

# Hvorfor lykkes noen med livsstilsendring?

## En kvalitativ studie av tidligere deltagere i Vend-Risk

*(Why does some succeed in changing lifestyle? - A qualitative study of former  
participants in Vend-Risk)*

Elise Minde

Masteroppgave i klinisk helsevitenskap: fedme og helse

Mai 2018



Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for klinisk og molekylær medisin

## **Forord**

To år som masterstudent i klinisk helsevitenskap er nå over. Det har vært lærerikt, spennende og utfordrende. Det føles godt å avlegge masteroppgaven som en avslutning for åtte år som student. Arbeidet med masteroppgaven har vært en interessant og lærerik prosess, både faglig og personlig, og jeg ville ikke vært foruten.

Gjennom hele året og arbeidet med masteroppgaven er det flere som fortjener en takk for store og små bidrag til oppgaven. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene mine. Uten dere ville ikke denne oppgaven vært mulig. Tusen takk for alt dere delte og deres åpenhet. Takk til Frisklivssentralene i Stjørdal, Meråker og Selbu som stilte med lokaler.

Jeg vil også takke biveileder Ellen Ersfjord for at du gjennom hele prosessen har vært tilgjengelig for spørsmål og råd, for reflektert og konstruktiv tilbakemelding og oppmuntrende ord. Jeg vil også takk hovedveileder Bård Kulseng og daglig leder for Vend-Risk Monika Devle. Og jeg ønsker å takke Sverre Bøe for korrekturlesing på oppgaven, og Lydia Sindland for korrekturlesing på abstraktet.

Videre ønsker jeg å takke venner og familie som har stilt opp i denne prosessen. Takk for oppmuntrende ord, Pepsi Max og råd om å ta pauser. Takk for latter, humor og utholdenhet på samtaletemaer rundt temaet livsstilsendringer og fedme. Det har betydd mye. Takk til de jeg bor med i Bergen som har latt meg sitte å skrive i stuen i ett år og spesielt takk til Kine som har gjort pendlingen til Trondheim til en lek i to år.

Sist, men ikke minst – tusen takk til min kjære som har holdt ut med pendling, prat om fedme og fedmebehandling, for middager, treninger og for opp- og nedturer i denne prosessen. Det har vært uvurderlig!

Trondheim, Mai 2018

Elise Minde

## **ABSTRACT**

**Background:** Lifestyle interventions to reduce risk of illness related to overweight and obesity, have had limited success. Only a few of those participating in lifestyle interventions are able to maintain changes and keep their weight loss stable over time.

**Aim:** This thesis seeks to investigate what factors have been crucial to help former participants in the «Vend-Risk» study maintain the lifestyle changes they started with (during their time with Vend-Risk) - a study designed to achieve permanent lifestyle changes in regards to diet and activity habits, promoting health and preventing development of illnesses.

**Method:** To answer the thesis question, a qualitative method was used. Eight semi-structured, in-depth interviews were carried out on participants, who were part of the Vend-Risk program between 2010 and 2015, and who had been without guidance for two years when the interviews started. The method of systematic text condensation (STC) developed by Kirsti Malterud, was used for analysis.

**Results:** The informants explained that they experienced a turning point before starting the Vend-Risk program, and that this helped motivate them. This turning point was largely related to the fear of developing illnesses related to obesity, such as type 2 diabetes, something every participant was in danger of developing. My research also shows that the informants embraced the biopedagogical messages involved in the study, meaning messages stated by the study's team about how to perform lifestyle changes. This led to the participants beginning to self-monitor their food intake and physical activity. Their perspective on health and body images also changed. Combined, this gave them the coping strategies to attain a permanent lifestyle change. In the time after the Vend-Risk program, the informants have had to work systematically to maintain the changes they have made. In addition, relations between the participants of the study, relationships with the study's team and family members, as well as with friends, were communicated to be important to achieve a successful lifestyle change.

**Conclusion:** My study suggests that those who are successful in the Vend-Risk program, developed increased self-monitoring, making them able to maintain the lifestyle changes and weight loss over time. My findings also suggest that relational and social aspects influenced

the outcome of their lifestyle treatment in various ways. Health services should therefore not understand and treat obesity just as an individual condition, because relational aspects, as well as cultural predispositions on overweight and obesity, can influence whether patients are successful in permanent lifestyle changes.

**Relevance:** This thesis contributes with knowledge about why some patients are successful in permanent lifestyle changes and weight loss. It also sheds some light on how sociological and health scientific perspectives can complete each other and provide increased understanding in regards to treatment of patients with obesity.

**Keywords:** biopedagogy, obesity, weight maintenance, lifestyle change

## Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn.....	7
1.1 Hva er overvekt og fedme? .....	7
1.1.1 Årsaksforhold til utvikling av overvekt og fedme .....	8
1.2 Forebygging av overvekt og fedme .....	9
1.3 Behandlingstilbud.....	10
1.3.1 Hvorfor lykkes noen?.....	11
1.3.2 Behandling i primærhelsetjenesten .....	12
1.3.3 Behandling i spesialisthelsetjenesten .....	14
1.4 Vend-Risk .....	15
1.5 Teoretisk rammeverk .....	16
1.5.1 Klinisk helsevitenskapelig perspektiv på fedme.....	16
1.5.2 Sosiologi og fedme.....	16
1.5.3 Det sosiologiske rammeverket biopedagogikk.....	17
2.0 Formål og problemstilling.....	20
3.0 Metode .....	21
3.1 Design .....	21
3.2 Utvalg og rekruttering.....	22
Eksklusjonskriterier .....	22
Inklusjonskriterier.....	22
3.4 Datainnsamling.....	23
3.5 Analyse av data.....	24
3.5.1 Helhetsinntrykk.....	24
3.5.2 Identifisering av meningsbærende enheter .....	25
3.5.3 Kondensering.....	26
3.5.4 Rekontekstualisering .....	27
3.6 Etikk.....	27
4.0 Resultater .....	29
4.1 Vend-Risk .....	29
4.2 Vendepunktet.....	29
4.2.1 Opplevelsen av å starte i Vend-Risk .....	31
4.2.1.1 Opplevelsen av aktivitetstilbudene .....	32
4.3.1.2 De fysiske testene.....	33
4.4 «Skynde seg langsomt».....	33
4.4.1 Endringer i kosthold.....	34
4.4.2 Endringer i fysisk aktivitet .....	35
4.4.3 Endringer i innstilling og tankegang.....	36

4.4.3.1 Mestring og selvtillit .....	37
4.4.3.2 Fokus på helse.....	38
4.4.4 Automatisering av nye vaner.....	39
4.4.5 Sosiale faktorer .....	41
4.4.5.1 Samholdet og det sosiale miljøet .....	41
4.4.5.2 Deltakernes opplevelse av teamet i Vend-Risk .....	42
4.4.5.3 Familie og venner.....	42
4.5 Konsekvenser av endringsprosessen.....	43
4.5.1 Et nytt og bedre liv – og veien videre .....	44
4.5.2 Utfordringer i tiden videre.....	46
5.0 Metodediskusjon.....	48
5.1 Forforståelse .....	48
5.2 Utvalg og rekruttering.....	50
5.3 Datainnsamling.....	51
5.4 Analyse og tolkning.....	53
6.0 Resultatdiskusjon.....	54
6.1 Konsekvenser av en global fedmeepidemi.....	54
6.1.1 Konsekvenser av å lide av fedme – for individet.....	57
6.2 Biopedagogikk i praksis.....	59
6.2.1 De biopedagogiske budskapene og instruksjonene i Vend-Risk.....	60
6.2.2 Individets ansvar? .....	62
7.0 Konklusjon.....	64
8.0 Referanser .....	66
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	75
Vedlegg 2 - Infoskriv.....	76
Vedlegg 3 – Samtykkeskjema.....	78
Vedlegg 4: REK-godkjenning.....	79

## 1.0 Bakgrunn

Formålet med denne oppgaven er å få innsikt i de faktorene som gjør at personer klarer å iverksette og vedlikeholde livsstilsendringer og vekttap over tid. I dette bakgrunnskapitlet vil jeg gi en oversikt over tematikken overvekt og fedme. Hva er overvekt og fedme og hvordan kan det forebygges? Hvilke behandlingstilbud finnes det for lidelsen og hvorfor er det kun et fåtall som lykkes med livsstilsendring? Jeg vil også gi innsikt i studien Vend-Risk, som mine informanter har deltatt i. Til slutt gir jeg oversikt over de teoretiske rammeverkene sosiologi og klinisk helsevitenskap, som oppgaven min er forankret i.

### 1.1 Hva er overvekt og fedme?

Overvekt og fedme har blitt et voksende nasjonalt og globalt problem (Helsedirektoratet, 2011; Ulset, Undheim, & Malterud, 2007). BMI-skalaen (Body Mass Index) er en måte å klassifisere overvekt og fedme på hos voksne. Overvekt blir definert som  $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$  og fedme  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (Drevon & Blomhoff, 2012). BMI på  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  kategoriseres som fedme grad 2, og en BMI på  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  kategoriseres som fedme grad 3 (WHO, 2017). Individer med høy muskelmasse kan ha en høy BMI, men vil ikke karakteriseres som overvektig, da fettprosenten er lav. Økt midjemål hos individer kan indikere økt intraabdominalt fett, og midjemål supplerer BMI i vurderingen om vektrelatert helserisiko (Helsedirektoratet, 2011).

Siden 1980 har antallet mennesker med overvekt eller fedme doblet seg. Og i 2016 var mer enn 1,9 milliarder mennesker overvektige, og av dem hadde 650 millioner fedme (WHO, 2017). I Norge lider én av fem voksne av fedme. Det viser ulike befolkningsstudier fra hele landet. Tromsø-undersøkelsen viste at antallet menn og kvinner mellom 30-69 år med  $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$  henholdsvis lå på  $\approx 21 \%$  og  $\approx 18\%$  (Folkehelseinstituttet, 2017a). HUNT<sup>1</sup>-studien viser blant annet økningen av overvekt og fedme blant menn og kvinner fra 1984-2008. I 1984-1986 lå prosentandelen for menn og kvinner med  $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$  på  $\approx 48 \%$  og  $\approx 42 \%$ . I 2008 lå prosentandelen på  $\approx 71 \%$  og  $\approx 58 \%$  (Folkehelseinstituttet, 2017b)

Overvekt og fedme kan føre til dårligere trivsel og livskvalitet hos dem som lider av det (Fontaine K. R. & Barofsky I., 2001; Kolotkin R. L., Meter K., & Williams G. R., 2008;

---

<sup>1</sup> HUNT står for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Fossen, 2018)

Kushner & Foster, 2000), og det øker også risikoen for forskjellige sykdommer som hjerte- og karsykdommer, flere kreftformer, type 2 diabetes og muskel- og skjelettplager (WHO, 2017; Williams & Frühbeck, 2009).

### 1.1.1 Årsaksforhold til utvikling av overvekt og fedme

Årsakene til den negative utviklingen av overvekt og fedme anses som komplekse og sammensatte. Før andre verdenskrig var sykdomsbildet i Norge preget av infeksjoner og smittsomme sykdommer, mens det etter krigen kom et gradvis skifte, hvor sykdomsbildet i Norge ble mer preget av ikke-smittsomme sykdommer, som fedme er klassifisert som. Dette ga store utfordringer med tanke på folkehelsearbeid (Øverby, Torstveit, & Høigaard, 2011). Vi har også hatt store samfunnsendringer hva gjelder økologi (hva vi spiser), yrkesliv og utviklingen av et samfunn som tilrettelegger for fysisk inaktivitet. Dette er med på å øke vekten i befolkningen, som igjen øker forekomsten av livsstilssykdommer (Mæhlum, 2011). Familiære forhold som høy vekt hos foreldre, kan også øke sjansen for overvekt hos barna. Både miljø, biologiske- og sosiale faktorer påvirker vekten i befolkningen, men ingen av dem kan defineres som den dominante årsaken (Butland mfl., 2007).

Fysisk aktivitet og kosthold fremholdes ofte som to viktige faktorer for utvikling av overvekt og fedme. I Norge, så oppfyller kun tre av ti nordmenn anbefalingene om fysisk aktivitet i løpet av en uke. 35 % av kvinner og 28 % av menn oppfyller anbefalingene i aldersgruppen 20-64 år. Det er forskjeller i aktivitetsnivå når man ser dette i sammenheng med utdanningsnivå. De med høyere utdanning er oftere i aktivitet enn de med lavere utdanning. Aktivitetsnivået synker også med økende BMI (Helsedirektoratet, 2014b). Når det gjelder det norske kostholdet viser undersøkelser at det er positive tendenser. Det er nedgang i sukkerinntak og en økning i inntak av grønnsaker og frukt. Nordmenn spiser likevel for mye mett fett og for lite fisk, og inntaket av salt og sukker er fortsatt for høyt med tanke på kostholdsanbefalingene fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017a; Helsedirektoratet, 2014a).

Fenomenet fedme er komplekst og det er vanskelig å ha oversikt over alle faktorene som fører til overvekt og fedme for individet, og dette gjør det til en vanskelig tilstand å behandle. Fokus på forebygging er derfor viktig for å prøve å forhindre at flere utvikler fedme.



## 1.2 Forebygging av overvekt og fedme

Overvekt og fedme er ifølge WHO blitt et globalt problem (WHO, 2017). Både globalt, nasjonalt og lokalt har det, på grunn av tanken om en global fedmeepidemi, blitt satt i gang tiltak for å forebygge dette (Helsedirektoratet, 2011; WHO, 2009).

I retningslinjene for å forebygge, utrede og behandle overvekt og fedme fra helsedirektoratet står det:

*«Forebygging av overvekt og fedme er et samfunnsansvar i den forstand at samfunnet må legge til rette for at «de riktige valgene er de enkle valgene» for alle» (Helsedirektoratet, 2011, s. 21).*

I Norge er det laget anbefalinger for aktivitet og kosthold, nasjonale strategier for sykkel og for et aktivt friluftsliv for å forebygge en økende vekt i befolkningen. Eksempler på dette er rapporter som «Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet», og «Anbefalinger om å redusere sittestilling» (Espeland & Amundsen, 2012; Helsedirektoratet, 2014a, 2016a, 2016b; Miljøverndepartementet, 2013).

Folkehelseloven fra 2011 gir også kommunene ansvar for folkehelse. I § 4 står det:

*«Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen».*  
(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

I § 7 står det at kommunen skal iverksette tiltak som er nødvendige for å møte folkehelseutfordringer i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Og Plan- og bygningsloven av 2008 skal blant annet fremme befolkningens helse og motvirke sosiale forskjeller (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008). Tilrettelegging for fysisk aktivitet i kommunene er viktig i jobben med å forebygge overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2016a). Offentlige idrettsanlegg, lysløyper og parker er gir muligheter for innbyggere å være ute og være aktive.

Idretten er også opptatt av folkehelse og forebygging. I «idrettspolitisk dokument 2015-2019» er visjonen «idrettsglede for alle» (Norges idrettsforbund, 2015). Målet er blant annet å utvikle aktivitetstilbudet og ivareta ungdom som ønsker å trene uten konkurransefokus (Norges idrettsforbund, 2015). I dokumentet «Aktiv inspirasjon» er idrettens folkehelsestrategi beskrevet. De har flere innsatsområder som å påvirke til et mer fysisk aktivt

samfunn, få flere i aktivitet innenfor norsk idrett og å tilrettelegge for lokale idrettslag som ønsker å jobbe med folkehelse utover ordinær trening og konkurranser (Norges idrettsforbund, 2014). Forebygging skjer også i kommunene gjennom behandlingstilbud som for eksempel frisklivssentraler. Dette blir beskrevet nærmere i delkapittel 1.3.2.

For individer som har oppnådd vektreduksjon er det også viktig med forebyggende tiltak. Forskning viser at det er vanskelig å opprettholde et vekttap etter endt medisinsk intervensjon. Forebygging bør derfor være av stor betydning (Malterud & Tonstad, 2009). Forebyggende strategier for vedlikehold kan være å fortsette å fremme små endringer i kost- og aktivitetsvaner hos voksne (Kumanyika mfl., 2008). Eksempler på anbefalinger fra Helsedirektoratet er å være i moderat aktivitet i minimum 30 minutter daglig, men for å forebygge vektøkning anbefales det 60 minutter med moderat og/eller høy aktivitet daglig (Helsedirektoratet, 2016a). Kosthold er også viktig i forebygging av overvekt og fedme. Det anbefales et kosthold som er rikt på frukt og grønt, grove kornprodukter, fisk og et lavere inntak av sukker, mettet fett og salt (Helsedirektoratet, 2014a).

Er fedme allerede utviklet, finnes det forskjellige behandlingstilbud i det norske helsevesenet. Vend-Risk-studien, som mine informanter har deltatt i, er en studie hvor man forsker på hvordan forbygge utvikling av diabetes, samt andre livsstilssykdommer, for pasienter som er i risikozonen for utvikling av slike. Studien er designet som en livsstilsintervensjon som finner sted i kommunehelsetjenesten, men prosjektet er igangsatt av spesialisthelsetjenesten. I det videre skal vi se at det både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten er tilbud som er tilrettelagt for behandling av overvekt og fedme, og eventuelle følgesykdommer.

### 1.3 Behandlingstilbud

Hva gjelder behandling av overvekt og fedme, så anses endringer i kosthold og fysisk aktivitet som viktig for å redusere risiko for livsstilssykdommer som følge av høy vekt. Medisinsk forskning har vist at 90 % av tilfellene av diabetes type 2 kan forhindres ved endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner (Følling, Solbjør, Midthjell, Kulseng, & Helvik, 2016; WHO, 2009). Et vekttap på 5-10 % blir også ansett som vellykket behandling av overvekt og fedme, fordi morbiditet og dødelighet blir signifikant lavere ved et slikt vekttap. Mindre vekttap enn dette kan også forbedre helsen hos pasienter med følgesykdommer (Jones, Wilson, & Wadden, 2007; Kraschnewski mfl., 2010).

Konservativ behandling i form av livsstilsintervensjon er en vanlig behandlingsmetode for overvekt og fedme (Wermeling, Thiele-Manjali, Koschack, Lucius-Hoene, & Himmel, 2014, s. 2). Målet med en livsstilsintervensjon er å hjelpe personer til å legge om livsstilen sin og få en mer aktiv hverdag og et sunnere kosthold. Mæhlum (2011) skriver at behandlingen i en livsstilsintervensjon bygger på de tre søylene fysisk aktivitet, diett og mestringspsykologi. Intervensjoner som inkluderer både fysisk aktivitet og kostholdsendringer har bedre effekt på blodtrykk, blodlipidnivå og moderat vektnedgang enn intervensjoner som kun inkluderer én av delene (Schwingshackl, Dias, & Hoffmann, 2014).

Det er flere studier som viser at livsstilsintervensjoner med fokus på kosthold og økt fysisk aktivitet fører til signifikant vekttap og bedrer helsen (Chambers & Swanson, 2012; Greaves, Poltawski, Garside, & Briscoe, 2017). Samtidig viser forskning at de fleste kommer tilbake til sin startvekt igjen kort tid etter at intervensjonen er ferdig (Elfhag & Rössner, 2005; Greaves mfl., 2017; Green, Larkin, & Sullivan, 2009). Det er omtrent 20 % som fortsatt har effekt av livsstilsintervensjon to år etter endt behandling (Crawford, Jeffery, & French, 2000). Mange legger på seg igjen mellom en tredjedel og halvparten av vekten de tok av i intervensjonen i løpet av ett år, og etter tre til fem år har de samme vekt som ved baseline (Middleton, Patidar, & Perri, 2012). Denne forskningen har også vist at å utvide oppfølgingen til over ett år kan hjelpe deltagere til å vedlikeholde vekten over lengre tid, heller enn ved kortere oppfølging (Middleton, Patidar, & Perri, 2012).

Andre behandlingsmetoder som tilbys i regi av helsetjenesten er kirurgisk behandling (fedmeoperasjoner), medikamentell behandling, opphold på Læring- og mestringsentre og frisklivssentraler.

### 1.3.1 Hvorfor lykkes noen?

Som nevnt er det få pasienter med overvekt og fedme som lykkes med livsstilsendring og vedlikehold av vekttap over tid. Det er imidlertid ikke gjort så mye forskning på hvorfor noen lykkes mens andre ikke gjør det. En meta-analyse om vedlikehold etter livsstilsintervensjoner i USA har vist at flere enn før lykkes med vedlikehold av vekttap etter intervensjon de siste ti årene, men at det fremdeles er for få som har gode resultater. Det konkluderes med at det trengs mer forskning på området for å kunne hjelpe flere å vedlikeholde livsstilsendringene (Anderson, Konz, Frederich, & Wood, 2001). En annen studie har konkludert med at fedmebehandling er kompleks, og at intervensjoner burde fokusere på endring av kosthold- og aktivitetsvaner ved bruk av atferdsstrategier (Lang & Froelicher, 2006). Studier som bruker

atferdsstrategier sammen med endringer i kosthold og aktivitetsvaner har vist å gi større sjans for å lykkes med vekttap (Hartmann-Boyce, Johns, Jebb, Aveyard, & Behavioural Weight Management Review Group, 2014; Shaw, O'Rourke, Del Mar, & Kenardy, 2005). En annen kvalitativ studie har vist at såkalte «super-achievers», personer som hadde et høyt vekttap under en slik intervensjon, i større grad anså deres tidligere livsstil som helseskadelig. De ble også mer motivert av tidlig suksess, altså vekttap tidlig i studien, og klarte i større grad å gjøre livsstilsendringene til en rutine i hverdagen (Stead mfl., 2015). En kvalitativ studie fra Norge gjennomført på deltagere ved frisklivssentraler så på opprettholdelse av livsstilsendringer etter endt reseptperiode, og fant at sosial tilhørighet til en gruppe og opplevelse av mestring var med på å opprettholde livsstilsendringene over tid (Eliassen, 2014). Bolstad (2015) fant at vilje til endring og at veiledere ved frisklivssentralen jobbet aktivt med å fremme en slik holdning hos deltagerne, og at dette var viktig for vedlikeholdelse etter endt frisklivsresept (Bolstad, 2015). En annen norsk kvalitativ studie fant at informantene opplevde at fastlegen var viktig for å sette i gang livsstilsendring, og at fokusering på individers egne ressurser og engasjement var viktig (Sand, 2011).

Det trengs mer forskning på hvorfor noen lykkes med livsstilsendringer. Forskningen som er gjort, viser at fedme er komplekst og det er flere faktorer som påvirker behandlingen. Et behandlingstilbud bør bestå av flere komponenter for å øke sjansene for vellykket livsstilsendring. Videre skal jeg se på behandlingstilbud som er tilgjengelige i Norge.

