dette blir bra. Og det funka fint, de begynte å henvise masse med en gang. Også har jeg jevnlig, for å opprettholde kontakten med legene så er jeg jevnlig nedom på et sånt ukentlig møte de har, jeg er ikke der ukentlig, men jeg er der ... ja, er der i hvert fall et par ganger i året og så er jeg der oftere ved behov. Nå det siste året så har det vært veldig hektisk her de har henvist masse så vi har ikke, jeg har verken prioritert tid til det eller følt behov for det, fordi de har vært så flinke å henvise.” (Kristin)

Da jeg spurte Marit hvordan hun syns samarbeidet med fastlegene og annet helsepersonell er svarte hun at det varierer veldig. Enkelte av fastlegene er kjempeflinke til å bruke frisklivssentralen masse, mens andre igjen aldri gjør det. Hun sier videre;

” ... vi kunne helt klart hatt et mye tettere samarbeid, og det handler litt om hvor ofte vi får møte de, eller hvor lett vi kan gi de informasjon. For det er jo fortsatt der liksom at man sender brev ikke sant, og da er det jo klart at det blir tungvint å samarbeide. Og vi får ikke veldig ofte innpass på fastlegemøter, det må vi nesten sluss oss til. Så det savner jeg, et litt sånn tettere bånd da sånn at vi lettere kan informere om hva vi gjør.” (Marit)

Hvor integrert frisklivssentralene er i lokalsamfunnet ser altså ut til å være varierende. Videre peker informantene på hvor viktig samarbeidet er med både offentlige, private og frivillige instanser. Samarbeidet med fastlegene beskrives som en forutsetning for at frisklivsresepten skal kunne fungere godt, og informantene har ulike opplevelser av hvor godt dette fungerer. Generelt ønsket informantene at de hadde et tettere samarbeid med både fastleger og andre instanser, noe som kan tolkes som at de ønsker en mer helsefremmende og integrert empowerment praksis.

5. Rekapitulering

I denne oppgaven har jeg sett nærmere på frisklivssentralen som er en kommunal helsefremmende og forebyggendetjeneste. Målet har vært å belyse hvordan frisklivssentralen arbeider med å endre folks livsstilsvaner, og undersøke hvilken helseforståelse dette arbeidet tar utgangspunkt i. Problemstillingen jeg har jobbet ut fra er følgende:

Hvordan jobber frisklivssentralen med å endre folks livsstilsvaner, og hvilken forståelse av helsebegrepet ligger til grunn for dette arbeidet?

Denne er videre delt opp i fem forskningsspørsmål som handler om hvordan frisklivssentralen arbeider, helseforståelsen som ligger til grunn og hvilke sosiologiske teorier som kan bidra til å forstå denne arbeidsformen. Gjennom å analysere det empiriske datamaterialet har jeg kommet frem til noen trekk som skiller seg ut ved helseforståelsen til informantene og det praktiske arbeidet ved frisklivssentralen. I tillegg har jeg valgt å ta med et avsnitt om noen utfordringer ved det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Selv om dette kanskje er noe utenfor problemstillingen, har jeg valgt å ta dette med fordi det var et tema som gikk igjen blant informantene. I dette kapittelet vil jeg presentere funnene i undersøkelsen opp mot forskningsspørsmålene.

5.1 Hvordan forstår de som jobber ved frisklivssentralen begrepet helse?

Undersøkelsen viser at informantenes forståelse av helsebegrepet ser ut til å ha beveget seg bort fra en biomedisinsk modell, og en forståelse av helse som kun tilstand. De legger isteden vekt på både fysiske, psykiske og sosiale aspekter, den individuelle opplevelsen og trivsel som viktige faktorer i forhold til helsa. Slik sett sammenfaller denne forståelsen av helse med en holistisk forståelse av helse, hvor helse omfatter livskvalitet og en forståelse av helse som opplevelse. Dette er jo riktig nok heller ikke så overraskende, siden det er denne forståelsen av helse som danner grunnlaget for det helsefremmende arbeidet. Informantene i denne studien tar likevel noe avstand fra denne veldig brede helsedefinisjonen til fordel for en mer pragmatisk forståelse og til nærming til helse. De knytter med dette helse til funksjonsevne, mestring og det å gjøre det beste ut fra de forutsetningene man har. Helse forstås på denne

måten som noe individuelt, en opplevelse og en ressurs som styrker mennesker slik at de fungerer og kan møte hverdagens krav.

