

10160

Motiverende intervju ved livsstilsendringer hos brukere med overvekt og fedme

Litteraturbachelor
Antall ord: 7629

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

10160

Motiverende intervju ved livsstilsendringer hos brukere med overvekt og fedme

Litteraturbachelor

Antall ord: 7629

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Fedme og overvekt er et økende problem verden over. Samtidig øker forekomsten av livsstilssykdommer parallelt. I dag finnes frisklivssentraler i over halvparten av norske kommuner som del av primærhelsetjenestens arbeid med sykdomsforebygging og helsefremming. Sykepleiere på frisklivssentraler møter brukere med mål om vektreduksjon og bedre helse gjennom livsstilsendring. Sykepleiers kunnskap om kommunikasjon, sykdom og helse, er en ressurs i veiledning til livsstilsendring. Motiverende intervju (MI) er anbefalt som samtalemetode ved livsstilsendring og anvendes ved frisklivssentraler.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleier ved frisklivssentraler kan anvende MI i arbeidet med vedvarende livsstilsendringer hos brukere med overvekt og fedme.

Metode: Litteraturstudien er basert på 8 forskningsartikler og annen relevant litteratur og forskning som relateres til temaet ved å belyse problemstillingen.

Resultat: MI ved individuelle oppfølginger har god kortsiktig effekt, men begrenset langsiktig effekt. MI bidrar til økt livskvalitet. Gruppebasert MI er virkningsfullt på langsiktig livsstilsendring. Mestringsteknikker som brukeren integrerer i hverdagen er virkningsfullt for å unngå tilbakefall, der visualiseringsteknikker i kombinasjon med MI gir positive resultater. Indre motivasjon og selvbestemmelse er essensielt for vedvarende livsstilsendring. Kommunikasjonsferdigheter innen MI, kombinert med forskningsbasert sykepleieutøvelse, bidrar til positive resultater av MI ved livsstilsendring.

Konklusjon: MI alene kan ha kortvarig effekt på livsstilsendring. Sykepleier ved frisklivssentraler bør kombinere MI med andre metoder for økt langtidseffekt. Gruppeintervensjon, samt mestringsteknikker som kan anvendes i hverdagen forsterker effekten av MI. MI i gruppe, eller kombinert med visualiseringsteknikken FIT fremmer indre motivasjon, selvtillit og selvbestemmelse.

Nøkkelord: Fedme, overvekt, livsstilsendring, frisklivssentraler, motiverende intervju

Abstract

Background: Obesity and overweight is an increasing issue worldwide, and the prevalence of non-communicable diseases (NCDs) rise at the same rate. Healthy life centers (HLC) are established in over 50 % of Norwegian municipalities as a part of the primary healthcare's work to better health and prevent NCDs. Nurses counsel users on lifestyle change, weight-loss, and improved health behavior. Knowledge in communication, disease and health is a resource in lifestyle change. Motivational interviewing (MI) is used at HLCs when counselling for lifestyle changes.

Aim: Investigate how nurses at HLCs can use MI to promote persistent lifestyle changes in overweight and obese users.

Method: The literature study is based on 8 research articles, relevant literature and research that supports the the research question.

Result: MI in individual interventions has good short-term effects but limited long-term effects. MI increases quality of life. MI in group interventions is more effective in long-term lifestyle change. Coping techniques that are integrated into everyday life can prevent relapses, where visualization techniques combined with MI show positive results. Internal motivation, and self-determination is essential for long-term lifestyle change. MI-skills, combined with research-based nursing practice, entail successful lifestyle change.

Conclusion: MI have positive short-term effects on lifestyle changes. Nurses at HLCs should combine MI with other methods to increase long-term effects. Group interventions, and coping techniques amplify effects of MI. MI in groups, or combined with the visualization technique FIT, promotes internal motivation, self-confidence and self-determination.