### 1.3.2 Behandling i primærhelsetjenesten

Gjennom ulike Stortingsmeldinger, lovverk, nasjonale retningslinjer og strategier har primærhelsetjenesten de siste årene fått et større ansvar for befolkningens helsetilstand og folkehelsearbeid forøvrig. Tjenestene skal organiseres slik at tiltak iverksettes på riktig nivå der folk bor og lever sine liv. I primærhelsetjenesten er behandlingen koordinert av fastlegen. Behandlingen skal individualiseres for hver pasient med tanke på deres vekthistorie, og fysioterapeuter og helserådgivere er viktige medspillere i behandlingen (Helsedirektoratet, 2011). Behandlingsmål er en vektreduksjon på 5-10 % av utgangsvekten. Det er også et mål i primærhelsetjenesten å kartlegge pasientenes behov og motivasjon for vektnedgang og legge en behandlingsplan. Behandlingsplanen bør alltid inneholde program for fysisk aktivitet, kostendring og mestringspsykologisk støtte (Hartmann-Boyce mfl., 2014; Helsedirektoratet, 2011). En vektreduksjon på 5-10 % gir like stor helsegevinst hos en pasient med utgangsvekt på 150 kg som hos en med utgangsvekt på 90 kg. Det er fordi reduksjonen av det

intraabdominale fettet er relativt stort, selv om hele vekttafet er mindre (Després, Lemieux, & Prud'homme, 2001). Normalisering av helsebelastninger som følge av uhensiktsmessig fettcellefunksjon, som er indikert av glukose, lipider og insulinresistens, er det medisinske målet med behandlingen (Abernathy & Black, 1996; Helsedirektoratet, 2011).

Fastlegen vurderer behov for medikamentell behandling og om det er noen medisinske eller sosiale hindringer som søvnapne, spiseforstyrrelser, alkoholisme eller om det er behov for psykologhjelp. Aktivitets- og kostholdslogbok er viktige faktorer for å få innblikk i pasientenes vaner og hvilke endringer som kan vurderes. Fastlegen vurderer også om det er behov for henvisning til ernæringsfysiolog og spesialisthelsetjenesten for kirurgisk vurdering (Helsedirektoratet, 2011). I kommunehelsetjenesten finnes det også tilbud som kan være med i forebygging og behandling av overvekt og fedme. Her kan pasienter bli henvist av fastlege eller ta kontakt på eget initiativ.

Folkehelsen i Norge er et prioritert område av regjeringen. I folkehelsemeldingen fra 2015 fokuseres det på helsevennlige valg og «*reducere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som HKS, diabetes type 2, kols og kreft innen 2025*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). For å nå disse målene må god formidling av fordelene ved fysisk aktivitet og et sunt kosthold prioriteres i folkehelsearbeidet i Norges kommuner.

Opprettelsen av frisklivssentraler i kommunene har blitt et virkemiddel for å bedre folkehelsen i befolkningen. I 2012 kom en ny folkehelselov hvor alle kommuner ble anbefalt å ha en frisklivssentral (Helsedirektoratet, 2013). Formålet til frisklivssentralene skal være å «*fremme psykisk og fysisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom*» (Helsedirektoratet, 2016c). Den første frisklivssentralen ble opprettet i Modum kommune i 1996. I 2008 var det 42 frisklivssentraler over hele landet. For pasienter som sliter med overvekt eller fedme, så kan en kan bli henvist av fastlege og annet helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten og NAV til frisklivssentraler ved å få en *frisklivsresept*. Frisklivsresepten gjelder for tre måneder av gangen. Oppfølgingen kan utvides til ett år. Enkelt personer kan også selv ta kontakt med frisklivssentralen (Helsedirektoratet.no, 2016c).

Frisklivssentralene skal drive forebyggende arbeid. Blant annet skal de drive «*sekundærforebygging*» der tiltakene er rettet mot dem som har økt risiko for å utvikle en sykdom/lidelse og skal forebygge eller hindre sykdomsutvikling (Helsedirektoratet, 2016c). Tilbudene ved en frisklivssentral varierer litt fra kommune til kommune, men alle får en

helsesamtale med en frisklivsveileder for å kartlegge pasientens situasjon og legge en plan for opplegg og oppfølging de neste tre månedene (Helsedirektoratet, 2016c).

Kostholdskurset «Bra Mat» er et tilbud frisklivsdeltagere kan være med på, og det arrangeres forskjellige aktiviteter som for eksempel fjellturer, vannaerobic og joggeturer i regi av frisklivssentralene som er mulig å delta på (Helsedirektoratet, 2016c).

I «Veiledning for frisklivssentraler» fra Helsedirektoratet blir livsstilsbehandling anbefalt å være basert på en salutogen modell, der fokus på mestring og mestringsressurser er essensielt (Helsedirektoratet, 2016c). Mæhlum (2011) skriver at for personer som skal endre livsstil på permanent basis er motivasjon en grunnleggende faktor. Det er den indre motivasjonen som anses å primært drive slike endringer, det vil si at ved opplevelse av mestring gjennom endringene kan man få et bedre selvbilde og en mer positiv holdning til seg selv.

### 1.3.3 Behandling i spesialisthelsetjenesten

Pasienter med BMI  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  eller  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  med følgesykdommer kan bli henvist til spesialisthelsetjenesten. Følgesykdommer kan være diabetes, hjerte- og karsykdommer (HKS) eller søvnapné. Pasienter som ikke har nådd behandlingsmålene i primærhelsetjenesten i rimelig tid bør henvises videre. I spesialisthelsetjenesten blir det vurdert om pasientene skal få tilbud om livsstilsbehandling, oppfølging ved Læring- og mestringscenter eller kirurgi (Helsedirektoratet, 2011). Pasienter som har flere i familien som lider av overvekt eller fedme, de som går på medikamenter som kan forårsake vektøkning som en bivirkning og de som flere ganger har forsøkt å redusere vekten, er erfaringsmessig grupper som har vanskeligheter for å lykkes med å redusere vekten (Helsedirektoratet, 2011).

Ikke-kirurgisk behandling i spesialisthelsetjenesten finnes ikke alle steder i landet. Hovedmålet er å hjelpe pasientene med en livsstilsendring. Behandlingen bygger på tre søyler: fysisk aktivitet, kosthold og mestringspsykologi (Helsedirektoratet, 2011).

Kirurgisk behandling må vurderes av en spesialist. Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har som nevnt BMI på  $\geq 40 \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$  eller  $\geq 35 \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$  med følgesykdommer. Pasientene blir informert om prosedyren, eventuelle komplikasjoner og behovet for endret spisemønster før og etter operasjon (Helsedirektoratet, 2011). Tre-seks uker før operasjon er det anbefalt regelmessig fysisk aktivitet, lavkaloridiett og eventuell røykeslutt. Målet før operasjon er et vekttap på 5 % for å minske risikoen for kirurgiske komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2011).

## 1.4 Vend-Risk

I 2010 ble den interkommunale frisklivssentralen Værnesregionen opprettet. Her startet Vend-Risk-studien som mine informanter har deltatt i. Vend-Risk var et samarbeidsprosjekt mellom St. Olavs hospital (spesialisthelsetjenesten), Meråker, Selbu, Stjørdal og Tydal kommune (kommunehelsetjenesten). Målet for studien var å få mer innsikt i hvordan en kan forebygge utviklingen av diabetes type 2 og oppnå en varig endring i kost- og aktivitetsvaner som fremmer god helse for risikopasienter med overvekt og fedme (Vaernesregionen.no, 2015). På en vanlig frisklivsresept er oppfølgingen tre måneder, og dette kan bli utvidet til ett år (Helsedirektoratet, 2013). I Vend-Risk ønsket de å ha oppfølging i fem år.

Vend-Risk var en prospektiv kohort studie der deltagerne var sine egne kontrollører. De ble enten henvist av fastlegen sin, tok kontakt selv etter å ha sett en annonse i avisen eller tok kontakt på stand. Inklusjonskriteriene var FindRisk<sup>2</sup> score på  $\geq 12$  og overvekt eller fedme, som vil si BMI på  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ .

I følge prosjektbeskrivelsen bestod intervensjonen av individuelle samtaler med samtaleteknikken Motiverende intervju (MI), som blir ansett som en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring i behandling av pasienter med fedme (Helsedirektoratet, 2017b), blod- og urinprøver og test av maksimalt oksygenopptak. Dette ble gjennomført ved inklusjon, 3, 6, 9, 12 måneder og deretter årlig i totalt fem år. Vend-Risk arrangerte også temamøter og kostholdskurs som deltagerne kunne være med på. Noen av temaene som det ble snakket om var «diabetes», «mestring og motivasjon», «Hva er livsstilsendring?» og «hverdagsaktivitet».

Fokuset og målet med Vend-Risk var at deltagerne skulle oppnå varige endringer i kost- og aktivitetsvaner, for å redusere risiko for livsstilssykdommer og bedre helsen. For hver av kommunene som deltok ble det oppnevnt en kontaktperson som var ansatt i kommunen med oversikt over alle aktivitetstilbud som var tilgjengelige i den respektive kommunen. Noen av kommunene utformet egne aktiviteter for dem som var med i studien, alt etter hvor mye midler de hadde tilgjengelig. Deltagerne kunne selv velge hva de ville være med på og hvor ofte.

---

<sup>2</sup> FindRisk score er en finsk metode for å undersøke risiko for å utvikle diabetes type 2 («FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score)», 2018; Lindström & Tuomilehto, 2003)

## 1.5 Teoretisk rammeverk

I denne studien bruker jeg sosiologiske og klinisk helsevitenskapelige perspektiver for å få innsikt i faktorer som gjør at personer klarer å iverksette og opprettholde livsstilsendringer.

### 1.5.1 Klinisk helsevitenskapelig perspektiv på fedme

Gjennom hele bakgrunnskapittelet blir det klinisk helsevitenskapelige perspektivet på fedme og fedmebehandling forklart og beskrevet gjennom de forskjellige delkapitlene.

Oppsummert kan en si at fokuset rundt fedme innen klinisk helsevitenskap ligger på de biomedisinske faktorene og at man må behandle individet. Forskningen fokuserer på hva som skjer i kroppen ved økt vekt, altså hvordan fedme påvirker forskjellige prosesser i kroppen (Williams & Frühbeck, 2009). Overvekt og fedme øker som nevnt risikoen for flere livsstilssykdommer (Williams & Frühbeck, 2009) som for eksempel diabetes type 2, muskel- og skjelettplager, noen krefttyper og hjerte- og karsykdom (WHO, 2017). Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer (HKS) har gått ned de siste 40 årene, men er fremdeles den hyppigste dødsårsaken i Norge. Tall fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at andelen voksne ( $\geq 20$  år) med diabetes har økt fra 2,9% til 4,3% i perioden 1984-2008 (Folkehelseinstituttet, 2014). Det er anslått av verdens helseorganisasjon at 90 % av tilfellene av diabetes type 2, 80 % av tilfellene av HKS og 30 % av forekomsten av kreft kan forebygges eller utsettes ved sunt kosthold og fysisk aktivitet og endrede røykevaner (Øverby mfl., 2011).

Klinisk helsevitenskapelig forskning er viktig hva gjelder behandling, men at sosiologiske perspektiver også kan være nyttige å innlemme i behandling. Til forskjell fra sosiologiske perspektiver på fedme, fokuserer klinisk helsevitenskap på individet og hvilke konsekvenser overvekt, fedme og eventuelle livsstilssykdommer har for kroppen.

### 1.5.2 Sosiologi og fedme

I denne oppgaven bruker jeg både innsikter fra klinisk helsevitenskap samt sosiologiske perspektiver for å vise at fedme ikke kun kan forstås biologisk, men at både kulturelle og relasjonelle aspekter spiller en rolle for om en lykkes med livsstilsendring. Fedme bør altså ikke bare forstås i lys av biomedisin, men kan med hensikt også forstås i lys av sosiologiske forklaringsmodeller (Cahnman, 2016). Temaet «fedme» i sosiologien har mange inngangsporter. Det forskes på flere ulike tema som for eksempel fedme og kjønn og utdanning (Crosnoe, 2007), sosioøkonomisk status (Sobal & Stunkard, 1989) eller



stigmatisering (Sobal, 1991). Felles for dem alle er at sosiologien er opptatt av hvordan fenomenet fedme er sosialt konstruert. Sosiologiske studier ser på hvordan fedmeepidemien påvirker samfunnet og individer. Fedme blir skrevet om i aviser, snakket om på TV og radio, og kan slik sett anses som et sosialt fenomen (Cahnman, 2016) Diskursen rundt fedme i dagens samfunn er i tillegg negativ, og individet holdes ansvarlig (Malterud & Ulriksen, 2010). Å lide av fedme blir ikke bare sett på som farlig for helsen, men det anses også som negativt med tanke på utseende (Cahnman, 2016).

På grunn av stigmatiserende forestillinger om individer med fedme, vil det bli oppfattet som at de ikke tar riktige livsstilsvalg og at de derfor ikke oppfyller sitt ansvar som borger til å bidra til det felles gode (Boero, 2007; Wright & Harwood, 2009). Dagens samfunn er også blitt mer kroppsfokusert (Crossley, 2004). Mange er opptatte av å trene og spise sunt for å leve opp til de forventningene til kropp som samfunnet setter (Crossley, 2004). Det kan igjen føre til negativt syn på egen kropp og vekt, som igjen kan påvirke selvbildet og selvfølelsen (Wright & Harwood, 2009).

I denne oppgaven skal jeg bruke innsikter fra klinisk helsevitenskap og det sosiologiske rammeverket biopedagogikk. Ved å bruke både sosiologiske- og klinisk helsevitenskapelige innsikter vil jeg forsøke å utvide forståelsen av livsstilsbehandling.

### 1.5.3 Det sosiologiske rammeverket biopedagogikk

Innenfor sosiologien finnes det et rammeverk som omtales som «biopedagogikk», og som er det rammeverket jeg har brukt i denne oppgaven i tillegg til klinisk helsevitenskap. Wright & Harwood (2009) skriver at begrepet biopedagogikk setter sammen idéen om biomakt og pedagogikk på en slik måte at vi kan forstå kroppen som et politisk rom. Termen biopedagogikk brukes for å beskrive de normaliserende og regulerende praksiser i samfunnet som har oppstått på grunn av tanken om en global 'fedmeepidemi' (Wright & Harwood, 2009). Foucaults begrep om biomakt beskrives som «*the governance and regulation of individuals and populations through practices associated with the body*» (Wright & Harwood, 2009, s. 1). Biomakt handler om hvordan kroppen påvirkes av institusjonelle og diskursive krefter (Wright & Harwood, 2009). Gjennom biomaktbegrepet er Foucault opptatt av å beskrive interaksjonen mellom individet og maktstrukturer, men han hevder ikke at noen av dem er den primære i relasjonen (Mills, 2003). Foucault ser ikke på kropper som stabile entiteter, men han analyserer den diskursive prosessen hvor i gjennom kropper blir konstituerte (Mills, 2003). Han ser også på kropper som en «...an historically and culturally

specific entity» (Mills, 2003, s. 83) og dermed blir kroppen sett, behandlet og erfart avhengig av den sosiale konteksten og den historiske epoken den befinner seg innenfor (Mills, 2003). Som følge av dette ser Foucault på kropper som foranderlige, fordi den vil erfares og medieres gjennom ulike sosiale konstruksjoner av kroppen (Mills, 2003).

Biomakt må forstås i sammenheng med hvordan kroppen har blitt regulert av autoriteter fra 1800-tallet til i dag. Kunnskap er samlet om populasjoner ved at de er undersøkt, observert og målt (Mills, 2003). Et eksempel på dette kan være befolkningsundersøkelser som HUNT og HUBRO<sup>3</sup>. På grunn av at slike forskningsfunn blir brukt politisk til å forbedre velferden til befolkningen, mener Foucault at politikk og forskning blitt sammensmeltet (Mills, 2003). Når det kommer til tematikken om overvekt og fedme, kan dette eksemplifiseres ved HUNT<sup>3</sup> som fant at det var en økning i utvikling av diabetes type 2 i Nord-Trøndelag. Vend-Risk ble startet for å redusere risikoen hos dem som lå i faresonen for å utvikle diabetes type 2 ved å endre livsstil og gå ned i vekt.

I biopedagogikk har begrepet pedagogikk opphav i «kroppspedagogikk». Det defineres som «any conscious activity taken by people, organizations or the state, that are designed to enhance individuals' understandings of their own and others' corporeality» (Evans, Rich, Davies, & Allwood, 2008, s. 17). Wright & Harwood (2009) skriver at biopedagogikk går utover begrepet «kroppspedagogikk» fordi Foucaults begrep om biomakt er hentet inn. Biopedagogikk forstås som de disiplinære og regulative strategiene som muliggjør «the governing of bodies in the name of health and life» (Wright & Harwood, 2009, s. 2). Sammenslåingen av kroppspedagogikk og biomakt danner grunnlaget for rammeverket til analysen av biopedagogiske praksiser. Tanken om at den økende vekten globalt er en «fedmeepidemi» skaper forskjellige «sannheter» som sier noe om hvordan man bør leve og om hvordan man skal oppfatte seg selv. Dette vil igjen skape det som Wright & Harwood (2009) kaller for biopedagogiske praksiser, og det er disse som kan identifiseres analytisk ved å bruke det biopedagogiske rammeverket (Wright & Harwood, 2009).

Det biopedagogiske rammeverket handler ikke om å forstå fedmeepidemien som en sosial konstruksjon, men er opptatt av hvordan diskurser som er assosiert med fedmeepidemien får folk til å overvåke seg selv og andre, og samtidig skaper sosiale meninger om hvordan individer kan forstå seg selv og andre (Wright & Harwood, 2009).

---

<sup>3</sup> HUBRO står for Helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001 («HUBRO - helseundersøkelsen i Oslo i 2000-2001», 2015).

Wright & Harwood (2009) argumenterer for at biopedagogikk ikke bare plasserer individer under konstant overvåking, men også presser dem til «selv-monitorering». Individer monitorerer seg selv ved å øke kunnskapen om fedme-relaterte risikoer og instruksjoner om hvordan man kan spise sunt og ha en aktiv livsstil. På grunn av dette blir individet tilbudt en rekke måter å forstå seg selv på, hvordan de kan endre seg selv og hvordan de kan gå frem for å endre andre og deres miljø (Wright & Harwood, 2009). Wright & Harwood (2009) skriver at en ikke kan forutse hvordan slike biopedagogiske praksiser vil påvirke folk til å jobbe med seg selv. Det er fordi dette kan være påvirket av individers personlige erfaringer eller andre sosiale meninger og forestillinger som påvirker individers forestillinger om fedme.

Wright & Harwood (2009) mener at økt selv-monitorering og overvåking er negativt, og at den negative diskursen rundt fedme kan føre til et anstrengt forhold til egen kropp, til kosthold og aktivitet (Rich & Evans, 2005).

Ersfjord (2018) var den første studien av behandlingspraksiser som har brukt biopedagogikk som tilnærming, og som først påstod at slik selv-monitorering ikke kun kan forstås som ensidig negativt. I min masteroppgave har jeg kombinert det biopedagogiske rammeverket med klinisk helsevitenskap, for å belyse hvorfor noen *lykkes* med livsstilsendring. Som vi skal se så fant jeg som Ersfjord (2018) at pasienter også kan utvikle mer konstruktive former for selv-monitorering og overvåking når de deltar i behandling for overvekt og fedme, og at dette bidrar til bedre livskvalitet. Slik sett kan min oppgave både bidra til kunnskapsutvikling både innen det biopedagogiske rammeverket, så vel som klinisk helsevitenskap, hva gjelder behandling av pasienter med overvekt og fedme.

## 2.0 Formål og problemstilling

Formålet med denne studien er å få innsikt i faktorer som gjør at personer klarer å iverksette og opprettholde livsstilsendringer. Som nevnt viser forskning at det er få som klarer å vedlikeholde vekttap etter livsstilsintervensjon (Elfhag & Rössner, 2005; Greaves, Poltawski, Garside, & Briscoe, 2017; Middleton mfl., 2012). Det er derfor behov for mer forskning for å kunne hjelpe flere med livsstilsendringer (Anderson mfl., 2001). Ved å studere de deltagerne i Vend-Risk-studien som har klart å vedlikeholde livsstilsendringene etter endt intervensjon, håper jeg å kunne bidra med forskning som kan være med på å utvikle livsstilsbehandling av fedme.

Problemstillingen for oppgaven er «Hvilke felles faktorer kan man identifisere hos deltagerne i Vend-Risk- studien som har klart å iverksette livsstilsendring og vedlikeholde vekttap over tid?»

## 3.0 Metode

### 3.1 Design

I denne masteroppgaven ble det gjennomført en kvalitativ intervjustudie av tre menn og fem kvinner som deltok i Vend-Risk fra 2010-2015. Disse har hatt et signifikant vekttap i løpet av studien og har klart å vedlikeholde vekttapet til og med høsten 2017 da intervjuene ble gjennomført. For å utforske hva som var avgjørende for at informantene hadde lyktes med en livsstilsendring ble det brukt semi-strukturerte dybdeintervju. Det ble utformet en intervjuguide (vedlegg 1) som ble brukt som utgangspunkt for samtalen. Målet var å oppnå en uformell setting hvor informantene kunne dele sine historier og erfaringer. Kvalitative metoder egner seg for problemstillinger der man ikke har oversikt over svaralternativer på forhånd og kan bidra til å produsere ny kunnskap. De kan også gi oss en annen type innsikt i nyanser og mangfold i temaet vi ønsker å studere enn det kvantitative metoder kan (Malterud, 2002, 2011)

Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet med bakgrunn i en fenomenologisk tilnærming. En fenomenologisk studie beskriver en felles forståelse fra flere individer av deres erfaringer og opplevelser av et konsept eller et fenomen (Creswell, 2013). Edmund Husserl er grunnleggeren av fenomenologien. Målet i fenomenologien har i stor grad vært å viske bort skille mellom kropp og sjel. Det grunnleggende er å forstå mennesket som et subjekt, og ikke bare et objekt, som opplever verden og dens fenomener og er en del av det. Man «er interessert i å forstå menneskelige handlinger og begivenheter ut fra aktørens eget subjektive perspektiv» (Thornquist, 2003). Vår *væren-i-verden* er fenomenologiens domene. Bindestrekkene er for å vise til vår grunnleggende tilhørighet til verden, vi er *i* verden, vi er en del *av* verden (Thornquist, 2003). Den verden vi lever i til vanlig og som vi har erfaringer med, kalles «livsverden» i fenomenologien.