5.2 Hvordan arbeider frisklivssentralen for å endre folks livsstilsvaner?

Gjennom empirien kom det frem tre hovedkategorier som omhandler hvordan frisklivssentralen jobber med livsstilsendringer. Disse er endring gjennom læring, motivasjon og mestring. I tillegg er fokuset på å ivareta deltakernes autonomi et gjennomgående trekk ved arbeidet.

Endring gjennom læring handler om muligheten til å lære om sunne livsstilsvalg. Det handler om å lære seg å kjenne hvordan egen kropp reagerer på aktivitet og om hvordan aktiviteter kan tilpasses dagsform og eventuelle fysiske plager. Kognitive teknikker er en viktig del av arbeidet hvor deltakerne skal lære seg å bli bevisst mentale prosesser og hvordan de tenker rundt sin egen endringsprosess. Frisklivsarbeidernes rolle er å veilede deltakerne mot en sunnere livsstil og støtte dem til å gjøre endringer på de områdene de trenger å endre.

Endring gjennom motivasjon handler om å finne tak i den indre motivasjonene til den enkelte. Gjennom metoden motiverende intervju skal deltakernes bevissthet om egen situasjon styrkes og motivasjonen til å endre atferd økes. MI er samtaleverktøyet som skal hjelpe deltakerne til å finne ut selv hva de vil. Konkret går metoden ut på at veilederen stiller spørsmål som stimulerer til bevisstgjøring hos deltakeren. På denne måten handler MI om å skape refleksjoner hos deltakerne som gjør dem i stand til å tenke selv. Endringshjulet er et annet verktøy i motivasjonsarbeidet som hjelper frisklivsarbeiderne med å finne ut hvor deltakerne er i endringsprosessen. Ved å finne ut av hvilken endringsfase deltakerne er i kan veilederen tilpasse motivasjonsarbeidet til denne fasen.

Endring gjennom mestring handler om å bygge motivasjon gjennom å ha fokus på hva deltakerne får til eller mestrer. Det å la deltakerne få et eierforhold til opplegget og endringsprosessen er en viktig del av dette. Gjennom å sette realistiske delmål eller ved å ta ”de små skrittene” bygges mestringsfølelse, som igjen er med på å bygge motivasjon til å fortsette. Det er også ofte ”de små skrittene” som fører til store endringer. I tillegg er et viktig

prinsipp er å finne ut hva som er realitetene i den enkeltes liv, og ut fra dette finne tiltak som deltakeren kan leve med på sikt.

5.3 Hvilke tilbud har de?

Alle frisklivssentralene skal ha et tilbud om kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt gjennom strukturerte oppfølgingstilbud. I tillegg kan de tilby kurs i mestring av depresjon (KiD) og belastning (KiB), veiledning ved søvnvansker og samtaler om alkoholvaner. Mange frisklivssentraler har også egne tilbud til barn og unge og deres foresatte, eldre og innvandrere (Helsedirektoratet 2016). Frisklivsresepten er en av grunnpilarene i frisklivssentralen, og er et tolvukers oppfølgingsprogram med hjelp til motivasjon for å endre vaner på områdene fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt.

Samtlige frisklivssentraler i denne undersøkelsen, med unntak av en som var i oppstartsfasen, hadde et godt utbygd fysisk aktivitetstilbud. Flere av stedene hadde også tilbud om å prøve ut forskjellige treningsformer som for eksempel boksing, qi gong eller yoga. Alle frisklivssentralene kunne tilby et motivasjonskurs for å endre matvaner, eller et Bra Mat kurs, og alle hadde et tilbud om snus- og røykesluttkurs. Utover grunntilbudet om fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt var tilbudet til de seks frisklivssentralene varierende. To av frisklivssentralene hadde et eget tilbud til eldre, mens tre av frisklivssentralene hadde kurs i belastning, depresjon og livsstilmestring. Kurset i belastningsmestring handler om alle slags mulige belastninger, og går ut på at deltakerne veiledes i kognitive teknikker før de etterhvert skal gå over til å hjelpe hverandre. Tre av frisklivssentralene hadde et tilbud til barn og unge med foresatte, mens en av frisklivssentraler var i gang med planleggingsfasen for å opprette et slikt tilbud. To av frisklivssentralene var i en oppstartsfase med fokus på først å etablere grunntilbudene om fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt.