Siden jeg ønsket å få frem menneskelige erfaringer og opplevelser knyttet til en livsstilsendring, egnet en fenomenologisk tilnærming seg godt. På denne måten fikk jeg vite mer om mine informanternes motiver, holdninger, tanker og forventinger, noe som kan styrke forståelsen av hvorfor mennesker handler som de gjør (Malterud, 2011). Jeg ønsket å forstå informantens livsstilsendingsprosess basert deres perspektiver og erfaringer, og prøve å få innsikt i informantens livsverden (Kvale, 1997).

### 3.2 Utvalg og rekruttering

Målet med min studie var å finne årsakene til hvorfor noen av deltakerne i Vend-Risk hadde klart å endre livsstil og vedlikeholde eller eventuelt redusere sin vekt ytterligere. Jeg samarbeidet med Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon på St. Olavs hospital i å gjøre et strategisk utvalg av informanter fra gruppe 1 og 2 i Vend-Risk-studien som passet min studies inklusjonskriterier. Vi gjorde et utvalg av personer som startet intervensjonen i 2010 og var ferdig med oppfølging i 2015. Informantene hadde vært uten oppfølging fra Vend-Risk-studien i to år da intervjuene ble foretatt høsten 2017. Ønsket antall deltagere var N=10. Deltagere ble ekskludert dersom de hadde gått opp igjen i vekt etter at oppfølgingen ble avsluttet i 2015, hadde foretatt en slankeoperasjon eller om de hadde gått ned i vekt av andre årsaker enn en livsstilsendring. Her er en oversikt over inkluderings- og ekskluderingskriterier i min studie:

#### Inklusjonskriterier

- Deltagelse i Vend-Risk, fra gruppe 1 eller 2
- Vekttap i løpet av Vend-Risk og vedlikeholdt frem til 2017
- Må være over 18 år

#### Eksklusjonskriterier

- Ingen vektnedgang under studietiden
- Vektoppgang etter Vend-Risk
- Operasjon (gastric bypass el.)
- Vekttap av andre grunner (sykdom el.)

De siste dataene Vend-Risk-studien hadde om deltageres vekttap var ved endt oppfølging i 2015. På bakgrunn av disse dataene ble de aktuelle deltagerne først kontaktet via brev med informasjon om studien (se vedlegg 2). De ble så kontaktet av personell på Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon via telefon for å høre om de fortsatt hadde vedlikeholdt vekttapet. De som hadde det, var aktuelle for studien.

Tolv deltagere ble kontaktet for intervju. Av disse hadde én gått tilbake til utgangsvekten, én annen hadde fått påvist fatigue og orket ikke møte til intervju, én svarte ikke på telefon og én skulle møte, men ble syk på intervjudagen. Åtte informanter ble til slutt intervjuet.

*Tabell 3.1 Demografiske fakta om deltagerne*

<i>Kjønn:</i>	N=8
<i>Mann:</i>	N=3
<i>Kvinne:</i>	N=5
<i>Alder:</i>	38-69 år
<i>Yrkesaktiv:</i>	N= 3
<i>Uføretrygdet:</i>	N=4

<i>Pensjonist:</i>	N= 1
<i>Vektnedgang i studien (Kg)</i>	10 – 45 kg
<i>Gift/samboer:</i>	N=6
<i>Ugift:</i>	N= 2

### 3.4 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet september til oktober 2017 i de forskjellige hjemkommunene til informantene: Meråker, Selbu og Stjørdal. Dette ble gjort for at det skulle være enkelt for informantene å delta i min studie. Jeg gjennomførte intervjuene ved frisklivssentralen sine lokaler i de nevnte kommunene. Dato og tid ble bestemt i samarbeid med informantene. I forkant av hvert intervju ble informantene informert muntlig og skriftlig om studien og deres rettigheter i forhold til den. Alle signerte et samtykkeskjema før intervjuet startet.

Det ble benyttet en semi-strukturert intervjuguide som utgangspunkt for samtalen (vedlegg 1). Intervjuguiden ble utviklet med utgangspunkt i funn etter litteratursøk på lignende studier. Guiden ble utviklet med målsetting om at informantene skulle få mulighet til å snakke fritt om sine opplevelser under og etter tiden i Vend-Risk, og samtidig sørge for at vi kom inn på aktuelle tema som var relevante for problemstillingen. I tillegg til hovedspørsmål inkluderte jeg også noen oppfølgingsspørsmål for å dekke de aktuelle temaene i intervjuguiden. Informantene ble spurt om sine opplevelser av Vend-Risk og hva som opplevdes som viktig for dem i livsstilsendingsprosessen. Videre ble de spurt om hva som hadde vært viktig for dem å ta med seg fra studien og inn i det daglige livet og hva som var avgjørende for at de hadde klart å vedlikeholde de endringene de hadde gjort. Deretter ble det stilt spørsmål om kosthold og trening og hva som hadde vært mest utfordrende i opprettholdelsen av livsstilsendringene. Underveis ble det også stilt oppklarende spørsmål dersom jeg opplevde noe som utydelig, med det mål å validere funnene (Malterud, 2011). Avslutningsvis ble hovedpunktene i intervjuet oppsummert og informantene ble spurt om jeg hadde forstått informasjonen de hadde gitt riktig og om det var noe mer informasjon de ønsket å tilføye.

Det var satt av god tid til intervjuene. Intervjuene varte fra 35-64 minutter, med en gjennomsnittlig tid på 47 minutter. Under intervjuene ble det benyttet lydopptaker og alle intervjuene ble transkribert av meg.

Intervjuene ble gjennomført i tre bolker. Første bolke bestod av tre intervjuer i løpet av én uke, andre bolke med fire intervjuer ble gjennomført én uke senere, og det siste intervjuet ble holdt to uker etter bolke to. Analysen ble påbegynt da første bolke med intervjuer var ferdig.

Intervjuguiden ble justert i liten grad mellom første og andre bolk for å dekke de nødvendige temaene. Det var spørsmål om de hadde tenkt på å gjøre endringer før Vend-Risk ble inkludert, sammen med spørsmål om hva som hadde vært mest avgjørende for deres endring og vedlikeholdelse. Dette ble inkludert fordi informantene i de første intervjuene hadde tydelige historier om «vendepunktet» i tiden før Vend-Risk, og fordi det var relevant for deres motivasjon til endring. Spørsmålet om å beskrive deres hverdag i dag ble tatt bort fordi det ikke bidro med noen nyttig informasjon som de andre spørsmålene ikke dekket. Endringene kan finnes i vedlegg 1.

### 3.5 Analyse av data

I analysen av mine data brukte jeg metoden systematisk tekstkondensering. Det er en metode utformet av Kirsti Malterud, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2017). Det er et mål innenfor fenomenologiske analyser å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud, 2011). Metoden egner seg for deskriptiv analyse og utvikling av ny kunnskap (Malterud, 2012).

Hovedstrukturen i en slik analysemodell kan oppsummeres i fire trinn: (1) å få et helhetsinntrykk, (2) å identifisere meningsdannende enheter, (3) å trekke ut innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og (4) å sammenfatte betydningen av disse (Malterud, 2011). Herunder kommer en gjennomgang av hvordan jeg analyserte mine data basert på analysemodellens fire trinn.

#### 3.5.1 Helhetsinntrykk

I det første trinnet i analysen handler det om å bli kjent med dataene jeg hadde samlet inn og lese gjennom alle transkripsjonene slik at jeg kunne danne meg et helhetstbilde (Malterud, 2012). Det var viktig å arbeide grundig og med flere gjennomlesninger for at jeg skulle få innsikt i informantens stemmer og prøve å legge fra meg min egen forforståelse. Dette beskrives som viktig for at forskere skal klare å stille seg åpne for de inntrykk som dataene formidler (Malterud, 2011). I gjennomlesningen kom noen foreløpige temaer frem som beskrev helhetsinntrykket fra datamaterialet: *Informantenes beskrivelse av tiden før Vend-Risk, informantenes relasjoner med teamet i Vend-Risk, informantenes motivasjon for å opprettholde livsstilsendringene, hvilke mål informantene hadde oppnådd etter endt intervensjon og deres opplevelse av den 5-årige livsstilsintervensjonen Vend-Risk*. De foreløpige temaene fra første analyserunde ble endret etter analysen av intervjuene fra andre



intervjubolk. Dette var fordi det nye datamaterialet bidro til nye perspektiver og et bredere forståelsesgrunnlag som temaene fra første runde ikke dekket godt nok.

Temaene fra andre analyserunde var: *Informantenes «vendepunkt» før deltagelse i Vend-Risk og informantenes opplevelse av det sosiale samholdet med de andre deltakerne og informantenes endringer i fysisk aktivitet og kosthold.* Fra første analyserunde var temaene om «*informantenes motivasjon for å opprettholde livsstilsendringene*» og «*hvilke mål informantene hadde oppnådd etter endt intervensjon*» fortsatt med i videre analyse. Siste intervjubolk bestod av ett intervju og bygget videre på de temaene som var kommet frem i andre analyserunde.

Etter intervjuene var ferdig, gjennomførte jeg en ytterligere analyse hvor de forskjellige temaene ble justert og endret enda en gang i samarbeid med veileder. Etter denne prosessen var det disse fem foreløpige hovedtemaene som ble stående: informantenes beskrivelse av 1) tiden før Vend-Risk, 2) «Vendepunktet», 3) motivasjon for livsstilsendring, 4) endringer i kosthold og aktivitet, og 5) vedlikehold av endringer.

### 3.5.2 Identifisering av meningsbærende enheter

I det andre trinnet i analysen var målet å identifisere *meningsbærende enheter*. Det er tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn (Malterud, 2011). Her ble hovedtemaene jeg hadde kommet frem til fra første trinn «helhetsinntrykk» brukt som utgangspunkt. Det ble gjort en systematisk gjennomgang av tekstene, og det ble laget koder basert på foreløpige funn i materialet. Dataprogrammet MindManager («MindManager | Software NTNU», udatert) ble brukt for å systematisere og få en god oversikt over dataene. Ved oppdagelse av nye dimensjoner fra intervjuene, ble nye koder lagt til. Som et eksempel ble koden «vendepunktet» brukt der informantene snakket om hvordan de kom til et «vendepunkt» i tiden før Vend-Risk, hvor de ble bevisst at de måtte foreta en livsstilsendring. Et annet eksempel er «Skynde seg langsomt», der informantene fortalte om hvordan de lærte at en livsstilsendring ikke var en «quick fix» og at det var små endringer kosthold og aktivitet over tid som var nøkkelen.

Hele datamaterialet ble gjennomgått på nytt for å sikre at alle dataene som tilhørte de ulike kodene ikke var falt ut av analysen. Innsamlet tekst som ikke belyste problemstillingen ble også ekskludert, dette i tråd med Malterud (Malterud, 2012). Som et eksempel uttrykte én av informantene takknemlighet for å være med på studien. Dette ble først innlemmet under koden «motivasjon», men ble etter hvert ekskludert da den hverken var beskrivende for

informantens motivasjon for endring eller hadde noe å si for gjennomførelsen av livsstilsendringene.

Videre i prosessen ble kodelisten gjennomgått og slått sammen til grupperinger, som videre ble omformulert til hovedtemaer der problemstillingen var styrende for arbeidet. Flere gjennomganger av dataene førte til modifisering av temaene fra forrige trinn, og jeg satt til slutt igjen med fire hovedtema og tjuetre sub-tema til sammen under de ulike hovedtemaene. Siden det ifølge Malterud (2011) er viktig å være presis i utformingen av koder for å unngå gjentakelse av datamaterialet, satt jeg nå igjen med fire hovedtema i dette analysetrinnet: 1) «Vendepunktet», 2) *opplevelsen av Vend-Risk*, 3) *endringsprosessen* og 4) *vedlikehold av endringer*.

For å få bedre oversikt over materialet laget jeg i tillegg en matrise fra hvert intervju hvor jeg skrev inn hovedpunktene fra intervjuet under hver av de foreløpige hovedkodene. Denne matrisen brukte jeg også i analysen for å sikre en helhetlig oversikt over datamaterialet.

### 3.5.3 Kondensering

I det tredje trinnet ble de meningsbærende enhetene identifisert i forrige trinn sammenfattet ved kondensering. Det vil si å lage et kondensat, eller et arbeidsnotat, som trekker ut hovedmeningen fra de meningsbærende enhetene i en sub-gruppe. Sub-gruppene ble ytterligere justert etter hvordan de komplementerte hverandre. Temaet «opplevelsen av Vend-Risk» ble omgjort til en sub-gruppe under hovedtemaet «Vendepunktet» fordi en del av vendepunktet til informantene var å bli med i Vend-Risk. «Endringsprosessen» ble endret til «Skynde seg langsomt» fordi informantene snakket om hva de hadde lært om livsstilsendringer og at det ikke var en «quick-fix», men at det handlet om små endringer over tid. «Vedlikehold av endringene» ble endret til «konsekvenser av endringsprosessen», fordi informantene snakket om vedlikehold. Samtidig fortalte de også om hvilke konsekvenser endringene hadde fått i livet deres og at det var viktig for motivasjonen til å fortsette å opprettholde livsstilsendringene. Materialet bestod til slutt av tre hovedtema og femten sub-tema under disse kodene til sammen. Disse er presentert i resultatkapittelet. For hver av disse kodene og sub-gruppene lagde jeg et «kondensat» for å få bedre oversikt over den informasjonen de ulike temaene gav (Malterud, 2011). Det ble også valgt ut sitater som var beskrivende for hvert tema og som underbygde studiens funn og samtidig fremhevet informantens stemme (Malterud, 2011).

#### 3.5.4 Rekontekstualisering

I dette fjerde og siste analysetrinnet i Malteruds systematiske tekstkondensering ble resultatene fra analysen sammenfattet ved hjelp av rekontekstualisering. Ved rekontekstualisering sørger en for at de bitene og svarene en har hentet ut av materialet fortsatt stemmer overens med den sammenhengen det ble hentet ut av. På den måten er rekontekstualisering et viktig tiltak for å forebygge reduksjonisme, slik at en ikke mister tilhørigheten til feltet og virkeligheten til informantene (Malterud, 2011).

Kunnskapen fra de forskjellige kodegruppene sammenfattes, og det utarbeides en analytisk tekst for hver av gruppene. Den analytiske teksten representerer studiens resultat og formidler essensen av hva materialet forteller om de faktorene som var viktig for at informantene har klart å gjennomføre livsstilsendring (Malterud, 2011). Deretter ble det utformet overskrifter som sammenfattet innholdet i de ulike hovedtemaene og sub-temaene. Etter at analysen var ferdig, ble alle transkriberte data gjennomgått på nytt for å sikre validiteten på analysen. Dette er i tråd med Malteruds (2011) anbefaling. Sitatene ble så sett i sammenheng med konteksten til hvert intervju for å sikre at informantens budskap og stemme kom frem.

Gjennom prosessen har veileder vært delaktig og kommet med innspill. Veileder har også lest noen av de transkriberte intervjuene for å sørge for at viktige elementer ikke ble oversett. Resultatene fra min studie har også blitt lest av andre utenfor studien for å sikre tydelig formidling av resultatene.

#### 3.6 Etikk

Vend-Risk-studien var allerede godkjent (Vedlegg 4) av Regional Etisk Komité (REK) Midt-Norge (REK-nummer: 2010/696) og for denne studien ble det da sendt inn en endringsmelding. Den ble godkjent, og går inn under godkjenningen til hovedprosjektet.

I 1964 ble *Helsinkideklarasjonen* utarbeidet av Verdens legeförening. Den ble revidert i 2008, og sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker (World Medical Association, 2013). Malterud (2011) skriver at «kvalitative data omhandler menneskers livserfaringer og tanker, og har ofte en form der det språklige uttrykket gir materialet en sensitiv og personlig karakter». For min del var det viktig å være bevisst at intervjusituasjonen kunne være utfordrende for noen. Overvektproblematikk kan være et sensitivt tema som er vanskelig å snakke om for noen. Det ble satt av ekstra tid i etterkant av

intervjuet om noen skulle trenge det. Det var forøvrig viktig å få fram at dette ikke var ment å være en terapeutisk samtale, men et intervju som hadde som mål å utvinne ny kunnskap om hvorfor noen lykkes med livsstilsendring.

Kvale (1997) nevner tre etiske retningslinjer for forskning på mennesker: (1) informert samtykke, (2) konfidensialitet og (3) konsekvenser. Hva gjelder informert samtykke, så fikk alle deltagerne tilsendt et informasjonsskriv (se vedlegg 2) der målet med oppgaven og hvordan intervjuet ville foregå ble forklart. Det ble også informert om at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien uten å måtte forklare seg noe nærmere, så lenge resultatene ikke var publisert. Dette ble også gjentatt på intervjudagen før intervjuet begynte. Alle som ble intervjuet måtte skrive under på et informert samtykkeskjema (se vedlegg 3) før intervjuet startet. De ble også informert om at de hadde mulighet til å kontakte meg hvis det var noen spørsmål om studien i etterkant av intervjuet. Det ble også forklart at jeg skulle bruke lydopptaker under intervjuet.

Hva gjelder konfidensialitet, så ble datamaterialet behandlet anonymt. Rådatamaterialet ble oppbevart på en passordbeskyttet datamaskin. Det var kun de som arbeidet med prosjektet som hadde tilgang til datamaterialet. Jeg har ivaretatt deltagerens rett til privatliv og har anonymisert navn og annen informasjon som kunne ha vært med på å avsløre identiteten deres. Én av informantene uttrykte bekymring for å bli gjenkjent i oppgaven, siden det var relativt få informanter. Jeg valgte derfor ikke å skrive inn kjønn eller alder på sitatene som er brukt i resultatdelen. Det er ikke mulig å gjenkjenne enkeltpersoner i denne masteroppgaven.

Hva gjelder konsekvenser for informantene, så er det viktig for forskere å være klar over at den intime og personlige intervjusituasjonen kan være en unik opplevelse som kan få intervjuobjektet til å si ting de senere kunne angre på (Kvale, 1997). Det var viktig for meg å ikke utnytte intervjusituasjonen med å stille for inngående og upassende spørsmål, selv om det kunne ha vært interessant for forskningen. Jeg måtte være bevisst på min posisjon som forsker og på maktforholdet mellom meg og informanten i intervjusituasjonen.

## 4.0 Resultater

I min studie forsøker jeg å identifisere hvilke felles faktorer man kan identifisere hos deltagerne i Vend-Risk- studien som har klart å iverksette livsstilsendring og vedlikeholde vekttap over tid. Mine resultater viser at det «vendepunktet» informantene fortalte om, som de opplevde før de startet i Vend-Risk, var med på å motivere dem. Dette vendepunktet var i høy grad knyttet til frykten for å utvikle fedmerelaterte sykdommer, særlig diabetes 2, som alle informantene lå i risikozonen for å utvikle. Resultatene mine viser også at informantene tok til seg de biopedagogiske budskapene som var involvert i studien, som vil si budskap fremsatt av studieteamet om hvordan en kan gjøre livsstilsendringer. Dette førte til at deltakerne begynte å selv-monitorere sitt matinntak og fysiske aktivitet. De endret også synet på kropp og helse. Til sammen ga dette dem mestringsstrategier for å oppnå varig livsstilsendring. I tiden etter Vend-Risk har informantene måttet jobbe systematisk med å opprettholde de endringene de har gjort. Ellers ble samholdet mellom deltakerne i studien, relasjoner til studiens team- og familiemedlemmer samt venner også kommunisert som viktige for vellykket livsstilsendring. I det videre presenterer jeg detaljert disse hovedfunnene.

### 4.1 Vend-Risk

Som sagt i kapittel 1, så var målet med Vend-Risk å oppnå varige endringer i kost- og aktivitetsvaner og redusere risiko for utvikling av livsstilssykdommer for deltakerne. Alle som deltok i studien hadde økt risiko for å utvikle diabetes type 2. Vend-Risk-studien var et samarbeidsprosjekt mellom frisklivssentralen Værnesregionen og Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon. Intervensjonen varte i fem år, og deltagerne hadde tilbud om å være med på forskjellige aktiviteter, kurs og foredrag. Det var lagt opp til samtaler med ledere i studien, der metoden «motiverende intervju» ble brukt. Det ble også gjennomført fysiske tester som målte O<sub>2</sub>-opptak og blod- og urinprøver flere ganger i løpet av de fem årene studien varte. Informantene til min studie begynte intervensjonen i 2010 og var ferdig i 2015. De hadde vært uten oppfølging i to år da intervjuene startet.

### 4.2 Vendepunktet

Et kjennetegn ved alle mine informanter var at de alle fortalte meg at de hadde kommet til et punkt i livet der de innså at de måtte gjøre noen endringer. Det er flere beskrivelser av dette

«vendepunktet». For eksempel fortalte en av informantene at han pleide å si at han «ikke trente i sitt tidligere liv», som da refererte til tiden før Vend-Risk. En annen hadde fått det klart for seg at hun ikke ville møte alderdommen med ulike plager og livsstilssykdommer, og at hun ønsket å bli mer aktiv og spise sunnere for å ha et bedre utgangspunkt for pensjonisttilværelsen. Informantene fortalte at de var motivert til å starte «et nytt og bedre liv». Da de oppdaget Vend-Risk-studien, lot de ikke sjansen gå fra seg:

*«Jeg var bare bestemt for at jeg gikk mot det målet den dagen de stod der. Og absolutt ikke troa på at jeg skulle få komme inn på det, heller. Og så da fikk det ene med det andre, så kunne jeg heller ikke trekke meg. For det var kanskje den gulroten jeg hadde behov for da. At det var noen som pusha meg, og noen som ville hjelpe meg. Det er kanskje det vi trenger.»*

Som nevnt var deltagerne i risiko for å utvikle diabetes type 2, de var overvektige eller slet med fedme. Alle informantene fortalte at de hadde gjort seg tanker om livsstilen og at de ønsket å gjøre noen endringer. Hvordan de kom i kontakt med studien varierte litt. Noen av deltagerne fortalte at de tok kontakt med personale i studien selv. Andre tok kontakt med studien etter å ha sett annonse i avisen. Et par ble også henvist fra legen til studien for å minske risikoen for å utvikle livsstilssykdommer på grunn av fedme. Én av informantene fortalte at han var nysgjerrig etter å ha pratet med noen som hadde deltatt i den første Vend-Risk-gruppen, så han ringte inn til daglig leder i studien selv. En annen av informantene hadde blitt sykemeldt fra jobben og hadde fått beskjed av legen om at hvis hun fortsatte i samme tempo ville hun om kort tid utvikle diabetes type 2. Hun hadde funnet informasjon om studien i avisen og henvendt seg til en rekruteringsstand for Vend-Risk som var satt opp i byen hun bodde.

Alle informantene fortalte at de kjente på et behov for å endre livsstilsvaner før Vend-Risk. Dette behovet utviklet seg etterhvert til et «vendepunkt» hvor de skjønnte at en endring måtte til. De fortalte om hvordan de bestemte seg for at de nå skulle klare å endre livsstilen; de skulle «få til en endring». Én forteller om det eksakte tidspunktet hun bestemte seg:

*«Ja, jeg satt i bilen vi skulle i bryllup, og jeg satt i bilen og tenkte at dette her går ikke an lengre. For da følte jeg hvor fælt alt var og jeg bare tenkte at jeg er nødt til å ha muskler! Og da hadde jeg jo en, skal vi se, en toåring, for jeg har en attpåklatt, (...) og det å føle at man liksom ikke har kapasitet til å følge opp en toåring og er stor og svær og ja.. Så satt i bilen på vei til bryllup og bestemte meg for at dette er noe jeg er nødt til å gjøre noe med! Og da visste jeg jo, for faren min har jo diabetes, så jeg visste jo at jeg lå i risikozonen og det der hadde jo legene fortalt meg lenge. Men det var bare*

*den bestemmelsen. Og da kom jo den der annonsen om Vend-Risk etterpå og da var det bare å ...»*

Andre hadde forsøkt å gjøre endringer i forkant av studien. Én fortalte at han gikk litt på fjelltur, mens en annen hadde gjort endringer i kostholdet, men følte selv av de ikke kom over terskelen for «virkelig» å endre livsstilen.

Flere av informantene fortalte også at de i tiden før Vend-Risk følte «seg tunge i kroppen» og at de «ikke var i form». Vend-Risk kom for dem på et veldig beleilig tidspunkt. Når de i tillegg hadde økt risiko for å utvikle livsstilssykdommer, kjentes presset ekstra stort:

*«Jeg hadde jo fått kniven på strupen, blant annet med at skulle jeg få diabetes og alle de livsstilssykdommene i tillegg og så slet vi jo med et stort barneønske (...). Så det var jo flere faktorer som sa at nå må du bare gjøre noe for deg selv. Så da var det greit at Vend-Risk kom inn på akkurat det tidspunktet jeg hadde behov for hjelp.»*

Informantene fortalte at de opplevde Vend-Risk som en «ny sjanse som de måtte gripe». At de fikk muligheten til å bli med i studien og få det som de omtalte som «mer kunnskap», ble beskrevet som en motivasjon for å bli med. De små endringene flere hadde begynt med før Vend-Risk var også viktige for at de klarte å gjøre seg «mentalt klare» for større endringer. En informant fortalte for eksempel:

*«Ja, men det som jeg kan si litt om er faktisk det som skjedde før Vend-Risk. Vi har fått oss hund, vi fikk oss hund og hun er åtte og et halvt år. Og vi satt i hver sin stol hjemme hver kveld. Jeg jobbet da (...) her i Trøndelag. Kjørte bil hver dag og var ute. Så fikk vi en hund for åtte og et halvt år siden og så begynte vi å gå en tur med henne hver kveld og hver morgen. En kilometer. Kona gikk om morgenen og jeg gikk om kvelden. En kilometer ut og en kilometer tilbake, så to kilometer hver tur. Det var det vi begynte med for å bevege oss. Og så kom da Vend-Risk i tillegg, som et tillegg til det. Sånn at vi hadde begynt å jobbe mentalt med at vi hadde vært i for lite aktivitet selv før Vend-Risk.»*

#### 4.2.1 Opplevelsen av å starte i Vend-Risk

Informantene fortalte at i begynnelsen av studietiden var alt litt overveldende. De hevdet at det var et stort skritt å ta, selv om de kjente på behovet for å gjøre en endring. For flere var det en stor terskel å komme seg på treningen den første gangen. Denne informanten beskriver det slik:

*«Første gangene jeg var med på (...) treningen så syns jeg det var skummelt da. For jeg er jo kraftig og det var jeg jo da, for jeg regnet med at alle andre var jo sånn*

*fliser. Så stor eller liten, så følte jeg at jeg klarte å manne meg opp til å være med da. (...) nei, da var det så greit når jeg omsider kom i vei og ble med noen ganger. Det er jo vannaerobiscen jeg er med på og. Det og tok jo utrolig lang tid før jeg klarte å manne meg opp til å være med på da. Det var det. Men nå gjør det meg ikke noe igjen da. (...) Grudde meg egentlig litt for mye til at det er jo egentlig ikke farlig om jeg er kraftig, så har det jo ikke noe å si.»*

Det at studien varte så lenge som i fem år var også et gjentakende tema i informantenes fortellinger. På en vanlig frisklivsresept ville de fått oppfølging i tre måneder. Mange beskrev lengden på intervensjonen som overveldende i starten, mens andre hadde ikke reflektert så mye over det. En informant beskriver det slik:

*«Først så tenkte jeg 'oi, skal jeg virkelig være med på det der?' Det høstes jo litt sånn... fem år og... ja, nei, men så mente legen at jeg måtte bli med på det, så gikk det egentlig fort for jeg var hos legen til første møte, det gjorde det. Joo... det var litt sånn skummelt i begynnelsen, men det gikk greit. Utrolig. Det motiverte meg da. Det har det gjort».*

#### 4.2.1.1 Opplevelsen av aktivitetstilbudene

Som en del av Vend-Risk var det flere forskjellige kurs i løpet av de fem årene. Det var forskjellige temaer som ble tatt opp, og alle kursene var frivillig å delta på. Flere av informantene deltok på mange av disse kursene og opplevde det som «lærerikt» og «interessant». Det var med på å motivere deltagerne til videre jobbing med de endringene de var i gang med, og samtidig ga det kunnskap om relevante temaer som blant annet «Motivasjon og mestring», «Hva er livsstilsendring?» og «Diabetes». Vend-Risk-studien introduserte også lavterskel aktivitetstilbud som allerede fantes i kommunen til deltakerne. Dette var for eksempel klatring med instruktør, gåturer med noen ansatte fra kommunen, vannaerobic og styrketrening. For noen av informantene ble det et gjennombrudd da de skjønnte at en «ikke trengte å kunne alt» før en startet:

*«Det ble jo presentert en del sånne tilbud som allerede fantes i kommunen. Som ikke var så farlig, i forhold til at det ikke var noe som skulle presteres, det var ikke noe.. man skulle ikke vise hvor sprek man var. Det var liksom sånn fokus. Jeg var jo med på turer med (...) det var sånn kommunalt tilbud, der man gikk på tur to ganger i uka. Og da var det forskjellig hvor lange de turene var og farten ble jo tilpasset ut i fra hvem som var med, og det var med to ansatte i fra kommunen. Det var veldig sammensatt, i fra pensjonister, til psykisk syke til folk som meg som er helt vanlig, skulle en til å si. Og det bidro til at jeg var aktiv to ganger i uka.»*



#### 4.3.1.2 De fysiske testene

Hvert år måtte deltagerne i studien gjennom en fysisk test på tredemølle for å måle O2-opptak. Under intervjuene kom det frem at det var delte følelser blant informantene rundt disse testene. De mannlige informantene oppga at de brukte det som motivasjon for å trene. Det å ha «kondis som en 20-åring» ble oppgitt å bety mye. De mannlige informantene syntes det var «spennende» og «motiverende» å se hvor mye de økte fra gang til gang. Selv om selve testen var hard, var det en mulighet til «virkelig å vise hva de hadde oppnådd». Det å vite at det snart var tid for tester fikk treningsmotivasjonen opp og gav dem noe å jobbe frem mot. Én av informantene ønsket at det kunne vært slike tester flere ganger i året under studien, og at dette var noe han kunne ha fortsatt med i tiden etter Vend-Risk også. Informanten forteller:

*«Ja, jeg synes det var spennende. For det er noe jeg aldri har gjort før. (...) det var litt, for du så jo enorm forbedring fra første gangen til en var på topp. Det er helt vanvittig. (...) for du liksom, det er jo, selve testen er jo råtøff da. Gikk opp veldig mye, gjorde det. Så var jo ganske sprek da egentlig.»*

For de kvinnelige informantene var det litt mer delte meninger om testene. Alle fem syntes også det var «artig» å se hvordan de økte fra gang til gang, men selve testene var ikke noe de fant motivasjon i. For noen opplevdes de som «skumle» og noe de «ikke hadde lyst til». Det var bare «noe de måtte gjennom» én gang i året siden det var en del av studien.

#### 4.4 «Skynde seg langsomt»

I løpet av studien lærte informantene at en livsstilsendring - altså endringer i kosthold og fysisk aktivitet, ikke var en «quick-fix». Det var endringer som skjedde over tid og med «små skritt». Informantene forteller om at de ikke bare opplevde en endring i vekt og helsefordeler på grunn av endringene de gjorde, men at det ofte også endret hvordan de så på sin egen kropp og vekt. Alle fortalte at de ble mer opptatt av «å ha god helse og en kropp som fungerte» fremfor en tynn og lett kropp. De opplevde også å få «mer selvtillit» og «mestringsfølelse». De opplevde at det drev dem fremover og til å fortsette endringene.

*«Jeg opplevde aldri dette her med livsstilsendringer som noe negativt. Bare positivt faktisk. Jeg tok jo ikke de store sprangene, sånn at det ble så forferdelig heller. Sånn at jeg tok jo av sånn 300 gram i uka sånn cirka, gjennomsnittlig. Så i løpet av en måned så gikk jeg ned 1,2 kilo. Det gikk liksom igjen. Og det er klart, når du gjør det på den måten så er det ikke så drama å gjøre det. Det er mest bevisstgjøring og bli mer fysisk aktiv. Og det at jeg så at det gikk fremover, at her følte jeg at det her har jeg egentlig kontroll over.»*

Samtidig som informantene fortalte om viktigheten av «de små skrittene» i livsstilsendingsprosessen, så fremsatte de det også som «store endringer» i livene sine, både kroppslig og mentalt. Betydningen av de forskjellige endringene varierte blant informantene. Noen var mer opptatt av økt fysisk aktivitet, mens for andre var kostholdet viktigere. Hvordan informantene endret fokus fra vekt til helse og hvordan de har endret språket når de snakket om sin livsstilsendring kom tydelig frem i intervjuene. Herunder presenteres hvordan informantene snakket om sine endringer i kosthold og fysisk aktivitet.

#### 4.4.1 Endringer i kosthold

Hva gjelder kosthold, så fortalte alle at de på grunn av Vend-Risk hadde skjønnet at «det å spise sunt er viktig for en god helse og god livsstil». Flere av informantene mente at de «fungerte bedre i hverdagen» med et sunnere kosthold. Én fikk mindre vondt i magen, og en annen opplevde at hun fikk «mer energi» og «følte seg friskere». Informantene syntes også å ha refleksjoner eller tillært seg kunnskap om livsstilsutfordringer i vårt moderne samfunn:

*«(...) altså jeg synes jo det er godt med flekk, jeg synes det er godt med fett på maten. Jeg har jo spist det i alle år. Men jeg kan ikke spise det fordi at livsstilen vår i dag er ikke slik den var for 40 år siden. Når jeg var 15 år da jobbet vi fysisk altså, vi hadde et helt annet ... generelt sett må folk gjøre ett eller annet for å ... tilpasse seg. Livsstilen. For vi sitter i ro. Vi sitter på ræva og jobber i dag. Det gjorde vi ikke før.»*

Vend-Risk-deltakerne hadde også fått tilbud om å delta på «Bra Mat-kurs». Tre av informantene valgte å ta dette kurset. De beskrev det som «enkle løsninger» og «enkle måter å lage sunn mat på», og det opplevdes som «overkommelig i hverdagen». De fortalte også om å «kutte matvarer». Én av informantene fortalte at det føltes som «overkommelig å bytte ut hele produkter med lettprodukter». En annen hadde kuttet ut fete sauser og brukte mer grønnsaker til de fleste måltidene enn før.

*«Ja, det er jo det at det bare er sånne små enkle knep egentlig, når det gjelder mat da. Du kan bruke noe annet i stedet for sukker, og noe annet i stedet for salt ... og noe annet smør enn akkurat det feteste.»*

Det å endre kostholdet var imidlertid noe flere av informantene opplevde som utfordrende, både under Vend-Risk og i ettertid. For noen handlet det om tidsbruk, for andre var det «søtsuget» som gjorde det vanskelig i perioder å være så «flinke» som de ønsket. Én

av informantene fortalte at hun hadde prøvd alle slags slankekurer og dietter tidligere, men ingen fungerte slik hun ønsket. For henne var det viktig for endringsprosessen å finne ut at det gikk an å spise «vanlig mat». En annen informant opplevde at kosthold og aktivitet hang sammen:

*«(...) men så henger det også sammen, føler jeg da. For hvis ikke jeg er aktiv, så blir kostholdet mitt enda dårligere. Så det er en sånn sirkel, at hvis jeg klarer å være aktiv, så krever på en måte kroppen min mer mat. Ordentlig mat. Enn når jeg ikke er aktiv. Da kan kroppen min gå på sjokolade og smågodt en hel dag uten at jeg trenger å spise noe annet liksom. Men jeg opplever at den trenger litt andre ting når jeg trener (...) Og når jeg da finner ut at 'hallo, nå, her er du ute og kjører!' så er det å komme i gang med rutiner og trening. Også tenke rutiner på kosthold, så er vi i gang igjen. Så denne her ... det var en oppdagelse under Vend-Risk, jo mer aktiv jeg var, jo bedre var kostholdet mitt.»*

#### 4.4.2 Endringer i fysisk aktivitet

Alle informantene jeg intervjuet snakket om at de gjennom Vend-Risk fikk oppleve «gleden» med å være i fysisk aktivitet. Gjennom de fem årene med oppfølging og regelmessig trening ble treningsvanene «satt». For mange av informantene var trening og aktivitet den største konkrete endringen de gjorde fra sin tidligere livsstil. Flere fortalte at de tidligere var inaktive og satt mye stille, og noen fortalte at de gikk litt på turer av og til, men ingenting «strukturert».

*«Nei, det er nå avgjørende at jeg fant ut (gjennom Vend-Risk) at det går an å trene da. Det er ... det er treningen jeg føler jeg virkelig har fått lysten på kan du si. Sånn trening sammen med andre. For da føler jeg at jeg yter mer. Jeg vet ikke om det er bevisst at det er sånn, men jeg kjenner det.»*

Noen av informantene forteller hvordan hverdagen blir påvirket når de er fysisk aktive. De opplever både fysiske og psykiske fordeler med en mer aktiv livsstil, i form av «mer overskudd» og «energi» til å gjøre det de ønsker. Én av informantene fortalte at han i 15 år brukte smertestillende for å «komme i gang på morgenen». Etter Vend-Risk har han vært tilnærmet smertefri og ikke brukt smertestillende. En annen av informantene forklarte det slik:

*«En mer aktiv hverdag. Mer overskudd, energi. Jeg kjenner at det er mye bedre å være. Alt var bare så tungt før, sammenlignet med nå. Jeg har jo slitt med en skulderskade med den og har på en måte villet reversere. Så alt har på en måte blitt mye bedre. Helsa er jo mye bedre generelt.»*

I tiden etter Vend-Risk fortalte flere av informantene at de opplevde at rutineene rundt trening og aktivitet i hverdagen var blitt «automatisert». Det å være aktiv var blitt en «naturlig del av hverdagen» og noe de ikke ville vært foruten. Flere hevdet at det var oppfølgingen som varte i fem år som var viktig for at de klarte «å omstille seg mentalt» og vedlikeholde endringene i aktivitetsvanene.

#### 4.4.3 Endringer i innstilling og tankegang

Som vi ser så forteller deltagerne i Vend-Risk at de har vært gjennom en prosess med endringer av kosthold- og aktivitetsvaner. Samtidig opplyser de om å ha vært gjennom en «psykisk» endringsprosess. Alle informantene hevder at dette har vært viktig for å vedlikeholde livsstilsendringene og hvordan de «ser på seg selv». Opplevelsen av endringene de har vært gjennom mener de har satt preg på innstillingen til sin livsstil, selvtilliten og motivasjonen til å fortsette videre. En informant forklarer det slik:

*«Ja, men jeg vet ikke om det er på grunn av at ... jeg tror ikke jeg tenker at det er på grunn av at jeg har gjort det [livsstilsendringen]. Det er mer på grunn av at jeg er i den prosessen [endringsprosessen], at jeg klarer å være i den prosessen, det gir meg selvtillit. Ikke på grunn av den jobben jeg har gjort, men at jeg klarer å være der. Når du sier selvtillit så tenker jeg at det er en prestasjon jeg har gjort, og jeg kjenner det ikke sånn da. Men at det gir meg litt mestringsfølelse og litt sånn selvfølelse. Kanskje jeg har blitt tryggere i meg selv. Ikke nødvendigvis selvtillit, for den går jo opp og ned ut i fra hva man holder på med; hva man gjør og hvilke oppgaver man gjør og sånt. Men at jeg har blitt tryggere på meg selv, og mine verdier i forhold til kropp og aktivitet.»*

Flere av informantene fortalte som sagt at de endret hvordan de «så på seg selv». Én av informantene fortalte at hun etterhvert skjønnte at man ikke trengte å være «tung og trist» selv om man var overvektig. Hun kunne sette ord på sine egen tilstand sammen med andre og bruke litt humor. Det hjalp henne med å endre hvordan hun så på seg selv og det å være «litt større».

Informantene snakket også om forventningene de hadde til seg selv før de startet i Vend-Risk. Flere hadde et ønske om å gå ned til en eksakt vekt, ha synlige muskler og være «super-sprek». Etter hvert som tiden gikk endret de innstilling og fokus til å tenke mer på helsegevinster og det å ha en kropp som fungerer, selv om kroppen ikke har den minste størrelsen.

*«For jeg har ... for gjennom Vend-Risk så har jeg gått noen runder med hva som er viktig for meg. Er det viktig å stå og speile seg på et treningssenter og se sånn fitness-babe ut? Eller er det viktig å ha en aktiv kropp som tåler aktivitet? Så disse rundene har hjulpet meg, og det tenker jeg tilbake på når jeg sliter i hverdagen, når denne vekten går opp og går ned. Ikke sant, så tenker jeg på hva det egentlig er som er viktig for meg. Jo, det er viktig for meg å klare å være aktiv. Hvis jeg bestemmer meg for at jeg har lyst til å på fjellet en dag, så skal jeg klare det».*

#### 4.4.3.1 Mestring og selvtillit

For flere av informantene var Vend-Risk en arena hvor de fikk oppleve «mestring», der én av mestringene var livsstilsendringen i seg selv. Én av informantene fortalte at det å kunne gå opp bratte bakker på tur - som hun før Vend-Risk ikke ville prøve på en gang - gav henne «mestringsfølelse» og «motivasjon» til å fortsette å trene. For andre gav det mestringsfølelse å klare å gå på trening og gi det man har, på tross av at dagen har vært tung. En annen av informantene fortalte at hun «opplevde mestring i det å klare å holde det [treningen og kostholdet] gående», og ikke ødelegge noe hun hadde jobbet systematisk med i lengre tid. For informantene utgjorde mestringsfølelsene en forskjell og gav en lyst til å stå på videre.

*«Og jeg opplever ettersom jeg er uføretrygdet, så opplever jeg det som veldig viktig at jeg har en arena der jeg opplever mestring. Og at det er sosialt rundt det og. For jeg har ikke arbeidskollegaer. Jeg har ikke noen arbeidsplass jeg kan mestre på.»*

Det å få følelse av «å få til ting de ikke trodde de skulle få til» og å stå i de endringene de gjorde, opplevdes positivt. Informantene forteller at de fikk høyere selvtillit underveis i Vend-Risk. Flere trakk fram at de var blitt sikrere på seg selv i situasjoner de før ville følt seg usikre. Én av informantene fortalte at hun nå kunne se seg i speilet og si at «nå var du faktisk ganske fin!» Hun hadde også blitt mer fornøyd med kroppen sin og blitt tryggere på seg selv. En annen forklarte det slik:

*«På en skala fra 0-10 så er jeg vel mer på en 9'er i forhold til før. Blitt mye tryggere på meg selv, tør å si ifra. I forhold til å jatte rundt som var enklere før, så er det bedre å bare si ifra sånn og sånn ønsker jeg det, eller sånn vil jeg ha det. Og det har jeg også kjent på i den jobben som jeg har begynt med (...) at du må bare tørre å si ifra og så stole på deg selv. Så det har vært veldig godt. Det er en stor endring. Og det er kanskje det de fleste ser og at det er jeg som kan gå med rak rygg. Og ikke som en liten grå mus som prøver å skjule seg, som ikke ønsker noen diskusjon eller noen ting. Men nå kan jeg gå inn i en diskusjon og si hva jeg ønsker og mener. Så har jeg sagt det jeg står for og så syns det er veldig greit å kunne si ifra. Så jeg er jo blitt en bedre utgave av meg selv da.»*

#### 4.4.3.2 Fokus på helse

I tiden før Vend-Risk fortalte informantene, at de hadde et fokus på å bli tynne, spreke og muskuløse. Gjennom tiden i Vend-Risk fortalte informantene om hvordan dette fokuset endret seg til at de ble mer opptatt av helse og det å kunne være i aktivitet og ha en sunn kropp. Hva som opplevdes som det viktigste for hver enkelt har utviklet seg over tid. Det å prioritere helsen foran andre ting var et viktig skifte i livet for mange av informantene:

*«...at det er viktig at jeg holdt meg selv i fokus. Og at jeg endelig kunne få lov til å finne meg selv. Det har jo vært en lang vei og mange tanker. 'Skal jeg overbevise noen andre eller skal jeg overbevise meg selv?' Og så har jeg egentlig landet på at det er kun meg selv. Og så kan de andre se på 'hun har jo klart det hun også'. Og det er veldig godt å høre. Men jeg gjør det ikke for noen andre enn meg selv. Også det at jeg har forebygget en del livsstilssykdommer. Frisk og sunn og har en bedre helse nå enn tidligere. Det er det som er det viktigste. Men jeg tror at samboeren også kan se. Det er stor forskjell fra før og etter deltagelsen i Vend-Risk.»*

Informantene snakket om at de lærte «å være fornøyde med seg selv», selv om flere av dem også fortalte at de gjerne skulle hatt litt lavere vekt. Fokuset i Vend-Risk var ikke på vekt og vektnedgang, men god helse og økt livskvalitet. Dette fokuset syntes informantene å ta til seg. Én av informantene sa at hun var fornøyd med at hun klarte å være vektstabil i tiden etter Vend-Risk. Selv om kroppen var litt «større», var det å få oppleve at kroppen fungerte og var frisk og sterk noe som hjalp flere til å godta seg selv og sin kropp.