5.4 Handler alt de holder på med på frisklivssentralen om helse?

En del av arbeidet ved frisklivssentralen handler om å få frem at det er en gevinst i det de holder på med. De gjør blant annet fysiske tester av deltakerne før og etter en reseptperiode i tillegg til at deltakerne blir bedt om å fylle ut et evalueringsskjema. Informantene forteller at

frisklivssentralen er avhengig av dokumentasjon for å kunne vise at tiltaket har en effekt og at det er nyttig. Men samtidig er det vanskelig å dokumentere hva som er en direkte effekt av det forebyggende arbeidet. Siden en stor del av frisklivsarbeidet handler om veiledning og formidling av kunnskap byr det på problemer med å få frem det positive som faktisk kommer ut av dette arbeidet. På flere steder er frisklivssentralen også en lite kjent helsetjeneste. En del av arbeidet ved frisklivssentralen handler da om å aktivt promotere og reklamere for frisklivstilbudet for å gjøre det mer kjent blant fastleger, helsepersonell og folk som ønsker å benytte seg av tilbudet. Seks av informantene snakket om hvor viktig det er at også flere ledd oppover i kommunesystemet er med på å tenke forebyggende. I tillegg snakket flere av informantene om nettverk som en viktig del av arbeidet. Og om det å gjøre seg synlig i form av å vise frem et ansikt bak tilbudet og hvilken kunnskap de sitter med. Samarbeid med både offentlige, private og frivillige instanser ser ut til å ha stor betydning for tilbudet. For eksempel er en viktig forutsetning for at frikslivsresepten skal fungere godt et godt samarbeid med fastlegene.

5.5 Hvilket sosiologisk perspektiv kan bidra til å forstå denne arbeidsformen?

I tråd med Antonovsky sin **salutogene modell** betrakter informantene i denne studien helse som en ressurs som kan både bygges opp og brytes ned gjennom livsløpet. Helse blir slik sett forstått som noe relativt og trenger ikke nødvendigvis å være fravær av sykdom. Istedenfor å ha fokus på sykdomsfremkallende forhold (patogenese) flyttes fokuset over til mestring og det som fremmer helse (salutogenese). En salutogen tilnærming til det helsefremmende og forebyggende arbeidet ved frisklivssentralen vil dermed innebære å finne faktorer som underbygger og opprettholder helse, trivsel og velvære (jf. Antonovsky 2014). I dette perspektivet ses også evnen til å takle stressende livssituasjoner i sammenheng med en persons opplevelse av sammenheng. Om en person har en sterk opplevelse av sammenheng vil avhenge av personens generelle mestringsressurser. Frisklivssentralens arbeid handler i stor grad om å styrke deltakernes generelle mestringsressurser (f.eks. selvbilde, mestringsfølelse og handlekraft) gjennom kognitive teknikker og trening. Det disse mestringsressursene som videre vil bidra til at deltakerne opplevelse av sammenheng styrkes, og som vil hjelpe dem å bevege seg i retning av helse.

Metoden frisklivssentralen benytter for å arbeide med livsstilsendringer kan ses som **empowerment** i praksis. Frisklivsarbeiderne tar i likhet med empowerment tilnærmingen utgangspunkt i at mennesker kan handle og forandre sin tilværelse gjennom kritisk refleksjon og bevisstgjøring. Utgangspunktet for arbeidet er å hjelpe deltakerne til å finne ut selv hva de vil. Læringsaspektet er helt sentralt i dette, hvor det benyttes kognitive teknikker for å skape refleksjoner og bevisstgjøring. I et empowerment perspektiv kan en person som sliter med livsstilsproblemer på en å samme tid betraktes som årsaken til livsstilsproblemene og som løsningen. Bevisstgjøringsprosessen er dermed helt sentral i et empowerment basert arbeid. Ved frisklivssentralen benytter de samtaler og kognitive teknikker for at deltakernes skal øke sin forståelse av egen situasjon. Gjennom motivasjonsarbeidet skal deltakerne styrkes slik at de mobiliserer krefter til å gjøre endringer. Frisklivsarbeiderne er også bevisst på at endringsprosessen må ta utgangspunkt i deltakerens dagligliv. Det handler da om å finne ut hva som er realitetene i den enkeltes liv. Gjennom at deltakeren blir bevisst sin egen situasjon kan hun/han med støtte fra frisklivsarbeideren begynne å endre og se andre muligheter og løsninger. Relasjonen mellom deltakeren og frisklivsarbeideren er sentralt i dette arbeidet. Det handler da om å støtte å veilede og stimulere til at deltakeren skal komme med svarene og løsningene selv. På den måten får deltakeren et eierforhold til sin egen frisklivsprosess og deres autonomi og kontroll over eget liv styrkes.