*«Sånn som på treningssenter så syns jeg det blir veldig mye fokus på å være tynn og 'fittest' mulig og ... det blir feil fokus for meg igjen. For jeg kommer aldri til å være der. Jeg vil ikke dit! Det viktigste for meg er at jeg er aktiv og klarer å være sterk i kroppen min og... (...) Når jeg var på (...) på sånn aktivitetsgreie der gjennom sykehuset. Og da sa hun ene fysioterapeuten til meg at, da var jeg jo svær enda, men hun sa til meg at 'du er jo sterk i kroppen din, du må bruke det!' Og det hadde jeg jo aldri tenkt over før, at kroppen min var sterk. Og når jeg begynte å tenke sånn, at jeg er sterk og at kroppen min tåler, og hvis jeg spiller på lag med kroppen min så ... det var noen sånne nye vinklinger som jeg har fått hele tiden da, sånne 'input' gjennom Vend-Risk.»*

Informantene snakket også om at de lærte at å endre livsstil ikke er en «quick-fix». Det innebærer ikke å skulle «leve som en idrettsutøver», men å være aktiv og i bevegelse for et godt liv og god helse. De fortalte at budskapet i Vend-Risk var at de skulle lære å fokusere på helse, ta én ting av gangen, for alt trenger ikke skje på én gang. De fortalte også at de hadde

lært at det tar tid å endre vaner, noe disse deltakerne i Vend-Risk hadde klart å gjøre i løpet av de fem årene de var med i studien:

*«Man må kjenne på sine følelser at det er greit dette her, og bruke tid. Skynde seg langsomt er et begrep jeg har lært meg som er veldig viktig. Og kanskje derfor jeg har kommet så langt som jeg har gjort i dag, at jeg har måttet bruke tiden til hjelp. Og da ser vi at livstilendring er ikke noe 'quick-fix'».*

Informantene fortalte at det å gjøre slike endringer og gå ned i vekt kunne oppleves ganske «drastisk». For enkelte av informantene var det å skjønne at kroppen var mindre enn før noe som tok tid. En av informantene fortalte at hun lenge gikk og kjøpte klær i for store størrelser fordi «hodet hang ikke med» på den store forandringen som hadde skjedd med kroppen. Hun hørte at folk sa til henne at hun var blitt liten, men klarte ikke å innse det selv. Det var for vanskelig. For andre var det å ha et langtidsperspektiv og ikke en «mirakelkur» viktig for at hodet skulle klare å følge med.

*« (...) jeg har jo vært på sånne slankekurer og alt sånn, alt mulig rart, og da har ting bare skulle løst seg på et trylleslag. Man skulle gjennomføre en sånn slankekur på åtte uker og så skulle en bli slank, og så skal man være aktiv, så skal man være sprek, så skal liksom alt fungere og det er ikke sånn det er! For kroppen og hodet henger ikke med når ting går så fort. Så det at det har vært et langtidsperspektiv har hjulpet meg da. Og det hjelper meg også i dag med tanke på at jeg ikke skal ha det så travelt! Det er ikke noe jeg skal vinne, det er ikke noe jeg skal rekke i forhold til å være supersprek, eller toppidrettsutøver, det er ingenting sånt. Ikke skal jeg bli sylslank, men det er det her å være aktiv, være i form, kjenne at kroppen min er sterk. Så et sånt perspektiv synes jeg at jeg lærte gjennom Vend-Risk da. At jeg har litt mer sunne holdninger til vektnedgang og til det å være i bevegelse og aktivitet.»*

#### 4.4.4 Automatisering av nye vaner

Flere fortalte at de i løpet av tiden i Vend-Risk klarte å «automatisere» endringene og de nye vanene. For alle informantene tok det en stund før de klarte å «snu det inni hodet». Det å skulle gå på trening eller ikke spise så mye godteri satt etterhvert innprentet i dem, og var blitt en hverdagsrutine. I den nye, normale hverdagen var aktivitet en selvfølge.

*«For livsstilsendring er ikke noe du gjør på ett (...) for det skal sitte i kroppen på deg på en måte. Du skal ha det så pass innarbeidet at du tar det med deg på den måten.»*

*«Det tok en stund ja. Tok nok bortimot et halvt år tror jeg. Fikk det til å snu oppe i hodet»*



Informantene opplevde at de nye rutineene med tanke på kosthold og trening etterhvert var så innprentet i dem at de ikke tenkte noe mer over det. Det var blitt normalt å gå på tur eller trene flere ganger i løpet av en uke, og det var normalt å velge lettprodukter foran fete produkter. De merket selv at de endringene var blitt en del av en ny hverdag. Kunnskapen og oppfølgingen de hadde fått i studien var med på å hjelpe dem med å automatisere sunne vaner.

*«(...) Automatikk tror jeg det har blitt. Det er det. For jeg vet jo at jeg ikke skal spise mer enn det, og ikke spise det og... ordner jeg mat så skal jeg ikke bruke det og sånn.. så jeg tror det har blitt mye automatikk, for jeg tenker ikke så mye over det hvert fall.»*

*«Det er jo alle endringene, alt det der mat og trim og de greiene der da. Det er det. Det har blitt en vanesak. For det har gått over en så lang tid og det har blitt en vanesak til slutt»*

For noen av informantene var det vanskelig å sette ord på akkurat hva som hadde utgjort de største endringene. Det hadde gått over tid og for informantene hadde det skjedd mange endringer.

*«Ja, det er jo veldig mye som foregår. Det foregår jo ubevisst. Det gjør det jo. Det er jo summen av veldig mange, veldig små endringer over tid. Så det er umulig for meg å liksom peke på en ting, "hva er det", det kan jeg ikke si.»*

På grunn av «automatiseringen» av de nye vanene snakket informantene også om at de ble mer bevisste på hva som skulle til for å ha en sunn livsstil. Det at de ble klar over egen helse spilte en stor rolle for at de klarte endringene. Flere beskrev at de ble mer bevisst på viktigheten av å bevege seg og på hva de spiser. De fortalte også at det var viktig å være bevisst i de valgene de tok i hverdagen og at de ikke måtte «gå i svime», uten å tenke over hvilke valg man tar.

*«Mer bevisst, bevisstgjøringen tror jeg har vært det viktigste. Hva du, at du ikke bare går i svime, (...) og det hvis du kjenner stress eller noe sånt, at du ikke spiser stresset ned. Og heller tar deg en løpetur eller ett eller annet sånn at du kan gjøre noe annet. (...) har du fått deg en skikkelig trim om dagen så blir du roligere og mer bekvem i deg selv.»*



#### 4.4.5 Sosiale faktorer

For informantene var det også flere sosiale faktorer som spilte en rolle i endringsprosessen. Både relasjonene deltagerne mellom i Vend-Risk, relasjonen til de som var i teamet, og forholdet til familie og venner var viktige for at informantene stod på videre. For enkelte av informantene var det treningene og aktivitetene i Vend-Risk som var viktigst, mens for andre var det forholdet til familie og venner.

*«Jeg synes jo det var et veldig greit gjennomført prosjekt dette her. Og det føltes veldig sånn inkluderende og greit å være med på synes jeg. Det var egentlig bare at jeg følte jeg var en del av det da. (...) det gjorde det kanskje lettere å fullføre, bli med på det. Det gjorde det»*

*«Ja, jeg gjorde det. Og har hele tiden støtta meg, han jeg bor i lag med. Og like ens mine to søsken støtter meg og det jeg har gjort da. De er redd for lillesøsteren, for hun har vært litt syk og sånn»*

##### 4.4.5.1 Samholdet og det sosiale miljøet

Noe alle informantene var opptatt av var hvordan det sosiale samspillet mellom deltagerne i studien var. De fortalte at det var viktig for at de var med hele på studien. Det ble beskrevet som «trygt», «inkluderende» og «en plass det gikk an å komme som den en var». Flere nevnte at de var nervøse før de ble med i studien for hvordan det kom til å bli, men alle opplevde at de ble inkludert, tatt imot og heiet frem av de andre når de kom på treninger. De opplevde at det å møte andre i samme situasjon som dem var oppbyggende og motiverende.

*«Jeg følte litt sånn, at selv om jeg kunne velge om jeg ville på trening, men når jeg først endelig sparket meg i vei der, så kjente jeg at det samspillet vi hadde med de andre deltagerne som var det viktigste. Det å få møte noen i samme situasjon som meg, og det å få det nettverket. Bare den timen, bare det å være sammen med andre, å være aktiv, i forhold til å være aktiv alene, det var det viktigste. Selvfølgelig var det sånn 'tør jeg dette' og 'har jeg lyst' og sånt, men det ble bare sånn at vi klikka sammen den gjengen. Da var det sånn motivator at 'mandagene er hellig' og mandagskveldene er fortsatt hellig den dag i dag.»*

Hvordan gruppetreningene ble organisert var også med på å motivere informantene til videre trening og endring. «Det var ikke om å gjøre å være best». Det var en trygg arena for deltagerne der de kunne oppleve mestring.

*«Det var jo egentlig lagt opp til det hele veien på, fra starten at det som, du skulle ikke springe fra alle andre. Noen er jo i litt bedre form enn andre, men det var hele tiden*

*det å, når vi var ute der og så var det jo de som før, de måtte jo gå ned igjen. Så måtte de gå ned og helst litt lengre ned enn andre. Og det fungerte veldig bra synes jeg. De fleste var fornøyd med det (...) alle skulle komme frem samtidig liksom. Det var ingen som gjorde første etappen og møtte de andre på turen når de dro ned igjen. Det var ikke noe sånn. Så det var jo greit. Det var ingen som raste fra de andre liksom.»*

Én av informantene fortalte hvordan hun opplevde at de «pushet» hverandre til å gi alt på trening og det fikk henne til å gi mer enn hvis hun hadde vært alene. De motiverte hverandre i gruppa, og fikk «en gjeng» å være aktiv med. Flere fortalte at de følte seg ønsket og sett, og det opplevdes positivt.

*«...hvis du var borte én gang, så fikk du jo 'kjeft' gangen etterpå, 'hva holdt du på med?'. Så måtte jo ha en god forklaring. Så det var jo litt artig det da.»*

#### 4.4.5.2 Deltakernes opplevelse av teamet i Vend-Risk

Lederne og personalet i Vend-Risk ble oppgitt å være viktig for deltakernes motivasjon for å starte og opprettholde livsstilsendring. For flere av informantene var opplevelsen av å bli møtt, sett og hørt av personalet viktig for å tørre å komme i gang. Personalet ble oppfattet som noen de kunne lufte tanker, følelser og bekymringer med. De var «trivelige» og alltid «fornøyd med innsatsen». Én av informantene fortalte at hun ikke trengte å «hoppe en meter» for at de skulle være fornøyd, selv små museskritt var bra. De gav god støtte på tester og «demotiverte i alle fall ikke» informantene.

*«Jeg synes det var veldig greit med den oppfølgingen som vi fikk (...) hvis det var noe så hadde de bestandig tid til oss. Og det er litt viktig for det er jo et 'touchy' tema med det å være overvektig, du ønsker ikke å snakke om overvekten din, men her viste de at de brydde seg. Du fikk empati tilbake og du kunne åpne deg, du kunne tørre å spørre og si alt til dem på en måte. Det var min trygghet at jeg fant noen trygghetspersoner som var der for meg. Hadde jeg på en måte fått en kald skulder, så hadde jeg heller ikke kommet så langt heller. Så det var veldig godt å ha dem.»*

*«Nei, jeg synes det var kjempe motiverende sånn de holdt på. De skrøt heller enn å, hva skal en si, hvis det var negativt så skrøt de likevel kan du si.»*

#### 4.4.5.3 Familie og venner

I løpet av tiden informantene var med i Vend-Risk hadde de forskjellige opplevelser av hvordan støtte fra familie og venner hadde vært. Noen av informantene hadde ikke sagt til noen i det hele tatt at de var med, andre hadde fortalt det til sin nærmeste familie, men de

«ikke snakket så mye om det». For andre betydde det mye å ha familien og venner rundt som støttet og oppmuntret dem. Én av informantene meldte seg på sammen med kona og fortalte at de fant motivasjon i hverandre og var flinke til å dra hverandre opp av sofaen på tunge dager.

*«Ja, fra de [familien] hjemme da. Det var det. De har jo vært med på endringene og alt. Ja, det var det. Mye lettere og. For du er maktesløs når du står alene.»*

Én av informantene fortalte at det å kunne vise barna at de gjorde endringer i livsstil og at de kunne påvirke dem til å ta gode valg var viktig. For andre igjen var ikke dette med familie og venner like enkelt. For én av informantene var dette noe hun skulle klare selv, og følelsen rundt støtten fra de nærmeste var hun litt ambivalent til.

*«Den støtten har jo vært litt ... hva skal jeg si. Det er litt motstridende, for den støtten er jo positivt at den er der, men likevel så blir jeg litt sånn provosert av den støtten for jeg skal jo klare dette her selv. Og det er ikke de som skal bestemme over meg og maten min og aktivitetsnivået mitt. Det skal jeg liksom finne ut av selv. Så det at dette er noen verdier som jeg synes er viktig.»*

For andre var det ikke like enkelt med familie- og vennerelasjoner under tiden i Vend-Risk. Én av informantene så seg nødt til å kutte ut familie og venner som hadde en negativ og demotiverende holdning til endringene hun hadde gjort. Hun fortalte at det å gå videre fra slike relasjoner hadde gjort henne sterkere, og hun var etter hvert blitt klar over viktigheten av å ha folk som støttet og oppmuntret henne rundt seg.

*«Jeg hadde ikke nevnt så mye om det med vekttap til å begynne med. Det holdt jeg og samboeren for oss selv. Med de synes jo ... jo bedre de så at jeg ble i bedre form, og de stilte jo opp. Men det var kanskje ikke de ... eller det var noen venner som stilte mer opp enn familien. Når du bestandig får høre av enkelte at 'du var tjukk og feit' så har du ikke lyst til å bruke dem. Og da var det heller å sette pris på de nære du hadde med deg. For akkurat det der var jeg så redd for - å komme tilbake til utgangspunktet igjen. For alle sa det 'du må slutte med det tullet' og 'du må leve vanlig og komme deg ut i jobb, når du kan trene, så kan du jobbe' og de klarte ikke å se hvorfor jeg var syk og hvorfor jeg var skadet. De tenkte bare jobb egentlig. Og jeg tenkte at i denne situasjonen så er jeg så privilegert at jeg kan få lov til å gå hjem å trene og ta vare på meg selv. Så jeg holdt meg mye for meg selv.»*

#### 4.5 Konsekvenser av endringsprosessen

For informantene i denne studien har disse endringene hatt konsekvenser for det livet de lever nå. For flere har det vært drastiske endringer fra før deltagelsen i Vend-Risk. Mange var klare

på at uten Vend-Risk ville de «ikke vært der de var i dag». For alle informantene handlet tiden i etterkant av Vend-Risk om å vedlikeholde de endringene de hadde begynt på. De fortalte at de opplevde flere gevinster ved de endringene de hadde gjort og at det var med på å motivere til videre jobbing med livsstilen. Informantene var også opptatt av at det ikke bare var enkelt å opprettholde disse endringene og at det var utfordringer i hverdagen.

#### 4.5.1 Et nytt og bedre liv – og veien videre

Informantene snakket mye om hva de har følt de har oppnådd og hva de har fått ut av de endringene de har gjort i løpet av deltagelsen i Vend-Risk. De nevner flere «gevinster» og snakker om å «nå mål». Én av informantene forteller for eksempel at:

*«Nei, det som betydde mest da jeg bestemte meg i 2010 var jo at jeg skulle være aktiv. Og det er jo den største gevinsten min at jeg, som jeg sa, kan gå på fjelltur hvis jeg har lyst en dag. Det kunne jeg ikke i 2010. Så det, det er jo klart, alt dette her, nå har jeg jo BMI på overvekt nå også, men jeg vet ikke hvor stor risikoen for livstilssykdom er i forhold til det, men den er jo minsket! Og det er jo også en gevinst tenker jeg! Både hjerte- og karsykdommer og diabetes og alt det der belastnings... kroppen min er jo mye sunnere i dag enn hva den var da»*

*«Men det er kanskje, jeg har blitt litt mer på det der med treningen da. Jeg er med litt jevnt hele tiden. Ikke det der skippertaks-greiene, for det er ikke noe særlig. Du fikk det liksom litt inn da»*

Når det gjelder gevinster, så snakket informantene for eksempel om hvordan de hadde fått oppleve «gleden av å være fysisk aktiv». For flere har hverdagsaktivitet og trening blitt førsteprioritet. Én fortalte at før var alt «tungt og slitsomt», men nå hadde hun mer overskudd og energi og at «det var generelt bedre å bare være»:

*«For jeg føler det som en glede å være så pass at jeg klarer å dra [på trening]. For jeg føler det litt verre hvis jeg ikke er der. (...) for jeg må på den treningen min. Jeg føler ikke sånn stress, jeg føler det mer som en glede.»*

For andre var endringer i kroppen noe som opplevdes som en stor gevinst og noe som gjør hverdagen enklere i dag.

*«Ja, det er mange gevinster. Veldig mange gevinster. Det å kunne bøye seg og ikke ha magen sånn, når du tar på deg skoene. Bare sånne enkle ting. Det å kunne bevege seg. Det er jo en helt annen verden. Altså å ha en 40 kilos sekk som du går og drar på. Det*

*er jo et slit. Sånn at både fysisk og psykisk har du det mye bedre med deg selv. Nei, jeg syns det har vært veldig lite offer og veldig mye å vinne på det.»*

Informantene hevder at de ikke har «ofret» noe på å gå igjennom en stor livsstilsendring. Det de «vant» og «vinner» på å ha gjort disse endringene overkommer det de eventuelt måtte ofre:

*«Nei, man kan jo si at man ofrer masse god mat ... men jeg gjør ikke det. Nei, jeg, det er en sånn fin balansegang. Men nå har på en måte vekten stabilisert seg, det er liksom ... nei, jeg har ikke ofret noe. Alt er bare pluss.»*

*«Nei, ikke noe offer. jeg føler ikke det er noe offer. Det er ikke noe offer å ofre noen timer i uka for å trene. Jeg føler ikke det er offer. Det kan jo være de som gjør det, men jeg gjør ikke det. Bare gevinster føler jeg da».*

For informantene har det som sagt vært viktig å holde motivasjonen oppe etter at Vend-Risk var ferdig. De snakket om at studien hadde motivert dem til å fortsette å være aktive og opprettholde de endringene de har gjort. Informantene måtte jobbe systematisk med seg selv de siste to årene etter at studien var ferdig - de har måttet finne motivasjon andre plasser enn i Vend-Risk og det opplegget som var der.

Én av informantene fortalte at han, i etterkant av studien, ble motivert av de store fordelene han opplevde med å endre livsstilen. Det hadde gitt ham mer energi og større kapasitet til å jobbe mer, som igjen hadde gitt mye motivasjon til å fortsette og være aktiv og spise sunt. Han fortalte også at det å være fysisk aktiv har gitt ham «en stor psykisk gevinst», som også motiverer til å gi på videre.

*«Nei, jeg føler jeg sitter igjen med en god erfaring jeg da. Det gjør jeg. Så liksom at jeg har fått motivasjon og sånt liksom for at jeg motiverer mer til å gjøre litt. Tenker litt mer helse. Så jeg ... men jeg har jo, jeg gikk jo inn med det 100 prosent jeg da. Da skulle jeg fullføre de fem årene skulle jeg. Det det var ikke noe.»*

Andre snakket om den «indre driven», den indre motivasjonen, som var så viktig. Det å kunne finne ut hvorfor de gjorde dette og stille spørsmålene «hva var det viktig for» og «hva er målene» har vært viktig i tiden etter Vend-Risk for å finne motivasjonen. For flere var det mange erfaringer de tok med seg fra tiden i Vend-Risk som de tenkte på og tok i bruk i tiden etter. Én fortalte at det var viktig å ha noen å snakke med om alt de har vært gjennom. En

annen tenkte tilbake på foredrag med folk som har vært gjennom det samme og som fortalte sine opplevelser. Det motiverte henne til å fortsette selv:

*«Jeg tror.. denne her indre driven min. At jeg hadde lyst i 2010 til å bli aktiv, og jeg har lyst nå til å være aktiv og hver gang jeg har motbakker og kjenner at det går litt trått, så må jeg liksom tilbake til å finne ut hvorfor! Hvorfor ville du dette? Og det er fordi du vil være aktiv. Du vil spille fotball med 10-åringen din på fotballbanen. Så jeg tror det er den indre motivasjonen, det er ingen som har påført meg, sagt at dette her skal du, ingen sånn, det er ikke noe forventningspress fra noen utenfor og det er ikke noe man leser om i en blogg. Det er noe jeg har bestemt selv, det er noe som jeg vil. Og så er det viktig for meg å ha folk rundt meg som også liker å være aktiv, som jeg kan ta kontakt med for å holde hjulene i gang. Snakke om det. Bare snakk om trening, snakk om aktivitet, snakke om hvilke fjell vi har lyst å gå på og snakke om hva vi har lyst til å gjøre, opplevelser. For det motiverer det å kunne gå. I sommer gikk jeg til Galdhøpiggen med 10-åringen min og det, sånne ting, det motiverer jo hvis man har sånne ønsker om å gjøre ting. Så det er jo og i denne her indre, indre drivkraften.»*

#### 4.5.2 Utfordringer i tiden videre

Informantene var bevisste på at «jobben var ikke gjort», selv om de hadde klart å gå ned i vekt. Det var også en jobb med å vedlikeholde vekten og de endringene de hadde gjort. Informantene fortalte at de hadde hatt utfordringer i møte med hverdagen. Noen snakket om at dette med å «miste fokuset» og «falle tilbake til gamle vaner» var en risiko. For en annen av informantene var det å komme i gang igjen etter en juleferie utfordrende. Han fortalte at det var veldig lett å bli sittende, og at «dørstokkmila» var spesielt høy denne tiden. Men han sa også at han gjennom de rutinene han hadde fått gjennom Vend-Risk i løpet av de fem årene hadde lært seg hva som måtte til for at han skulle komme i gang igjen.

*«det er det å miste fokuset. For det er så fort gjort, at man bare sklir unna. At man bare 'oj, dette her vet jeg at jeg kan tillate meg, men følg litt med på vekta'. Og jeg vet at jeg kan spise så og så mye. Og så kommer neste gang, og så tenker du at, jeg legger ikke på meg nå, men så plutselig så snur det seg. Så har du stagnert, og så er det opp noen kilo. Og da tenker du 'oj, hvorfor lot jeg meg rive med?' Sånn at jeg må hele tiden være bevisst på hva jeg spiser, og hvis jeg spiser noe ekstra, så må jeg vite at jeg skal ut å bevege meg eller trene. For å kompensere. Så det er kanskje det evige jaget som er veldig slitsomt.»*

Én av informantene fortalte også at det var en utfordring å innse at kroppen ikke ville mer ned i vekt og at den vekten hun hadde nå var stabil. Det å se at hun var «kraftig» var en utfordring og det å godta seg selv. For andre var det kostholdet den største utfordringen.