Frisklivssentralens arbeid kan forstås i lys av Foucault sitt **governmentality**- begrep. I det helsefremmende arbeidet utgjør Ottawa charteret selve fundamentet. Det er på dette grunnlaget at Helsedirektoratet utarbeider helsefremmende og forebyggende politikk. ”Veileder for kommunale frisklivssentraler” er et styringsdokument utarbeidet av Helsedirektoratet. Det er dette som ligger til grunn for etableringen, organiseringen og tilbudene ved frisklivssentralen. Ifølge veilederen skal alle frisklivssentralene kunne tilby kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt. I tillegg er resepttilbudet et av kjernetilbudene som skal opprettes først. Disse tilbudene er styrt. Videre er frisklivssentralens oppgave å formidle kunnskap basert på Helsedirektoratet sine retningslinjer, som igjen tar utgangspunkt i forskning. I et governmentality perspektiv vil kunnskapen frisklivssentralens formidler gå ut fra en rådende helsediskurs. Det er etablert et sannhetsregime der virkelighetsoppfatninger som at individer bør søke helse oppfattes som selvinnlysende sannheter (Askheim 2016). Frisklivssentralen blir dermed formidlere av en disiplinerende makt som definerer rammene for hva som blir sett på som sunt og usunt, normalt og avvikende. Ved å få deltakerne til å bruke disse rammene for seg selv og

virkeligheten, er hensikten at det skal føre til at de endrer måten de tenker på, holdninger og handlinger (ibid).

I et governmentality perspektiv er frisklivsarbeiderne særlig viktig fordi de utgjør bindeleddet mellom staten og den spesialiserte bruken av kunnskap i samfunnet. De er sentrale utøvere av biomakt og søker å styre folk mot sunnhet og bedre helse. Frisklivsarbeiderne er også de som setter i gang og bistår deltakerne i selvstyringsprosesser. Selvteknologier er spesielt viktig i denne sammenheng siden det er disse som gjør deltakerne til gjenstand for egen styring. Det handler da om de teknikker og kognitive verktøy som deltakerne lærer slik at de enkelt skal kunne opprettholde trening og et sunt kosthold også etter avsluttet oppfølging fra frisklivssentralen. Makten som frisklivsarbeiderne har vil i dette perspektivet kunne karakteriseres som en pastoral makt. De utøver ikke makt i form av repressiv kontroll, men isteden gjennom rettledning, veiledning og omsorg (jf. Holmes 2002 i Askheim 2016). Frisklivsarbeiderne har dermed gjennom sin kunnskap og posisjon en viktig rolle som vennlig rådgiver for overfor deltakerne. De skal altså gi deltakerne den nødvendige viten som setter dem i stand til å ta ”selvstendige”, men samtidig riktige, gode og sunne valg (jf. Askheim 2016).

Lipsky sin teori om **tjenesteytere i offentlig sektor** kan til en viss grad bidra til å forstå arbeidet ved frisklivssentralen. I dette perspektivet belyses den doble rollen frisklivsarbeiderne har som både hjelpere og kontrollører. De skal både hjelpe brukerne til selvstendighet og på samme tid ha en kontrollfunksjon for å begrense livsstilsproblematikk. I Lipsky sitt perspektiv er det tjenesteyterne i offentlig sektor, eller frisklivsarbeiderne i dette tilfellet, som utformer den praktiske politikken (jf. Lipsky 2010). Dette skjer imidlertid ikke i et tomrom, og handlingsvilkårene er isteden preget av dilemmaer og krysspress. I dette tilfellet er frisklivsarbeidernes handlingsvilkår preget av flere forhold. For eksempel at det er lite ressurser i form av tid og økonomiske midler til å skulle utrette det som forventes, at behovet for nye tjenester øker proporsjonalt med tilbudet og at resultatene av arbeidet er svært vanskelig, om ikke umulig å måle. Ifølge Lipsky vil slike handlingsvilkår utløse et behov for beskyttelsesstrategier og tilpasninger for å gjøre arbeidssituasjonen håndterbar. Videre vil slike tilpasninger ofte gjøres uten hensyn til brukerne. I stedet for å la seg disiplinere av brukerne, vil mange slike tilpasninger heller handle om en disiplinering av brukerne (Lipsky 2010). Dette er likevel ikke tilfellet ved frisklivssentralen. Istedenfor å disiplinere deltakerne for å passe systemet ser det ut til at frisklivsarbeiderne benytter seg av en strategisk ulydighet

(jf. Askheim og Starrin 2007). De benytter seg av de mulighetene og det handlingsrommet de har til å nedprioritere for eksempel dokumentasjonsarbeid, på samme tid som det tas hensyn til rammene frisklivsarbeidet praktiseres innenfor (Askheim 2016). Frisklivsarbeiderne benytter dermed en strategisk ulydighet i forhold til eksisterende strukturer og praksiser som undertrykker og som skaper eller opprettholder avmakt (ibid). Det handler da for eksempel om byråkratiske regler som pålegger frisklivsarbeiderne å måle og dokumentere, og på den måten legge beslag på tiden som de heller kunne ha brukt på deltakerne. Frisklivsarbeiderne ser i motsetning til Lipsky sin beskrivelse ut til å handle til deltakerens fordel istedenfor de forvaltningsmessige, politiske og økonomiske rammene (ibid).

6. Sammenfatning og konklusjon

Frisklivssentralen er en del av samfunnets strategi for å fremme helse og sunn livsstil.

Tilbudets form og innhold kan fortolkes i lys av noen kjennetegn som vi kan se ut fra noen sosiologiske begreper og teorier. Jeg har valgt en åpen tilnærming til materialet og latt empirien styre mye av fortolkningen av observasjoner og funn. Samtidig hadde jeg med meg et kritisk blikk til både ideologien bak tiltakene og fremgangsmåte. Som tidligere nevnt ble perspektivet noe endret underveis i studien. Problemstillingen fulgte imidlertid med hele veien gjennom undersøkelsen.

I denne delen vil jeg forsøke å besvare den overordnede problemstillingen om hvordan frisklivssentralen jobber for å endre folks livsstilsvaner, og hvilken forståelse av helsebegrepet som ligger til grunn for dette arbeidet. Jeg har imidlertid valgt å besvare spørsmålet om helsebegrepet først. Studien viser at informantene har en pragmatisk forståelse og tilnærming til begrepet helse. De knytter helse opp mot funksjonsevne, mestring og det å kunne gjøre det beste ut fra de forutsetningene man har. Helse er dermed noe relativt, og trenger ikke nødvendigvis å være fravær av sykdom. Helse forstås på denne måten også som noe individuelt, som en opplevelse og en ressurs. Informantenes forståelse av begrepet helse er sammenfaller slik sett med den salutogene modellen for helse. Når det gjelder spørsmålet om hvordan frisklivssentralen jobber for å endre folks livsstilsvaner viser studien at frisklivssentralen arbeider ut fra tre hovedprinsipper. Disse er endring gjennom læring, motivasjon og mestring. I tillegg er fokuset på å ivareta deltakernes autonomi sentralt i arbeidet. Frisklivssentralen arbeider slik sett ut fra en "bottom- up" empowerment tilnærming til arbeidet med livsstilsendringer.

Ifølge Verdens helseorganisasjon er empowerment en prosess som setter folk i stand til å øke kontrollen over beslutninger som angår deres helse (WHO 1998). Et viktig aspekt ved en empowerment tilnærming er dermed at den må omfatte flere samfunnsnivåer hvis den skal ha effekt. En utfordring med empowerment basert arbeid som ved frisklivssentralen er at det legges for stor vekt på individuelle psykologiske bevisstgjøringsprosesser uten at det gripes tak i den politiske og kollektive dimensjonen. Uten maktperspektivet og fokus på det som skaper makt og avmakt, vil de strukturelle forholdene som bidrar til problemene overses og begrepet avpolitiseres (Askheim 2012). Frisklivssentralen har riktig nok fokus på både lokal

tilpasning og på å styrke tverrfaglig og frivillig samarbeid. I tillegg har de fokus på at flere ledd oppover i det politiske systemet må bidra hvis det helsefremmende og forebyggende arbeidet skal ha en effekt. Dette er noe frisklivssentralen også etterlyser mer av. Den individuelle fremgangsmåten skaper imidlertid noen føringer. Og organiseringen av helsetjenesten skaper hindringer for et slikt samarbeid, særlig at frisklivssentralen er det siste leddet (jf. Lipsky). Man kan dermed undre seg om disse aspektene ved en empowerment tilnærmingen tillegges nok vekt.

Governmentality perspektivet kan bidra til å belyse styringslinjer fra politikk til praksis. Frisklivssentralens arbeid vil forstått på denne måten innebære en form for disiplinering av deltakerne forkledd som en frigjøring. En utfordring med dette perspektivet er imidlertid at det overser at frisklivsarbeiderne rent faktisk forsøker å hjelpe og fremme empowerment. Selv om governmentality perspektivet kanskje kommer til kort når det gjelder å beskrive hvordan frisklivssentralen arbeider med livsstilsendringer, kan det likevel kaste lys på en helsediskurs og en virkelighetsforståelse som legger mye ansvar over på individet. Det sterke individfokus tar på denne måten bort fokuset fra de strukturelle forholdene som faktisk skaper disse helseproblemene. Så, selv om kunnskapsnivået om trening, kosthold og helse øker blant befolkningen, er det kanskje ikke så rart at overvektsproblemer og andre sykdommer knyttet til livstil også øker.