Vekten kunne svinge litt, og i dårlige perioder kunne det bli mye usunn mat:

*«Det går jo veldig opp og ned da. Må jo ærlig innrømme at det ikke er noe sånn lett. Sånn at man er, det er kanskje fordi vekta varierer sånn og.. fordi det er perioder med spising og lite aktivitet og perioder der det går veldig bra. Både kosthold og aktivitet og ... da henger selvsagt psyken inn i bildet her og».*

Informantene er klare på at det har vært givende å være med i Vend-Risk, men at de må jobbe for å opprettholde endringene hele livet - som en av informantene sa: *«Det er en livsstil og ikke en diett».*

## 5.0 Metodediskusjon

I dette kapittelet skal jeg diskutere styrker og svakheter ved min studie og hvordan dette kan ha påvirket studiens resultater. Jeg vil i dette kapittelet beskrive viktige temaer som relevans, refleksivitet og validitet. Relevans handler om hva kunnskapen fra studien kan brukes til. Refleksivitet innebærer at forskeren underveis i studien hele tiden vurderer sin fremgangsmåte og konklusjoner. Validitet handler om hva studien har funnet gyldig kunnskap om (Malterud, 2017).

I første del av dette kapittelet vil min forforståelse og betydningen den kan ha for studien diskuteres. Videre vil jeg diskutere mine valg i analyseprosessen med utgangspunkt i de temaene som er omtalt i oppgavens metodekapittel. Dette er for å sikre at de metodiske valgene som er gjort blir diskutert og at jeg synliggjør hvordan disse kan ha påvirket resultatet.

### 5.1 Forforståelse

Uansett hvilken forskningsmetode man skal bruke eller hvilket forskningsprosjekt en forsker skal gjennomføre, vil forskerens personlighet og faglige bakgrunn påvirke forskningsprosessen og dens resultater (Malterud, 2017). I kvalitativ forskning er det et mål at materialet skal reflektere informantens meninger og erfaringer, ikke forskerens (Malterud, 2017). Det er derfor viktig at en forsker er bevisst på og identifiserer og definerer sin forforståelse og sitt ståsted i forkant av og underveis i forskningsprosessen (Malterud, 2017). I starten av min studie skrev jeg ned min forforståelse og mine forventinger til funn. Disse presenteres under her.

Motivet mitt for å gjennomføre denne studien var at jeg var nysgjerrig på å finne ut hvorfor noen klarer å endre livsstil og vedlikeholde vekt nedgang, siden vi vet fra forskning at det er få som klarer dette. Jeg hadde et ønske om at mine funn potensielt kunne være med på å utvikle og forbedre måter å drive livsstilsintervensjoner på, slik at flere kan oppnå varig vekttap og redusere risiko for livsstilssykdommer.

Jeg har en bachelor i ernæring. Der ervervet jeg meg god kunnskap om sunt kosthold, og hvordan en usunn livsstil og vekt kan føre til livsstilssykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer. Vi lærte at vekt nedgang i intervensjoner ved hjelp av forskjellige dietter var mulig, så lenge pasientene jobbet «konsekvent» og gjennomførte hele intervensjonen, men at suksessfull vedlikeholdelse av vekttap og livsstilsendring var vanskelig for mange. Jeg mistenkte at noe av årsaken til dette kunne skyldes lite kunnskap om kosthold og hva som var



«riktig» metode for livsstilsendring. Denne mistanken hadde jeg fordi jeg opplevde at det var et stort fokus på reklamer for «raske løsninger» for vekttap i dagsaktuelle medier i form av slankepiller og forskjellige dietter for å oppnå en sunn og tynn kropp, men uten at man trengte å jobbe hardt med livsstilsendringen. Dette antok jeg kunne virke attraktivt for pasienter med fedme.

Jeg hadde en forestilling om at økt kunnskap om sunt kosthold kunne øke andelen som lykkes med varig vektnedgang. På bakgrunn av min erfaring med kostholdsveiledning, mistenkte jeg videre at støtte fra de nærmeste ville spille en sentral rolle for suksess i livsstilsendring. Å skulle gjøre endringer i kosthold- og aktivitetsvaner uten støtte fra den eller de du bor med antok jeg ville vanskeliggjøre «å gjøre» og opprettholde endringer. Disse antagelsene påvirket min forforståelse, og kan potensielt ha påvirket min utarbeidelse av intervjuguiden.

Gjennom masterutdanningen i Klinisk helsevitenskap, på studieretningen fedme og helse, tilegnet jeg meg mer kunnskap om fedmebehandling og dens kompleksitet og utfordringer. På studiet lærte jeg om patologien bak fedme og om noe av det som gjør fedmebehandling så komplekst. Jeg mistenkte også at psykologi spilte en stor rolle i utvikling av fedme, og at det ville spille en rolle i behandlingen. Min antagelse var at individer som lider av fedme opplever stigmatisering og holdninger i samfunnet som forteller at «en er mislykket som overvektig». Dette kan påvirke selvtilliten til personer som skal ned i vekt.

Jeg var også spent på gjennomføringen av intervjuene fordi temaet livsstilsendring kan være utfordrende for noen å snakke om. På grunn av min bakgrunn med bachelor i ernæring har jeg tidligere erfaringer med det kan være utfordrende å snakke med pasienter om matinntak. I praksistiden min erfarte jeg at personer med fedme ofte «pyntet» på sannheten når de rapporterte om matinntak. Jeg var derfor bevisst på at jeg burde prøve å legge min forforståelse, erfaring og kunnskap angående dette til side. I mitt forskningsarbeid var det min intensjon å presentere informantens stemme, med minst mulig forstyrrelse av min forforståelse og teoretiske referanseramme (Malterud, 2017).

Refleksivitet ble utøvd gjennom hele forskningsprosessen for å styrke studiens troverdighet. Dette ble gjort ved å kontinuerlig utfordre egne forestillinger og konklusjoner for å hindre at min forforståelse skulle overskygge informantens erfaringer og deres opplevelser med livsstilsendring (Malterud, 2017). Jeg opplevde at studien gav meg funn jeg ikke forventet på forhånd. Jeg forventet for eksempel at kosthold skulle spille en større rolle for endringene enn fysisk aktivitet, noe som ikke stemte overens med funnene i studien. Selv

om endringer i kosthold var viktig, ble aktivitet vektlagt som viktigst av de fleste informantene. Dette tyder på at jeg har jobbet refleksivt gjennom hele prosessen og at jeg har vært åpen for å teoretisere over de empiriske funnene som viste seg i datamaterialet.

## 5.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget av informanter man inkluderer i studien avgjør hvilke sider av saken man kan si noe om, for hvem og hva er det gyldig for og i hvilken sammenheng. Sammensetningen av personer i utvalget vil påvirke tolkninger og funn (Malterud, 2011). Å inkludere deltakere fra Vend-Risk-studien som hadde klart å endre livsstil og hatt et signifikant vekttap fra baselinevekt og klart å vedlikeholde endringene etter endt intervensjon, var derfor hensiktsmessig for min studie. Deltakerne som ble inkludert i min studie hadde som sagt startet i Vend-Risk i 2010 og bestod av to grupper som avsluttet intervensjonen samtidig i 2015. De hadde vært uten oppfølging av Vend-Risk i to år da jeg gjennomførte mine intervjuer. En utfordring med rekrutteringen til min studie var at det manglet data om disse deltagerne fra de siste to årene. I samarbeid med Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon ble deltagerne som hadde gått ned  $\geq 10\%$  av utgangsvekten ved intervensjonsslutt kontaktet via brev. Én fra teamet i Vend-Risk, som var kjent for deltagerne, ringte så rundt til dem som var aktuelle for å høre om de fortsatt hadde vedlikeholdt vekttapet og livsstilsendringene. At en fra teamet i Vend-Risk ringte informantene kan ha vært fordelaktig ved at noen av informantene muligens syntes det da var mindre skummelt å skulle bli med i min studie. At de fikk snakke med en fra teamet som hadde fulgt dem i flere år i Vend-Risk-studien, kan ha vært utslagsgivende for at de takket ja.

Åtte informanter ble intervjuet i denne studien, tre menn og fem kvinner. En styrke med utvalget var at informantene hadde ulik alder og yrkesstatus. Det var både yrkesaktive, uføretrygdete og pensjonister. Forskning viser at det er høyere forekomst av overvekt og fedme hos dem med lavere utdanning og lavere prevalens hos dem med høyere utdanning (Folkehelseinstituttet, 2015, 2017a). Selv om utvalget er lite, så kan det indikere at det å oppnå varig livsstilsendring ikke nødvendigvis har noe med utdanning og sosio-økonomisk status å gjøre. Frisklivssentralene og deres tilbud i de forskjellige kommunene ble brukt i intervensjonen. En frisklivsresept varer kun i tre måneder og kan utvides opp til ett år. Funnene mine kan derfor ikke overføres direkte til behandling av overvekt og fedme i frisklivssentraler, men kan på noen områder bidra med kunnskap om videreutvikling av livsstilsintervensjoner. Vend-Risk ble gjennomført i Værnesregionen, og alle informantene

bodde i kommuner i tidligere Nord-Trøndelag. Overførbarheten til større kommuner er derfor også diskutabel, siden frisklivssentralens popularitet er større i små kommuner enn i de store byene (Ekornrud & Thonstad, 2016). I tillegg består tidligere Nord-Trøndelag stort sett av rurale kommuner, noe som kan skape andre livsstilsutfordringer enn for personer som bor i større byer i Norge.

Som nevnt ble åtte informanter inkludert i denne studien. Det kan potensielt være en svakhet ved studien at det ikke var flere informanter fordi datamaterialet er relativt lite. I kvalitativ forskning er det derimot viktig at informantene bidrar med betydningsfull kunnskap, heller enn at de er mange. Siden problemstillingen var så spesifikk og utvalget var begrenset til de som hadde vedlikeholdt endringene i to år etter endt oppfølging, kan dette ha bidratt til metning i studien (Malterud, 2017). En fordel med et relativt lite datamateriale er at det kan være enklere å få oversikt over analysearbeidet, da dette kan gjøre analysearbeidet mer oversiktlig.

### 5.3 Datainnsamling

Datainnsamling handler om hvordan man innhenter kunnskap til studien. I planleggingen av studien må man ta stilling til hvilken metode for datainnsamling som kan gi mest mulig relevant data om det man skal studere (Malterud, 2017). Valg av tema og utforming av spørsmålene i intervjuguiden er som sagt dels preget av min forforståelse og utdanningsbakgrunn. I validitetsøyemed sendte jeg intervjuguiden også til min veileder slik at hun fikk gjennomgå spørsmålene før jeg startet med intervjuene. Jeg utførte også testintervjuer, noe som er anbefalt å bruke for å undersøke om spørsmålene i intervjuguiden er forståelige, om samtalen blir ledet inn på ønskede tema og om de åpner opp for refleksjon for den som blir intervjuet. Å gjennomføre disse så vel som transkriberingen av dem var nyttig. Det gav verdifull tilbakemelding rundt bevisstgjøring på egen intervjuteknikk og om spontane oppfølgingsspørsmål var for mye påvirket av min forforståelse (Malterud, 2017).

En viktig forutsetning for et dybdeintervju er at intervjueren klarer å skape en avslappet atmosfære og får informanten til å føle seg trygg og ivaretatt. For å skape en god samtale er det viktig å lytte med et åpent sinn og ikke skape et inntrykk av at man forventer et visst svar. Å skape tillit mellom intervjuer og intervjuobjekt kan være avgjørende for kvaliteten på datamaterialet (Malterud, 2017). I begynnelsen av intervjuet introduserte jeg derfor meg selv og forklarte hva studien gikk ut på og hvorfor informanten var med i den.

Videre forklarte jeg hvordan datamaterialet ble behandlet og oppbevart, og jeg ga dem også muntlig informasjon om deres rettigheter i forbindelse med studien.

Spørsmålene var formulert slik at informantene skulle få muligheten til å snakke fritt om sine opplevelser. Under intervjuene var jeg bevisst på å la informantene snakke ut og ikke være engstelig for taushet. Jeg kan ikke garantere at jeg aldri påvirket materialet ved å ikke alltid stille oppklarende spørsmål der det var naturlig eller at jeg stilte ledende spørsmål. Dette kan ifølge litteratur føre til bias i tolkninger og antagelser i intervju- og analysefasen (Kvale, 1997). For å unngå at min forforståelse påvirket funn i studien i for stor grad, ble samtlige transkripsjoner gjennomgått flere ganger med et kritisk blikk. For å kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål er det viktig med god kunnskap om intervjutema (Kvale, 1997). I forberedelsen av intervjuene og med arbeid med protokollen var det avgjørende at jeg fikk kunnskap og oversikt over opplegget, utvalget og strukturen i Vend-Risk. Jeg brukte også mye tid på å sette meg grundig inn i litteraturen rundt temaet om vedlikehold av livsstilsendringer for å kunne utforme intervjuguiden på en god måte og ha kompetanse til å stille relevante oppfølgingsspørsmål.

Det er viktig å utvikle sin sensitivitet som intervjuer og være lydhør for forandring og uventende fenomener (Kvale, 1997). Som sagt er det viktig å skape en trygg setting for informantene, men dette er også avgjørende for at jeg som intervjuer skal klare være åpen for det informantene sier (Malterud, 2017). I tråd med Malterud (2017) måtte jeg jobbe med meg selv både før, under og etter intervjuene for å klare å lytte uten å ha noen forventning om hva svaret skal være, men samtidig kunne stille spørsmål som gav spesifikke svar slik at jeg kunne få gode beskrivelser av informantenes egne opplevelser med livsstilsendring.

En potensiell svakhet med studien min kan ha vært interessen for å innhente et bredt spekter av informantenes erfaringer med livsstilsendring. Det kan føre til at noen aspekter som kan ha fortjent større oppmerksomhet ble tillagt lite oppmerksomhet. Da jeg analyserte dataene opplevde jeg likevel at det var mulig å identifisere fellestrekk mellom informantene og deres erfaringer med livsstilsendring.

Det har enda ikke blitt publisert noen funn fra den 5-årige Vend-Risk-studien. Hvis dette hadde eksistert, så kunne det ha styrket min kvalitative studie. I ettertid ser jeg også at et intervju med behandlingsteamet som var involvert i Vend-Risk-studien kunne ha styrket min studie, da dette kunne gitt et dypere innblikk i hvordan det ble jobbet systematisk med å hjelpe andre med livsstilsendringer. Dette forsøkte jeg å løse ved å etterspørre og innhente informasjon om Vend-Risk, hvordan teamet i jobbet og hva de fokuserte på. Jeg mottok

forskningsprotokollen for intervensjonen, som inkluderte tidsplan og hvilke tilbud som inngikk i studien. Jeg har også hatt samtaler per telefon og ansikt-til-ansikt med en som jobbet i og med Vend-Risk, og jeg har også fått tilsendt skriftlig informasjon om hvordan de fokuserte samtalene med deltagerne. Disse er alle brukt som bakgrunnskunnskap for å identifisere hvordan deltakerne tok til seg budskapene og instruksjonene om livsstilsendring som var involvert i den 5-årige Vend-Risk-studien.

#### 5.4 Analyse og tolkning

Det er mulig at jeg har vektlagt mindre viktige aspekter i arbeidet med analysen, og også at jeg kan ha oversett noen viktige aspekter i arbeidet med analysen, siden det er første gang jeg gjennomfører en slik analyse. For å sikre en grundig analyse av datamaterialet i denne studien, ble trinnene i analysemetoden systematisk tekstkondensasjon fulgt nøye gjennom hele analyseprosessen (Malterud, 2017). For å få bedre oversikt og system i materialet brukte jeg matriser og dataprogrammet MindManager («MindManager | Software NTNU», udatert).

Det ble utført foreløpige analyser av intervjuene mellom hver intervjubolk for å sikre troverdigheten i analyseprosessen. Malterud (2017) skriver at det er et viktig virkemiddel å stille spørsmål om gyldigheten underveis, og på den måten forebygge systematiske feil for å sikre den interne validiteten i kvalitative studier. Under analyseprosessen ble veileder også kontaktet på ulike stadier, og vi diskuterte og reviderte tema, koder og sub-grupper.

Gjennom min nærhet til studien kan det være en utfordring å være kritisk til eget materiale (Malterud, 2017). For å unngå bias anbefaler Malterud (2017) at forsker stiller seg spørsmål om sitt faglige ståsted, og om det er med på å påvirke materialet. For å unngå bias har jeg derfor hatt kontinuerlige samtaler og diskusjoner med veileder gjennom hele prosessen. Det er en styrke for denne studien at veilederen har ulik faglig bakgrunn enn meg selv. Veileder har bakgrunn i sosialantropologi med medisinsk tyngde og en doktorgrad i kvalitativ forskning på tematikken barnefedme. Det har ført til kritiske spørsmål fra et annet faglig ståsted, noe som er med på å styrke funnenes pålitelighet. Diskusjoner med veileder underveis har ført til refleksjoner rundt innhold, fremstilling og struktur. Det har også bidratt til å opprettholde refleksivitet i forskningsprosessen ved at jeg har måtte reflektere over om det er informantenes stemme jeg presenterer, eller om jeg som forsker har vektlagt funn og aspekter som bekrefter min egen forforståelse.

## 6.0 Resultatdiskusjon

I denne studien har jeg intervjuet deltagere i Vend-Risk som har hatt effekt av livsstilsendring. Vanligvis er det bare rundt 20 % som har langvarig effekt av livsstilsendingsintervensjon (Crawford mfl., 2000). I denne studien prøver jeg derfor å finne årsakene til hvorfor noen klarer å vedlikeholde livsstilsendringer over tid og etter endt oppfølging fra helsevesenet. I min studie fant jeg at alle informantene opplevde et «vendepunkt» før de startet i studien Vend-Risk, hvor jeg har rekruttert mine informanter fra. De var motiverte for å gjøre en endring, og de opplevde at Vend-Risk-studien kom på et «beleilig» tidspunkt. Resultatene mine viste også at deltakerne over tid endret fokus fra å bli tynn og muskuløs over mot helse, altså at de i stedet fikk fokus på det å ha en god helse og en velfungerende kropp. De kommuniserte også at de hadde lært hvordan livsstilsendring ikke var en «quick-fix», men at det handlet om små endringer i kosthold og aktivitet i det daglige livet. I løpet av studien opplevde også informantene at disse endringene de igangsatte ble «naturlige» for dem og «automatiserte» etter hvert som tiden gikk. Samholdet i gruppa ble også fremhevet å være av stor betydning for at informantene klarte å komme gjennom det de omtalte som «tyngre perioder». I tiden etter Vend-Risk forteller også mine informanter at de har jobbet systematisk med å opprettholde livsstilsendringene hver dag.

I dette kapittelet blir disse sentrale funnene oppsummert og diskutert. Siden dette er en kvalitativ studie, så vil mine resultater diskuteres ved hjelp av innsikter fra klinisk helsevitenskap og det kritiske sosiologiske rammeverket biopedagogikk. Sistnevnte rammeverk handler om hvordan normaliserende og regulerende praksiser, som har oppstått på grunn av forestillingen om en global fedmeepidemi, gir individer forskjellige måter å forstå seg selv på og hvordan livsstilsbudskaper kan påvirke individer til endring.

### 6.1 Konsekvenser av en global fedmeepidemi

I dagens samfunn er «fedmeepidemien» et utbredt og for mange et godtatt begrep, og det handler om hvordan vekten øker i befolkningen globalt. Forestillingen om at fedme spres som en «epidemi» påvirker folks forestillinger om kropp og om helse – eller kanskje helst forestillinger om hvordan fedme potensielt kan skape helseproblemer. I motsetning til klinisk helsevitenskap, som fokuserer på fedme som et individuelt problem og på individuelle biomedisinske parametere, så omtaler flere sosiologer fedmeepidemien som en form for «moralsk panikk»; sosiologiske forskere påpeker hvordan mediebildet i flere år har fokusert mye på hvordan overvekt og fedme skaper helserisiko, både på individuelt plan og for

(verdens-)befolkningen som helhet (Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver, & Gaesser, 2006). Campos m.fl (2006) mener imidlertid at det ikke er tilstrekkelig bevis for at fedme gir komorbide tilstander. Mange sosiologiske forskere setter derfor også spørsmålsteget ved selve begrepet «global fedmeepidemi». Sosiologen Jan Wright beskriver for eksempel hvordan det først var mot slutten av 1990-tallet at flere medisinske publikasjoner pekte på overvekt og fedme som et seriøst helseproblem (Wright & Harwood, 2009). I 1997 advarte Verdens helseorganisasjon (WHO) mot den såkalte fedmeepidemien for første gang i en rapport (Sanden, 2015). 1997 kan derfor anses som det året hvor begrepet 'fedmeepidemi' ble lansert, og i etterkant av dette har fedme blitt ansett som «eit globalt problem av epidemiske proporsjoner» (Sanden, 2015, s. 1).

Sosiologer peker på at fedmeepidemien har skapt diverse tiltak mot overvekt og fedme på et nasjonalt og globalt nivå (Sanden, 2015). På grunn av den beskrevne kommende epidemien på slutten av 1990-tallet, kom WHO også med oppfordringer om at land måtte sette i gang forebyggende tiltak. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) utarbeidet da rapporten *Vekt-Helse (2000): Rapport nr 1/2000* i år 2000 (Sanden, 2015). Det var imidlertid ikke før i 2005 i Norge at det ble utarbeidet et tilbud for behandling for fedme i regi av spesialisthelsetjenesten. Da gav Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) alle Norges helseregioner i oppdrag å etablere regionale behandlingstilbud til pasienter som opplevde helseproblemer på grunn av fedme (Ersfjord, 2016). Først utviklet man tilbud til voksne, deretter til barn (Ersfjord, 2016). Etter hvert kom det også kommunale tilbud, som Frisklivssentraler, som skulle være et lavterskel-tilbud til de som ønsket å endre livsstil.