Litteraturliste

- Aakvaag, Gunnar C (2010): *Moderne sosiologisk teori*. Oslo, Abstrakt forlag
- Allan, Kenneth (2013): *Contemporary social & Sociological Theory. Visualizing Social Worlds*. Thousand Oaks, Sage Publications
- Antonovsky, Aaron (2014): *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Askheim, Ole Petter og Starrin, Bengt (2012): *Empowerment i teori og praksis*. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Askheim, Ole Petter (2016): *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo, Gyldendal Akademisk
- Blaikie, Norman (2014): *Designing Social Research*. Cambridge, Polity Press
- Conrad, Peter (1992): *Medicalization and Social Control*. Annual Review of Sociology
- Dubos, René (1996/1959): *Mirage of Health- Utopias, Progress, and Biological Change*. New Brunswick NJ, Rutgers University Press
- Elstad, Jon Ivar. Helse (2010): *Det norske samfunn*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Foucault, Michel (1999): *Seksualitetens historie 1, Viten til viljen*. Valdres, Pax Forlag
- Freire, Paulo (1974): *De undertryktes pedagogikk. Hvordan gi analfabeter og kuede selvillit og politisk forståelse?* Oslo, Mariendals Boktrykkeri A/S
- Førland, Georg (2014): *Læring i helse- en studie i læring og mestringscenterets helsepedagogiske kunnskapsgrunnlag og praksis*. Stockholm, Karolinska institutet
- Gjernes, Trude (2004): *Helsemodeller og forebyggende helsearbeid*. Nordlands forskning.
- Gilje, Nils og Grimen, Harald (1993): *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo, Universitetsforlaget
- Holter, Harriet og Kalleberg, Ragnvald (2007): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo, Universitetsforlaget
- Illich, Ivan (1974): *Medical Nemesis*. Journal of Epidemiology & Community Health
- Jacobsen, Dag Ingvar (2011): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Leiulfsrud, Håkon og Hvinden, Bjørn (2007): *Fiksérbilde eller puslespill?* Oslo, Universitetsforlaget
- Lipsky, Michael (2010): *Street- Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*, New York, Russel Sage Foundation

Lupton, Deborah (1997): *The Imperative of Health- Public Health and the Regulated Body*. London, SAGE Publications

McKeown, Thomas and R. G. Record (1962): *Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century*. Population Studies

Mæland, John Gunnar (2016): *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget

Nettleton, Sarah (2013): *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge, Polity Press

Nilsen, Vivi (2012): *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo, Universitetsforlaget

Miles, Matthew B., Huberman, A. Michael og Saldana, Johnny (2014): *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. Thousand Oaks, Sage

Rønning, Rolf (2012): *Brukermedvirkning og empowerment- Gammel vin på nye flasker?* Oslo, Gyldendal Akademisk

Stamsø, Mary Ann (2010): *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo, Gyldendal akademisk

Tjora, Aksel (2012): *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo, Gyldendal akademisk

Wallerstein, Nina (2006): *What is the evidence on empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europa (Health Evidence Network Report)

Zola, Kenneth Irving (1972): *Medicine as an Institution of Social Control*. Sociological Review

Internettkilder:

Helsedirektoratet (2008): *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-6-a-bli-fysisk-aktiv.pdf> Lest 10 august 2017

Helsedirektoratet (2014): *Oversikt over ny lovgivning relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid*. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Oversikt-over-ny-lovgivning-relatert-til-forebyggende-og-helsefremmende-arbeid/> Lest 12 september 2017

Helsedirektoratet (2017): *Helsefremmende arbeid*. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Helsefremmende-arbeid/> Lest 14 november 2017

Helsedirektoratet (2016): *Hva er en frisklivssentral?* Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral> Lest 1 juli 2017

Helsedirektoratet (2017): *Folkehelseloven*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/lover/folkehelseloven#formålet-med-folkehelseloven> Lest 2 juli 2017

Helsedirektoratet (2016): *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1177/Nøkkeltall%202016%20IS-2464.pdf> Lest 1 juli 2017

Helsedirektoratet (2013): *Reduksjon i ikke- smittsomme sykdommer- Nasjonal oppfølging av WHO's mål*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/308/Reduksjon-i-ikke-smittsomme-sykdommer-nasjonalt-oppfølging-av-WHOs-mal-IS-0373.pdf> Lest 1 juli 2017

Helsedirektoratet (2017): *Samhandlingsreformen*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen> Lest 5 oktober 2017

Helsedirektoratet (2016): *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. Internett Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf Lest 1 juli 2017

Lovdata (2011): *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_4 Lest 2 juli 2017

Regjeringen. NOU (1998): *Det er bruk for alle- Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-18/id141324/sec1> Lest 12 september 2017

Regjeringen: *Register om betinget godkjenning og kontroll (ROBEK)*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/robek-2/id449305/> Lest 2 oktober 2017

Regjeringen (2003). St. Meld. Nr. 16 (2002- 2003): *Resept for et sunnere Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/sec1> Lest 9 juli 2017

Statistisk sentralbyrå (2015): *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og->

[publikasjoner/gruppering-av-kommuner-etter-folkemengde-og-okonomiske-rammebetingelser-2013](#) Lest 2 september 2017

Statistisk sentralbyrå (2017): *Kommunehelsetjenesta*. Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko> Lest 2 oktober 2017

Statistisk sentralbyrå (2017): *Kommunehelse- nøkkeltall*. Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=Kostra2KEKommune&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=helsetjko&StatVariant=&checked=true> Lest 2 oktober 2017

Stortinget (2013). St. Meld. Nr. 34, (2012- 2013): *Folkehelsemeldingen. God helse- felles ansvar*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf> Lest 11 september 2017

Stortinget (1994): *Innstilling fra sosialkomiteen om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Tilgjengelig fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1993-1994/inns-199394-118/?lvl=0)

[publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1993-1994/inns-199394-118/?lvl=0](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1993-1994/inns-199394-118/?lvl=0)

Lest 12 september 2017

Stortinget (2011). Meld. St. 16: *Nasjonal helse og- omsorgsplan (2011- 2015)* Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf> Lest 14 november 2017

Stortingsmelding nummer 47 (2008- 2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> Lest 5 oktober 2017

Stortinget (1993). St. Meld nr. 37, (1992-1993): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Tilgjengelig fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-)

[publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-)

[93&paid=3&wid=d&psid=DIVL763&pgid=d_0513](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=3&wid=d&psid=DIVL763&pgid=d_0513) Lest 9 juli 2017

World Health Organization (1946): *Constitution of WHO: principles*. Tilgjengelig fra:

<http://www.who.int/about/mission/en/> Lest 5 juli 2017

World Health Organization (1978): *Declaration of Alma Ata*. Tilgjengelig fra:

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Lest 7 juli 2017

World Health Organization (2013): *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013- 2020*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
Lest 1 juli 2017

World Health Organization (2017): *Noncommunicable diseases*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> Lest 1 juli 2017

World Health Organization (1998): *Health Promotion Glossary*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
Lest 2 september 2017

World Health Organization (1986): *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Lest 7 juli 2017

Vedlegg 1.

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt

Hei.

Jeg er en sosiologistudent ved Nord universitet som holder på å skrive en masteroppgave. Temaet for oppgaven min er helsepolitikk. Jeg ønsker å se nærmere på frisklivssentralen som del av den forebyggende og helsefremmende sosialpolitikken. I den forbindelse ønsker jeg å intervju ansatte ved frisklivssentralen.

Den foreløpige tittelen på masteroppgaven min er: Sunnhet, makt og folkehelse

Formålet med prosjektet er å se nærmere på hvordan helsepolitikken uttrykkes i praksis gjennom frisklivssentralen. Jeg ønsker å undersøke hvordan frisklivssentralen jobber med å endre folks livsstilsvaner og hvilken forståelse av helse som ligger til grunn for dette arbeidet. Helsefremmende og forebyggende arbeid generelt og frisklivssentralen spesielt er både viktig og interessant å studere fordi det handler om endringer som griper inn i folks liv.

Intervjuene vil ha ca. en times varighet og det er ønskelig å gjennomføre disse iløpet av mai 2016. Jeg vil også bruke båndopptaker til å ta opp intervjuet dersom informanten godkjenner dette. All informasjon som kommer frem under intervjuet vil være konfidensielt, og lydopptaket vil bli slettet rett etter at jeg har skrevet av den informasjonen jeg trenger. Alle opplysninger vil anonymiseres innen prosjektets avslutning november 2016.

Det er frivillig å delta på dette intervjuet, og dersom du takker ja kan du når som helst trekke deg fra intervjuet. Du kan velge å trekke deg fra undersøkelsen helt frem til prosjektets slutt.