Retningslinjer man finner i dag for behandling av overvekt og fedme hos voksne og hos barn, anbefalinger for fysisk aktivitet, anbefalinger for hvordan man reduserer inaktivitet og anbefalinger for kosthold, er alle resultater av den forskningen som er gjort innenfor biomedisin, og er utviklet for å minske risikoen for at befolkningen skal utvikle fedme (Helsedirektoratet, 2014a, 2016a, 2016b). Regjeringen kom med handlingsplaner for å øke fysisk aktivitet, strategier for aktivt friluftsliv og for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom og diabetes type 2 (Miljøverndepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2004, 2013). Ikke bare nasjonalt, men også globalt, finner vi retningslinjer og anbefalinger om hvordan man skal leve for å unngå å bli syk av overvekt og fedme (WHO, 2013; WHO, 2010; WHO, 2015). All denne informasjonen om hvordan enkeltindivider skal leve og hvordan de kan lære seg å leve sunt og være aktive, kan påvirke måten mennesker tenker om seg selv (Wright & Harwood, 2009). Forskning tyder på at dette

kan føre til selv-monitorering i forhold til matinntak og fysisk aktivitet, selv om man ikke har utviklet fedmerelaterte sykdommer (Wright & Harwood, 2009).

Vend-Risk-studien var som nevnt utviklet for personer som hadde identifisert risiko for å utvikle diabetes type 2, og besto av ulike lavterskeltilbud med mål om å sette deltakerne i stand til å foreta livsstilsendring gjennom å gi dem ny kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold, altså såkalte «biopedagogiske budskap» om mat og fysisk aktivitet. Når mine informanter fortalte om «vendepunktet» som fikk dem til å ønske å endre livsstil, snakket flere om nettopp *frykten for å bli syke* på grunn av den høye vekten sin. Flere hadde fått beskjed av sin fastlege om at de var nødt til å gjøre endringer og helst gå ned i vekt for å «minske denne risikoen». Alle informantene mine syntes å «vite» at overvekt og fedme økte risikoen for diverse livsstilssykdommer, og av fastlegen sin ble de ansvarliggjort for sin livsstil og for å gjøre endringer som ville minske risikoen. Mine informanter utviklet også det Wright & Harwood (2009) omtaler som selv-monitorering. Selv-monitorering blir beskrevet i negative ordelag innen det biopedagogiske rammeverket, fordi det hevdes at det kan føre til negativt selvbilde, et mer anstrengt forhold til sin egen kropp og økt stigmatisering rundt individer med fedme (Rail, Holmes, & Murray, 2010; Wright & Harwood, 2009). Som vi skal se i min diskusjon, så hevder jeg, i likhet med Ersfjord (2018), at informantenes selv-monitorering ikke forstås som ensidig negativt slik det er beskrevet innen det biopedagogiske rammeverket (Powell & Fitzpatrick, 2015; Wright & Harwood, 2009). Mine data tyder på at informantene fikk bedre selvbilde, ble tryggere på seg selv og at de fikk bedre livskvalitet. De opplevde større kapasitet på jobb og i hverdagen, fikk forbedret styrke og kondisjon og mindre smerter i kroppen.

Selv om mine informanter kan sies å være påvirket av det som innen sosiologien omtales som «moralsk panikk», så skal vi se herunder at biomedisinen har gjort mye forskning på hvordan fedme kan føre til komorbide lidelser. Som nevnt i kapittel 1, vet vi også fra forskning at fedme fører til dårligere livskvalitet for individer som lider av det (Fontaine K. R. & Barofsky I., 2001; Kolotkin R. L. mfl., 2008; Kushner & Foster, 2000). I denne masteroppgaven setter jeg søkelys på hvordan sosiologisk og medisinsk forskning kan komplementere hverandre ved å vise at fedme ikke bare kan forstås individuelt slik tendensen er innen biomedisin, men at vi også må innlemme samfunnsvitenskapelige perspektiver som tar hensyn til kulturelle forestillinger og mellommenneskelige relasjoner. Med dette håper jeg å gi økt innsikt i fedmepasienters utfordringer hva gjelder den vanskelige livsstilsendringen.



### 6.1.1 Konsekvenser av å lide av fedme – for individet

Selv om det altså er flere forskere og studier som omtaler fedmeepidemien som moralsk panikk (Campos mfl., 2006; Wright & Harwood, 2009), finnes det mange studier som viser at pasienter med fedme har dårligere livskvalitet og at de sliter med smerter som skaper faktiske konsekvenser for individer (Fontaine & Barofsky, 2001; Kolotkin, mfl., 2008; Kushner & Foster, 2000). Informantene i min studie fortalte at de opplevde faktiske problemer med sin størrelse. De hadde smerter i kroppen som gjorde at de følte seg «fanget» i sin egen kropp, og kroppen begrenset mulighetene til å gjøre det de hadde lyst til. Kroppen hemmet dem både i hverdagen og på jobben og sosialt sett, og dette førte til det de beskriver som nedsatt livskvalitet.

Termen «health-related quality of life» (HRQOL) blir brukt som mål og beskriver de «fysiske, psykologiske og sosiale domener av helse, sett som forskjellige områder som påvirkes av en persons erfaringer, tro, forventninger og oppfatninger. HRQOL reflekterer individets subjektive evaluering og reaksjon på helse eller sykdom» (Kushner & Foster, 2000). En livskvalitetsstudie har for eksempel funnet at de som led av fedme rapporterte større svekkelse og smerter i kroppen enn de som led av klinisk depresjon, HIV og kronisk hjertesvikt. De fant at de kunne sammenligne opplevelsen av svekkelse og smerter med pasienter som led av kronisk migrene. Smerten ved migrene beskrives som alvorlig og svekkende (Fontaine & Barofsky, 2001). I en annen studie utført av Kushner og Foster (2000) fant de at både fysiske og psykososiale funksjoner ble negativt påvirket av overvekt, og med større svekkelse av nevnte funksjoner jo høyere grad av fedme. Studien viser også at vekttap ved hjelp av livsstilsintervensjoner gir en signifikant økning av helse-relatert livskvalitet både ved små og moderat vekttap. Ved stort vekttap var økningen av livskvalitet spesielt stort, og fordelene varte i flere år (Kushner & Foster, 2000).

Fontaine og Barofsky (2001) fant at etter en 12-ukers livsstilsintervensjon med moderat vekttap, var både fysisk funksjon, mental helse, generell oppfatning av sin egen helse, opplevelse av begrensninger rundt egen rolle på grunn av psykiske problemer, smerter i kroppen, vitalitet og sosial funksjon bedret signifikant (Fontaine & Barofsky, 2001). Dette ser vi også hos informantene i min studie. Flere opplevde økt livskvalitet på grunn av deltagelse i Vend-Risk. De opplevde mindre smerter i kroppen og klarte å gjøre mer fysiske anstrengende aktiviteter. Flere begynte også å oppleve mestring på jobben, og de hevdet også at små hverdagsaktiviteter ble enklere når kroppen ble mindre. Dette var også tydelig i informantenes fysiske parametere ved at de fikk økning i for eksempel det maksimale O2-

opptaket. Den biologiske kroppen og et individs psykologiske mekanismer, så vel som endringer i sosiale faktorer for individet, kan derfor være nyttig å forstå i relasjon, heller enn i isolasjon, til hverandre.

Menneskers livskvalitet handler også om hvordan man møtes av andre mennesker i sine omgivelser, og personer med fedme blir ofte stigmatisert. En studie utført av Malterud & Ulriksen (2010) har undersøkt diskursen rundt overvekt og fedme i Norge. De fant at den kulturelle forestillingen om skyld og skam var assosiert med fedme. De fant også at det ikke bare gjaldt individers vekt, men at budskapet spredte seg til andre deler av livet. Personer med fedme kunne ikke unnsnippe kulturelt stigma, de måtte bare finne en måte å leve med det (Malterud & Ulriksen, 2010). En annen studie har undersøkt stigmatisering i fedmebehandling. Disse forskerne fant at stigmatiserende holdninger er vanlig blant helsepersonell og at pasientene oppfatter dette. Motstridende syn hos behandler og pasient om pasientens innsats, kunnskap og motivasjon, fører til internalisering av stigmatisering. Dette hindrer samarbeid mellom pasienter og helsepersonell, som igjen påvirker utfallet av behandlingen (Malterud & Ulriksen, 2011). Det dynamiske samspillet mellom den sosiokulturelle diskursen rundt fedme og sårbarheten til en person som lider av fedme kan altså påvirke hvordan stigma vil påvirke personens selvfølelse. Pasienter kan bli sittende igjen med en følelse av skyld og skam, noe som igjen fører til at deres evne til livsstilsendring svekkes (Malterud & Ulriksen, 2010). Mine informanter fortalte at de opplevde å bli møtt med respekt og forståelse av teamet i Vend-Risk. Flere omtalte forholdet til teamet som viktig og at de var med på å motivere for videre endring. De opplevde at de kunne snakke med dem når ting var tøft og vanskelig og dersom motivasjonen for å gå på trening var lav. Teamet kom med råd og oppmuntringer, og de var lett tilgjengelig om de trengtes. Denne studien viser at et godt forhold til teamet var viktig for informantene, de gav dem troen på seg selv og det opplevdes trygt.

Selvtillit, tro på seg selv og egen mestring kan altså ha noe å si for om pasienter lykkes med livsstilsendring (Malterud & Ulriksen, 2011). Informantene mine fortalte at mestringsfølelse i forbindelse med aktivitet og vektnedgang var viktig for selvtilliten. I min studie fant jeg også at de fysiske testene brukt i Vend-Risk-studien var viktig for noen pasienters motivasjon og mestring. Spesielt gjaldt dette de mannlige informantene, mens oppmuntringen og støtten fra Vend-Risk-teamet ble sett på som viktig for mestringen også for de kvinnelige informantene. Teamet var fornøyd med «museskritt», og de bidro til at pasientene fikk økt selvtillit og fokus på god helse. En studie som har undersøkt vedlikehold

og tilbakefall i fedmebehandling viste at pasienter som har klart å vedlikeholde vekttap var mindre opptatt av vekt og kropp, men heller bevisst på å ikke gå opp i vekt, mens pasienter som hadde hatt tilbakefall etter behandling ville prøve å gå mer ned i vekt etter at de hadde nådd det egentlige målet. Disse pasientene ble aldri «fornøyde» med kroppen og vekten sin (Byrne, Cooper, & Fairburn, 2003).

Man gjenfinner de førstnevnte holdninger til kropp og vekt også blant mine informanter. Flere skiftet fokuset fra et ønske om lavest mulig vekt til heller å fokusere på at kroppen skulle fungere og at helsen var god. Forskning viser også at pasienter som har klart å vedlikeholde vekten sin er mer fornøyd med sin kropp og vekt og at de har høyere selvtillit (Kayman, Bruvold, & Stern, 1990). Dette ser vi også hos mine informanter, som fortalte om økt selvtillit og at de var mer fornøyd med kroppen sin etter Vend-Risk. De lærte å bli fornøyd med kroppen og at å «skynde seg langsomt» var viktig og anså ikke livsstilsendringen er en «quick-fix». Summa summarum tyder dette på at å fremsette biopedagogiske budskap og instruksjoner til individer med fedme ikke nødvendigvis fører til ensidig negativ selv-monitorering.

## 6.2 Biopedagogikk i praksis

Biopedagogikk er et kritisk sosiologisk rammeverk som ikke er opptatt av å analysere hvordan fedmeepidemien kan forstås som en sosial konstruksjon, selv om dette anses som et viktig bidrag innen sosiologisk forskning på overvekt og fedme. Forskere innen rammeverket er i stedet opptatt av hvordan fedmeepidemiens budskap og instruksjoner blir rekontekstualisert innenfor ulike kulturelle og sosiale felt. Det betyr at budskapene og instruksjonene påvirker forestillinger om kropp og hvordan man skal leve sitt liv (Wright & Harwood, 2009), men at dette ikke vil fremstå som likt for alle individer eller grupper. Tolkningen avhenger av personlige erfaringer og livshistorier og vil derfor ikke få et likt utfall for alle (Wright & Harwood, 2009).

Som nevnt har forskningen på fedme og relasjonen mellom vekt og helse ført til at det har kommet tiltak på lokalt, nasjonalt og globalt nivå for å hindre at flere blir overvektige og utvikler fedme. Slike tiltak, retningslinjer, anbefalinger og strategier (Helsedirektoratet, 2014, 2016a, 2016b; Helse-og omsorgsdepartementet, 2013, 2015; Miljøverndepartementet, 2013; WHO, 2010, 2013) inneholder det Wright & Harwood (2009) omtaler som biopedagogiske budskap og instruksjoner. Gjennom anbefalinger og tiltak blir individer tilbudt flere måter å forstå seg selv på (Wright & Harwood, 2009). I henhold til det biopedagogiske rammeverket

kan dette føre til at individer «endrer» seg selv og andre i måten en tenker om seg selv og andre når det kommer til kropp, vekt og helse (Wright & Harwood, 2009). Det er ikke bare gjennom retningslinjer og statlige tiltak at man blir utsatt for slike budskap og instruksjoner. Også gjennom sosiale medier, TV og reklameplakater blir man servert budskap om viktigheten av et sunnere liv. For de som faller utenfor og lider av fedme, kan det oppleves som at de ikke tar riktige valg, og at de ikke oppfyller ansvaret som «gode borgere», noe som kan føre til stigmatisering og følelsen av å ikke bidra til «det felles gode» (Wright & Harwood, 2009).

Dette ser vi også hos mine informanter. Flere av dem opplevde at andre mennesker i deres sosiale omgivelser reagerte på måten de levde på før de ble med i Vend-Risk-studien. De følte de ble sett ned på av andre på grunn av vekten sin og hvordan de så ut. De fortalte at de opplevde å bli dømt ut ifra hva de puttete i handlekurven sin på butikken, og at familie og venner rakk ned på dem og kalte dem «late». Vi skal i det videre se hvordan informantene i min studie syntes å ta til seg de biopedagogiske budskapene i Vend-risk-studien og bruke dem til å mestre livsstilsendringprosessen, og hvordan dette endret deres syn på egen kropp og helse.

### 6.2.1 De biopedagogiske budskapene og instruksjonene i Vend-Risk

Hva gjelder de biopedagogiske budskapene og instruksjonene involvert i Vend-Risk, så inneholdt disse som nevnt blant annet samtaler med deltagerne og kurs og foredrag om forskjellige tema innenfor livsstil, helse, aktivitet og ernæring. Slike gjorde at deltagerne i løpet av studien ble opplært til å følge med på sine aktivitets- og kostvaner. Det er tydelig i resultatene fra denne studien at informantene tok til seg budskap om selv-monitorering når det gjaldt aktivitet og matinntak. Informantene begynte også å ta i bruk ord eller uttrykk som ofte ble brukt av teamet, som for eksempel at «små endringer over tid var viktig».

Selv-monitorering blir brukt som term også innenfor klinisk helsevitenskapelig litteratur, og blir forstått som en viktig faktor for å *vedlikeholde* et vekttap etter en livsstilsintervensjon (Elfhag & Rössner, 2005). Å følge med på matinntak og vekt anses som viktige faktorer både for å klare å gå ned i vekt, men også for å vedlikeholde den over tid (McGuire, Wing, Klem, & Hill, 2012; Wing & Hill, 2001). I noen studier er det funnet at individer som klarer å vedlikeholde vekttap er mer bevisst på matvalg og matinntak. De er også mer bevisst på at de måtte følge med på sine valg og oppførsel relatert til mat (Byrne mfl., 2003; Kayman mfl., 1990). Dette er også i tråd med hvordan informantene i Vend-Risk

har klart å vedlikeholde vekttap og endringene i kost og aktivitet. De fortalte at de små endringene de hadde gjort etterhvert ble «normalisert». Det «gikk på automatikk» å skulle spise sunt og være i aktivitet. De var også klare over at de måtte klare å holde på endringene de hadde oppnådd også etter de var ferdige som deltakere i Vend-Risk. Flere formulerte at det var noe de måtte «vedlikeholde» og «jobbe aktivt med», og at de måtte fortsette å overvåke seg selv, både når det gjelder kost, aktivitet og vekt.

Det var også andre endringer i informantenes språk som viste at deltakerne tok til seg de biopedagogiske budskapene og instruksjonene involvert i Vend-Risk-studien. De snakket blant annet om «små steg», «snu inni hodet», «livslang endring», «gevinster», «indre driv», «endret motivasjon» og «økt mestring». I tillegg så endret fokuset deres fra vekt og over på helse, noe som var et uttalt budskap fra helsepersonellet som jobbet i Vend-Risk-studien. Man ser altså et gjentakende mønster i informantenes språk, hvor de synes å dele en biopedagogisk «diskurs», noe som tyder på at de internaliserte budskapene og instruksjonene. Som eksempel på dette kan vi se hvordan informantenes diskurs er gjenkjennelig i «Veileder for kommunale frisklivssentraler» som kommunalt helsepersonell bygger sine intervensjoner på, og hvor det står:

*«Det er krevende å endre vaner. (..) Motivasjon, opplevelse av mestring og sosial støtte ser ut til å ha særlig stor betydning for å lykkes med atferdsendring. Positive opplevelser knyttet til fysisk aktivitet og belønning i form av for eksempel bedre funksjon og kondisjon, påvirker motivasjon og endring i positiv retning»  
(Helsedirektoratet, 2016c, s. 12)*

Biopedagogikk kan som sagt forstås som at individet blir oppfordret til å jobbe med seg selv. Hvordan individet selv tar opp ideene rundt overvekt og fedme, vil imidlertid være påvirket av egne erfaringer og opplevelser (Ersfjord, 2018; Wright & Harwood, 2009) Helsepersonell som jobbet i Vend-Risk informerte meg om at de under studien brukte samtaleteknikken «motiverende intervju». Motiverende intervju (MI) blir beskrevet som en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring i behandling av pasienter med fedme. Målet med metoden er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til (Helsedirektoratet, 2017b). Deltagerne i Vend-Risk skulle selv komme frem til hvorfor de ønsket og trengte en endring. Helsepersonellet involvert i studien opplyste meg også om at de presiserte overfor deltakerne at Vend-Risk ikke var en «slankekur», men at fokuset lå på generell helse og livskvalitet til den enkelte. Det ble fokusert på og lagt opp til at

deltagernes egne ressurser ble brukt. Informantene skulle gjøre endringene selv, og ved hjelp av MI skulle de komme frem til egne motiver og egen motivasjon for å gjøre disse endringene. Som vi skal se videre handler ikke deltakernes endringsprosess bare om individene isolert sett, fordi deltakerne også fremholdt det sosiale samholdet blant deltagere og kontakten med teamet i forhold til å påvirke vedlikeholdelsen av endringene informantene har gjort på positivt vis.

### 6.2.2 Individets ansvar?

Ifølge den biopedagogiske tilnærmingen, blir ansvaret for livsstil, kropp og vekt lagt til individet. Gjennom å bli utsatt for biopedagogiske budskap blir som sagt individer «lært» hvordan de selv kan ta tak for å gjøre en endring i sitt liv gjennom forskjellige virkemidler og kanaler (Wright & Harwood, 2009). Fedmeepidemiens diskurs anses også som rettet mot individet. Innen det sosiologiske rammeverket biopedagogikk så forstås fremsetning av biopedagogiske budskap å handle om *ansvarliggjøring av individet* og dets holdning til egen helse og kropp. Men som resultatene fra flere studier av livsstilsendring (Bratland-Sanda, 2014; Elfhag & Rössner, 2005; Eliassen, 2014; Fukuoka, Kamitani, Bonnet, & Lindgren, 2011; Kayman mfl., 1990) og resultatene fra min studie viser, kan ikke livsstilsendring forstås rent individuelt, fordi det relasjonelle og det sosiale også spiller en rolle. Flere studier viser at støtte fra andre, både deltagere, ledere og familie er viktig for å opprettholde motivasjon og fortsette på endringene (Eliassen, 2014; Fukuoka mfl., 2011; Kayman mfl., 1990). Informantene i min studie opplevde for eksempel som sagt at det sosiale samholdet blant deltagerne i studien var viktig for å klare livsstilsendringen. De fortalte at det var sosiale faktorer som ofte fikk dem på trening på dager hvor de slet med motivasjonen mens de var deltakere i Vend-Risk. I ettertid av studien har flere av dem fortsatt tilhørighet til deltagere fra sin Vend-Risk-gruppe gruppe, og alle forteller at disse er med på å motivere og vedlikeholde endringene de selv har gjort.

Elfhag og Rössner (2005) fant i sin review at sosial støtte er en viktig del av vedlikeholdsarbeidet for å opprettholde vekttapet. Å være med i en gruppe og motta støtte fra venner ga bedre odds for vedlikehold av vekttap. Disse forskerne fant også at forlengede intervensjoner og støtte og kontakt med profesjonelle har vist bedre behandlingsresultat. Samtidig mener de at slike forlengede forløp kan føre til at deltagere mister motivasjon for å ta «ansvaret» for egen endring.

Gjennom Vend-Risk mottok informantene oppfølging i fem år, og de hadde i løpet av alle disse årene kontakt med teamet fra Vend-Risk så vel som kontakt med de andre deltakerne i studien. Dette beskrev de som motiverende og positivt for prosessen de sto i. Basert på fortolkninger av informantenes utlegninger så har dette antagelig bidratt til at deltagerne klarte å opprettholde motivasjonen for å komme seg på trening og endre og opprettholde endringer i kostholdet sitt. Noe som underbygger dette er at alle intervensjoner (treningstilbud, kostholdskurs og foredrag) var frivillige, utenom de fysiske testene. Jeg anser derfor det relasjonelle mellom deltagerne og mellom deltagerne og teamet involvert i studien som en viktig faktor for at de fortsatte med endringene gjennom fem år, og at deltakerne også har klart å vedlikeholde endringene etter studiens slutt.

## 7.0 Konklusjon

Som sagt er det få som lykkes med langvarig livsstilsendring. Det er omtrent 80 % som kommer tilbake til utgangsvekten etter en livsstilsintervensjon (Crawford mfl., 2000). I min studie var målet å finne fellestrekkene til de som klarte å opprettholde livsstilsendringene etter deltagelse i Vend-Risk-studien.

Informantene opplevde et «vendepunkt» før de startet i Vend-Risk. Dette var med på å motivere dem til endring. De tok også til seg de biopedagogiske budskapene som var involvert i studien som førte til at deltakerne begynte å selv-monitorere sitt matinntak og fysiske aktivitet. De endret også synet på kropp og helse, og fortalte at «det snudde oppe i hodet». I tiden etter Vend-Risk har informantene måtte jobbe systematisk med å opprettholde de endringene de har gjort. Informantene trakk også frem at samholdet mellom deltagerne i studien og relasjoner til studiens team og familie- og venner var viktige for å lykkes med livsstilsendringen.