Dersom du har noen spørsmål i forbindelse med masteroppgaven, kan du kontakte meg på epost: christinemalmberg@gmail.com eller telefon: 91775583

Min veileder for denne masteroppgaven, Berit Skorstad, kan kontaktes på epost:

berit.skorstad@nord.no dersom det skulle være ønskelig.

Med hilsen

Christine M. Malmberg

Vedlegg 2.

Problemstillingen på oppgaven er; *Hvordan jobber Frisklivssentralen med å endre folks livsstilsvaner, og hvilken forståelse av helsebegrepet ligger til grunn for dette arbeidet?*

Intervjuguide til ansatte ved Frisklivssentralen

Innledning:

- Si noe om bakgrunnen og hensikten med intervjuet
 - Ser at livsstils problemer øker samtidig som det er et sterkt fokus på helse, kropp og sunnhet
 - Nysgjerrig på forebyggende og helsefremmende arbeid
 - Nysgjerrig på frisklivssentralen som fenomen
- Si noe om det jeg er interessert i å få vite noe om
 - Hvordan frisklivssentralen fungerer i praksis
 - Hva de tenker rundt begrepet helse
 - Intervjuet vil vare ca. en time

Forskningsetiske retningslinjer:

- Opplys om muligheten til å trekke seg
- Data vil bli anonymisert
- Båndet vil bli slettet etter bruk

Bakgrunnsinformasjon:

- Alder
- Yrke/tittel

Åpningsspørsmål:

- Kan du si noe om din rolle ved frisklivssentralen?

- Hvor lenge har du jobbet her?
- Hvis du skulle beskrive frisklivssentralen til en som ikke kjente tilbudet, hva ville du ha sagt da?

Praksis:

- Kan du fortelle noe om tilbudet ved frisklivssentralen?
 - Motiverende intervju
 - Kurstilbud ("Bra mat for bedre helse", røykesluttekurs, depresjonskurs, (KID) belastningsmestringskurs (KIB), søvnkurs, annet)
 - Treningstilbud
 - Grupper
 - Foredrag
 - Individuell oppfølging utenom de fysiske møtene
- Hvor foregår disse aktivitetene?
 - Egne lokaler
 - Lokale treningssentre
 - Ute i naturen
 - Annet
- Er det noe du vil trekke frem som ekstra positivt eller virkningsfullt ved måtene dere jobber på?
- Opplever du at det er stor etterspørsel etter tilbudene ved Frisklivssentralen?
 - Stor pågang
 - Lang ventetid
 - Vanskelig å få tilbudsplass
- Hvis du skal beskrive en dag på Frisklivssentralen for deg, hvordan vil den se ut?

Helsebegrepet:

- Hva legger du i begrepet helse?
- Hjelper dere folk også med andre ting enn trening og kosthold, for eksempel ting med utseende eller velvære?
- Er begreper som empowerment eller livskvalitet noe dere bruker eller har fokus på?
- Hvordan foregår samarbeidet dere har med fastlegene eller annet helsepersonell?

- Samarbeider dere også med bedrifter eller arbeidsgivere?
- Tror du at det er slik at de fleste kommer hit etter eget ønske, eller at det ofte er en anbefaling fra legen som fører folk hit?
- Hvordan opplever du motivasjonen til folk ved Frisklivssentralen?
- Hvilken betydning tror du det har at folk får møte andre i en tilsvarende situasjon?
- Hvordan opplever du de faktiske endringene som skjer, omleggingen av livsstil?
 - Er de merkbare
 - Midlertidige
 - Varige
- Hvordan er oppfølgingen under og etter deltakelsen ved frisklivssentralen?
- Er det slik at de fleste gjennomfører prosessen de påbegynner, eller er det stort frafall?
- Opplever du at det er knyttet fordommer til å benytte seg av tilbud som frisklivssentralen?
- Hva tenker du om det sterke fokuset som er på helse og sunnhet i samfunnet idag?
- Frisklivssentralen fremstår som et godt tilbud. Kan du se noen utfordringer med frisklivssentralen og denne måten å jobbe med helsefremmende arbeid på?

Avslutning:

- Er det behov for et tilbud som frisklivssentralen?
- Er det noe du tenker vil gjøre frisklivssentralen til et enda bedre tilbud?
- Er det noe du tenker at jeg burde ha spurt om, eller noe annet du vil tilføye avslutningsvis?

Takk:

- Takk for at du tok deg tid og for at du ville snakke med meg.
- Er det noe du lurer på i forhold til oppgaven som dukker opp i ettertid, er det bare å ta kontakt