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å bidra til økt forståelse for hvordan biopedagogiske budskap og instruksjoner blir «tatt opp» i individer som har lykkes med livsstilsendring. Det biopedagogiske rammeverket fokuserer vanligvis på hvordan fremsetting av biopedagogiske budskap kan skape negative former for selv-monitorering og gi individer et hemmet syn på kropp, kosthold og fysisk aktivitet. Mine funn indikerer imidlertid at slik selv-monitorering ikke kan forstås som ensidig positivt eller negativt. For de som lykkes i Vend-Risk-studien bidro nettopp økt selv-monitorering til *vedlikeholdelse* av livsstilsendringer over tid. Mine funn tyder også at relasjonelle og sosiale aspekter påvirket utfallet av livsstilsbehandling for pasientene på ulike måter. Diskursen rundt fedme innen vestlig biomedisin handler mye om hvordan det er *individets* ansvar å følge de biopedagogiske budskapene. Diskursen rundt fedme og overvekt, så vel som behandling av pasienter med fedme, bør kanskje ta innover seg at fedme ikke bare kan forstås som en individuell tilstand, men at relasjonelle aspekter samt kulturelle forestillinger om overvekt og fedme også kan påvirke om pasienter lykkes med langvarig livsstilsendring. For å utvikle gode behandlingstilbud er det også viktig å forstå pasientenes atferd bak «tallene» – altså at vi i forskning på denne pasientgruppen ikke bare bør fokusere på pasientens endringer i biomedisinske parametere, men også bruke samfunnsvitenskapelige perspektiver for å få større innsikt i faktorer som kan påvirke utfallet av behandlinger og intervensjoner.

Min oppgave kan bidra til økt forståelse for hva som skjer med de som lykkes med livsstilsendring for pasienter som deltar i livsstilsintervensjoner. Det er imidlertid behov for



mer forskning på området. Det eksisterer for eksempel ikke forskning på hvordan biopedagogiske budskap påvirker individer med overvekt og fedme som deltar i livsstilsintervensjoner og som *ikke* lykkes. Komparative studier av de som lykkes og de som ikke gjør det kan antagelig også gi verdifull informasjon om utvikling av behandlingstilbud for fedme. Det vil antagelig også være interessant å gjennomføre forskning på vedlikehold i et enda lengre tidsperspektiv. Mine informanter hadde vært uten oppfølging i to år, og videre forskning på opprettholdelse av livsstilsendringer fem til ti år etter endt intervensjon vil også kunne gi nyttig informasjon om langtidseffekt av livsstilsbehandling.

## 8.0 Referanser

- Abernathy, R. P., & Black, D. R. (1996). Healthy body weights: an alternative perspective. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 63(3), 448S-451S.  
<https://doi.org/10.1093/ajcn/63.3.448>
- Anderson, J. W., Konz, E. C., Frederich, R. C., & Wood, C. L. (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 74(5), 579–584. <https://doi.org/10.1093/ajcn/74.5.579>
- Boero, N. (2007). All the News that's Fat to Print: The American "Obesity Epidemic" and the Media. *Qualitative Sociology*, 30(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s11133-006-9010-4>
- Bolstad, A. K. H. (2015). *Gjennomføring og vedlikehold av livsstilsendring - kva skal til? Ein kvalitativ studie av tidlegare frisklivsdeltakarar sine erfaringar med å gjere og vedlikehalde livsstilsendingar*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Bratland-Sanda, S. (2014). *Frisklivsresept – en tverrsnittundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune*. Fysioterapeuten. Hentet 17. april 2018, fra <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Frisklivsresept-en-tverrsnittundersokelse-fra-frisklivssentralen-i-Modum-kommune>
- Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., Mardell, J., & Parry, V. (2007). *Tackling obesities: future choices - project report (2nd edition)* (s. 164). Government Office for Science. Hentet 22. mai 2018, fra [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/287937/07-1184x-tackling-obesities-future-choices-report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287937/07-1184x-tackling-obesities-future-choices-report.pdf)
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27(8), 955–962.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802305>
- Cahnman, W. J. (2016). The Stigma of Obesity. *The Sociological Quarterly*, 9(3), 283–299.  
<https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x>
- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., & Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 55–60. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi254>
- Chambers, J. A., & Swanson, V. (2012). Stories of weight management: Factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 223–243. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02030.x>

- Crawford, D., Jeffery, R. W., & French, S. A. (2000). Can anyone successfully control their weight? Findings of a three year community-based study of men and women. *International Journal of Obesity*, 24(9), 1107–1110. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801374>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.
- Crosnoe, R. (2007). Gender, Obesity, and Education. *Sociology of Education*, 80(3), 241–260. <https://doi.org/10.1177/003804070708000303>
- Crossley, N. (2004). Fat is a Sociological Issue: Obesity Rates in Late Modern, ‘Body-Conscious’ Societies. *Social Theory & Health*, 2(3), 222–253. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700030>
- Després, J. P., Lemieux, I., & Prud’homme, D. (2001). Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7288), 716–720.
- Drevon, C. A., & Blomhoff, R. (2012). *Mat og medisin : lærebok i generell og klinisk ernæring* (6. utg.). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforl.
- Ekornrud, T., & Thonstad, M. (2016). *Frisklivssentraler i kommunane - Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod* (Helsetjeneste No. 2016/07) (s. 124). Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-i-kommunane--256974>
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67–85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x>
- Eliassen, M. (2014). *Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer - en kvalitativ studie*. Universitetet i Tromsø. Hentet fra [munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6568/thesis.pdf?sequence=2](http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6568/thesis.pdf?sequence=2)
- Ersfjord, E. M. I. (2016). *Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon - Virksomhetsrapport 2005-2014*. Trondheim: Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon.
- Ersfjord, E. M. I. (2018). ‘Look mommy, I’m eating the plate model!’ Biopedagogies and coping with obesity through objectification. *Sociology of Health & Illness*, 0(0). <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12726>
- Espeland, M., & Amundsen, K. S. (2012). *Nasjonal sykkelstrategi 2014-2023* (No. 7) (s. 45). Vegdirektoratet. Hentet fra [www.vegvesen.no/\\_attachment/317385](http://www.vegvesen.no/_attachment/317385)

- Evans, J., Rich, E., Davies, B., & Allwood, R. (2008). *Education, Disordered Eating and Obesity Discourse: Fat Fabrications*. Routledge. Hentet fra <http://www.routledge.com/books/details/9780415418959/>
- FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score). (2018). Hentet 30. april 2018, fra <https://www.mdcalc.com/findrisc-finnish-diabetes-risk-score>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. Rapport 2014:4*. Hentet 26. april 2017, fra <http://www.fhi.no/publ/2014/folkehelse rapporten-2014-helsetilst/>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *HUBRO - helseundersøkelsen i Oslo i 2000-2001*. Hentet 30. april 2018, fra <http://www.fhi.no/studier/helseundersokelser/hubro---helseundersokelsen-i-oslo-i/>
- Folkehelseinstituttet. (2017a). *Overvekt og fedme*. Hentet 10. april 2018, fra <http://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>
- Folkehelseinstituttet. (2017b). *Overvekt og fedme blant voksne (indikator 14)*. Hentet 22. mai 2018, fra <http://www.fhi.no/nettpub/ncd/overvekt/voksne/>
- Fontaine K. R., & Barofsky I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews*, 2(3), 173–182. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00032.x>
- Fossen, C. (2018). *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)*. Hentet 14. mai 2018, fra <https://www.ntnu.no/hunt>
- Fukuoka, Y., Kamitani, E., Bonnet, K., & Lindgren, T. (2011). Real-time social support through a mobile virtual community to improve healthy behavior in overweight and sedentary adults: a focus group analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3), e49. <https://doi.org/10.2196/jmir.1770>
- Følling, I. S., Solbjør, M., Midthjell, K., Kulseng, B., & Helvik, A.-S. (2016). Exploring lifestyle and risk in preventing type 2 diabetes-a nested qualitative study of older participants in a lifestyle intervention program (VEND-RISK). *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3559-y>
- Greaves, C., Poltawski, L., Garside, R., & Briscoe, S. (2017). Understanding the challenge of weight loss maintenance: a systematic review and synthesis of qualitative research on weight loss maintenance. *Health Psychology Review*, 11(2), 145–163. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1299583>
- Green, A. R., Larkin, M., & Sullivan, V. (2009). Oh Stuff It! The Experience and Explanation of Diet Failure: An Exploration Using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of*

*Health Psychology*, 14(7), 997–1008. <https://doi.org/10.1177/1359105309342293>

Hartmann-Boyce, J., Johns, D. J., Jebb, S. A., Aveyard, P., & Behavioural Weight Management Review Group. (2014). Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obesity Reviews*, 15(7), 598–609. <https://doi.org/10.1111/obr.12165>

Helse-og omsorgsdepartementet. (2004). Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 - 2009 [Plan]. Hentet 3. april 2018, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2005-/id102065/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Lovdata. Hentet 23. mai 2018, fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_2)

Helse-og omsorgsdepartementet. (2013). NCD-strategi [Plan]. Hentet 3. april 2018, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ncd-strategi/id735195/>

Helse-og omsorgsdepartementet. (2015). Meld. St. 19 (2014-2015) [Stortingsmelding]. Hentet 3. april 2018, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter [Redaksjonellartikkel]. Hentet 25. april 2017, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen--mestring-og-muligheter/id2403403/>

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Hentet 3. april 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne>

Helsedirektoratet. (2013). *Hva er en frisklivssentral?* Hentet 25. april 2017, fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral#historikk-frisklivssentraler>

Helsedirektoratet. (2014a). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Hentet 3. april 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet. (2014b). *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge – Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014*. Hentet 28. april 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitetsniva-blant-voksne-og-eldre-i-norge-oppdaterede-analyser-basert-pa-nye-nasjonale-anbefalinger-i-2014>

Helsedirektoratet. (2016a). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet 3. april 2018, fra

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>  
Helsedirektoratet. (2016b). *Anbefalinger om å redusere stillesitting*. Hentet 3. april 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-om-a-redusere-stillesitting>  
Helsedirektoratet. (2016c). *Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering, organisering og tilbud*. Hentet 5. april 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud>  
Helsedirektoratet. (2017a). *Utviklingen i norsk kosthold*. Hentet 24. april 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingen-i-norsk-kosthold>  
Helsedirektoratet. (2017b). *Motiverende intervju som metode*. Hentet 10. april 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode>  
Jones, L. R., Wilson, C. I., & Wadden, T. A. (2007). Lifestyle modification in the treatment of obesity: an educational challenge and opportunity. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, *81*(5), 776–779. <https://doi.org/10.1038/sj.clpt.6100155>  
Kayman, S., Bruvold, W., & Stern, J. S. (1990). Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *52*(5), 800–807. <https://doi.org/10.1093/ajcn/52.5.800>  
Kolotkin R. L., Meter K., & Williams G. R. (2008). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, *2*(4), 219–229. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2001.00040.x>  
Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*. Lovdata. Hentet 23. mai 2018, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>  
Kraschnewski, J. L., Boan, J., Esposito, J., Sherwood, N. E., Lehman, E. B., Kephart, D. K., & Sciamanna, C. N. (2010). Long-term weight loss maintenance in the United States. *International Journal of Obesity*, *34*(11), 1644–1654. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.94>  
Kumanyika, S. K., Obarzanek, E., Stettler, N., Bell, R., Field, A. E., Fortmann, S. P., ... American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention. (2008). Population-based prevention of obesity: the need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: a scientific statement from American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (formerly the expert panel on population and prevention science). *Circulation*, *118*(4), 428–464. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.189702>

- Kushner, R. F., & Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition, 16*(10), 947–952. [https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(00\)00404-4](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(00)00404-4)
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lang, A., & Froelicher, E. S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 5*(2), 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.11.002>
- Lindström, J., & Tuomilehto, J. (2003). The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care, 26*(3), 725–731. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.725>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening, (122)*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2010). «Norwegians fear fatness more than anything else»--a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling, 81*(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.022>
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 6*(4), 8404. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.8404>
- Malterud, K., & Tonstad, S. (2009). Preventing obesity: challenges and pitfalls for health promotion. *Patient Education and Counseling, 76*(2), 254–259. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.012>
- McGuire M. T., Wing R. R., Klem M. L., & Hill J. O. (2012). Behavioral Strategies of Individuals Who Have Maintained Long-Term Weight Losses. *Obesity Research, 7*(4), 334–341. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1999.tb00416.x>

- Middleton, K. M. R., Patidar, S. M., & Perri, M. G. (2012). The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(6), 509–517. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00972.x>
- Miljøverndepartementet. (2013). Nasjonal strategi for et aktivt friluftsliv [Plan]. Hentet 3. april 2018, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-aktivt-friluftsliv/id734341/>
- Mills, S. (2003). *Michel Foucault*. London: Routledge.
- MindManager | Software NTNU. (udatert). Hentet 19. april 2018, fra <https://software.ntnu.no/ntnu/mindmanager>
- Mæhlum, S. (2011). Overvekt og fedme. I Øverby, N, C., Torstveit, M, K., Høigaard, R (red.). *Folkehelsearbeid*. (1. utg. s 99-109). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Norges idrettsforbund. (2014). Aktiv inspirasjon - Strategi for idrettens rolle for et fysisk aktivt samfunn. Norges idrettsforbund og olympiske og paraolympiske komité. Hentet fra <https://www.idrettsforbundet.no/globalassets/idrett/strategi-for-et-mer-fysisk-aktivt-samfunn-oktober-2014.pdf>
- Norges idrettsforbund. (2015). Idrettspolitisk dokument 2015-2019. Hentet 23. mai 2018, fra <https://www.idrettsforbundet.no/om-nif/idrettspolitisk-dokument-2015-2019/>
- Powell, D., & Fitzpatrick, K. (2015). ‘Getting fit basically just means, like, nonfat’: children’s lessons in fitness and fatness. *Sport, Education and Society*, 20(4), 463–484. <https://doi.org/10.1080/13573322.2013.777661>
- Rail, G., Holmes, D., & Murray, S. J. (2010). The politics of evidence on ‘domestic terrorists’: Obesity discourses and their effects. *Social Theory & Health*, 8(3), 259–279. <https://doi.org/10.1057/sth.2009.10>
- Rich, E., & Evans, J. (2005). ‘Fat Ethics’ – The Obesity Discourse and Body Politics. *Social Theory & Health*, 3(4), 341–358. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700057>
- Ross Middleton, K. M., Patidar, S. M., & Perri, M. G. (2012). The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 13(6), 509–517. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00972.x>
- Sand, A.-S. (2011). *Fra overvektig til normalvektig - En kvalitativ studie av varig vektnedang*. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Sanden, A. C. (2015). *Kampen mot fedmeepidemien. Fremstillinger av fedme i norske aviser frå 1980-2015. Masteroppgave i historie*. Universitetet i Bergen, Institutt for arkeologi-, historie, kultur- og religionsvitenskap.



- Schwingshackl, L., Dias, S., & Hoffmann, G. (2014). Impact of long-term lifestyle programmes on weight loss and cardiovascular risk factors in overweight/obese participants: a systematic review and network meta-analysis. *Systematic Reviews*, 3, 130.  
<https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-130>
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003818.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003818.pub2>
- Sobal, J. (1991). Obesity and Nutritional Sociology: A Model for Coping with the Stigma of Obesity. *Clinical Sociology Review*, 9 (1). Hentet fra  
<https://digitalcommons.wayne.edu/csr/vol9/iss1/13>
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic Status and Obesity: A Review of the Literature. *Psychological Bulletin*, 105 (2), 260–275.
- Stead, M., Craigie, A. M., Macleod, M., McKell, J., Caswell, S., Steele, R. J. C., & Anderson, A. S. (2015). Why are some people more successful at lifestyle change than others? Factors associated with successful weight loss in the BeWEL randomised controlled trial of adults at risk of colorectal cancer. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0240-2>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Ulset, E., Undheim, R., & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforsking*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2007/01/tema-sykkelig-overvekt/er-fedmeepidemien-kommet-til-norge>
- Vaernesregionen.no. (2015). *Vend Risk*. Hentet 27. april 2017, fra  
<https://www.varnesregionen.no/fellestjenester/frisklivssentralen/info/Sider/Vend-Risk.aspx>
- Wermeling, M., Thiele-Manjali, U., Koschack, J., Lucius-Hoene, G., & Himmel, W. (2014). Type 2 diabetes patients' perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 15 (1), 97.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-97>
- WHO. (2009). WHO | 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Hentet 25. april 2017, fra  
<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>
- WHO. (2010). WHO | Global recommendations on physical activity for health. Hentet 4. april 2018, fra <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>
- WHO. (2013). WHO | Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020.

Hentet 4. april 2018, fra <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

WHO. (2015). WHO | Sugars intake for adults and children. Hentet 4. april 2018, fra [http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars\\_intake/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/)

WHO. (2017). *Obesity and overweight*. Hentet 3. mai 2018, fra <http://new.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Williams, G., & Frühbeck, G. (2009). *Obesity: science to practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21, 323–341. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.21.1.323>

World Medical Association. (2013). *WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet 28. april 2017, fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wright, J., & Harwood, V. (2009). *Biopolitics and the «Obesity Epidemic» Governing Bodies* (1st. Edition). New York: Routledge.

Øverby, N. C., Torstveit, M. K., & Høigaard, R. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforl.

## Vedlegg 1: Intervjuguide

<p>Navn:  Alder:  Kjønn:  Sivil status:  Yrkesaktiv: (fulltid/deltid) -  Grunn til deltagelse i VEND-RISK:  Vektnedgang:</p>	
<p>(Hvordan vil du beskrive din hverdag i dag?) –  <i>tatt bort etter første intervjubolk</i></p> <p>Hvordan vil du beskrive din hverdag i dag sammenlignet med før du ble med i VEND-RISK?</p> <p>Hvilke endringer har du gjort/har skjedd?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endringer i fysisk aktivitet, kosthold</li> <li>- Alkoholforbruk</li> <li>- Røyk</li> <li>- Sosialt, jobb</li> <li>- Livskvalitet</li> </ul>
<p>Hvordan vil du beskrive tiden i VEND-RISK?</p> <p>Hva tenkte du om å endre livsstilen før du ble med i Vend-Risk? – <i>ble tatt med etter første intervjubolk</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva lærte du?</li> <li>- Noe som sitter spesielt igjen?</li> <li>- Opplevelser</li> <li>- Oppfølging over tid</li> <li>- Sosialt, grupper, fellesskap</li> </ul>
<p>Hva har vært viktig å ta med i tiden etter at du var ferdig i VEND-RISK for å opprettholde vekttapet og livsstilsendringene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny kunnskap?</li> <li>- Motivasjon</li> <li>- Støttespillere</li> <li>- Disiplin</li> </ul>
<p>Hvor viktig har det vært for deg å opprettholde disse endringene?  Hvordan har du klart det?</p> <p>Kan du fortelle om lengden på oppfølgingen og om det har hatt noe å si?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke tilbud har vært viktig i din endringsprosess?</li> <li>- Hva har vært mindre viktig?</li> <li>- Har lengden på studien hatt noe å si for resultatet?</li> </ul>
<p>Hvordan er forholdet ditt til kosthold og trening nå? Og hvordan var det tidligere?</p> <p>Hva har vært avgjørende for deg i denne prosessen? – <i>tatt med etter første intervjubolk</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glede/stress med fysisk aktivitet?</li> <li>- Syn på kropp og helse</li> <li>- Selvtillit</li> <li>- Mestring</li> </ul>
<p>Hva har vært mest utfordrende i opprettholdelsen av livsstilsendringene og vedlikeholdelsen av vekttapet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offer?</li> <li>- Gevinst?</li> </ul>
<p>Hvordan kan frisklivssentralen på best mulig måte hjelpe folk å opprettholde livsstilen over tid?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva mener du?</li> </ul>

## Vedlegg 2 - Infoskriv

### *Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Varige livsstilsendringer hos deltagere i Vend-risk»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt for å få innsikt i hvordan man klarer å opprettholde varige livsstilsendringer etter deltakelse i VEND-RISK. Vi ønsker å undersøke deltagerens opplevelser og erfaringer fra tiden i VEND-RISK og om de har klart å opprettholde livsstilsendringer og vekttap over tid etter endt oppfølging fra studien. Vi ønsker å intervju ti personer til denne oppgaven som har deltatt i gruppe 1 eller gruppe 2 i VEND-RISK og som avsluttet intervensjonen i 2015. Deltageren må ha opprettholdt et vekttap fra studien i tiden etter endt oppfølging. Studien er et masterprosjekt på NTNU, i samarbeid med Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs hospital.

#### **Hva innebærer PROSJEKTET?**

For å samle inn data til prosjektet vil det bli foretatt individuelle dybdeintervju av tidligere deltagere i VEND-RISK. Under intervjuene vil det bli brukt båndopptaker. Intervjuet vil vare omtrent én time. Spørsmålene vil dreie seg om opplevelser under og etter deltakelsen i VEND-RISK og opplevelser ved å endre livsstil og erfaringer med opprettholdelsen av disse. Intervjuene vil bli foretatt av masterstudent i egnede lokaler i hjemkommunene til deltagerne. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Personopplysninger som navn, kjønn, alder, yrke, sivilstatus og vektstatus vil bli registrert. Ingen sensitive personopplysninger vil bli registrert, med unntak av helseforhold. Jmf. §2.8 i personopplysningsloven.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Intervjuene vil bli foretatt i passende lokaler i hjemkommunene til deltagerne for å gjøre det enklere for deltagerne. Tid og sted vil avtales i god tid og deltageren er med å bestemme. Dybdeintervju kan oppleves krevende og det vil bli tatt hensyn til dette. Det vil være mulighet for pauser under intervjuet og ekstra tid er satt av i etterkant om det skulle være nødvendig.

#### **Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke

ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Elise Minde, på telefon 45 88 52 09 og/eller epost [elisemin@stud.ntnu.no](mailto:elisemin@stud.ntnu.no).

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

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

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil bli gjenkjent i den ferdigstilte oppgaven. Opplysningene vil anonymiseres og opptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig, innen 2018.

### **Forsikring**

Det er ikke aktuelt med forsikring i forbindelse med studien.

### **Godkjenning**

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK-nummer: 2010/696.

### Vedlegg 3 – Samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

Sted og dato

Signatur

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK midt

Til:  
Magnus Strømmen  
Magnus.Strommen@stolav.no

Dokumentreferanse: 2010/696-5  
Dokumentdato: 26.04.2010

VEND RISK-STUDIEN GODKJENNING AV REVIDERT INFORMASJONSSKRIV  
Vi viser til revidert informasjonsskriv og tar dette til etterretning uten ytterligere merknader. Studien kan igangsettes.

Med hilsen

Sven Erik Gisvold  
Leder i komiteen

Anneli Pellerud  
Førstekonsulent, REK Midt-Norge