Keywords: Obesity, overweight, lifestyle change, healthy life centers, motivational interviewing

Innhold

1.	Innledning	7
1.1.	Introduksjon til tema.....	7
1.2.	Teori.....	8
1.2.1.	Overvekt og fedme.....	8
1.2.2.	Folkehelse i helsetjenesten.....	8
1.2.3.	Frisklivssentral.....	8
1.2.4.	Livsstil og livsstilsendringer	10
1.2.5.	Motiverende intervju for livsstilsendring	11
1.2.6.	Selvbestemmelsesteorien.....	12
1.3.	Formål, avgrensning og problemstilling.....	14
2.	Metode.....	15
2.1.	Beskrivelse av metode.....	15
2.1.1.	Manuelle søk	15
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
2.3.	Søkehistorikk	16
2.4.	Utvelgelse og kvalitetsvurdering av artikler	19
2.5.	Analyse	20
3.	Resultater.....	21
3.1.	Artikkelmatriser.....	21
3.2.	Presentasjon av resultater	30
3.2.1.	Motiverende intervju og gruppeintervensjoner.....	30
3.2.2.	Livsstilsendring, metabolske risikofaktorer og livskvalitet.....	30
3.2.3.	Brukerinvolvering og motivasjon	31
4.	Diskusjon	32
4.1.	Effekt av motiverende intervju for livsstilsendring ved overvekt og fedme	32
4.1.1.	Motiverende intervju for vedvarende livsstilsendring	32
4.1.2.	Individuell- og gruppebasert motivasjonsintervensjon	33
4.1.3.	Brukerinvolvering og selvbestemmelse ved frisklivssentraler	34
4.1.4.	Sykepleiers rolle i livsstilsendring	36
4.2.	Metoderefleksjon og kildekritikk.....	37
4.3.	Konklusjon.....	37
	Referanser	39

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
Tabell 2 Konsepttabell	17
Tabell 3 Søketabell.....	17
Tabell 4 Analyse etter Evans (2002)	20
Tabell 5 Artikkelmatrise A	21
Tabell 6 Artikkelmatrise B	22
Tabell 7 Artikkelmatrise C	23
Tabell 8 Artikkelmatrise D	24
Tabell 9 Artikkelmatrise E	26
Tabell 10 Artikkelmatrise F	27
Tabell 11 Artikkelmatrise G	28
Tabell 12 Artikkelmatrise H	29
Tabell 13 - Hovedtema	30

Figurer

Figur 1 Frisklivssentralenes oppfølgingstilbud.....	10
---	----

1. Innledning

1.1. Introduksjon til tema

Overvekt og fedme er et økende problem på verdensbasis, og truer individets helse og velvære (WHO, u.å., 2021). Fedme omtales som en mer alvorlig form for overvekt, og er et omfattende helseproblem verden over. Verken overvekt eller fedme anses som sykdommer i seg selv, men kan medføre alvorlige helseproblemer og redusert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2011, s. 14). Estimert var 1.9 milliarder mennesker på verdensbasis overvektige i 2016, hvorav 650 millioner falt under kategorien fedme (WHO, 2021). Forekomsten er også økende i Norge. Omtrent 20 % av nordmenn hadde fedme i 2011, noe som var en dobling over en 20-årsperiode (Helsedirektoratet, 2011, s.13). Sykdomsrisikoen øker parallelt med økende grad av overvekt (WHO, u.å., 2021). Det dør i dag flere mennesker av årsaker relatert til overvekt og fedme, enn undervekt. I 2017 rapportertes over 4 millioner dødsfall forbundet med overvekt og fedme. Risikoen for ikke-smittsomme sykdommer som diabetes type 2, ulike krefttyper og hjerte- og karsykdommer stiger også i takt med befolkningens vektøkning. Også psykiske lidelser, og somatiske sykdommer som urinsyregikt, fettlever, høyt blodtrykk og infertilitet har høyere forekomst ved overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2011, s. 14).

Befolkningen beveger seg i dag mindre enn før, og flere har stillesittende arbeid (Helsedirektoratet, 2011, s. 18). Ny teknologi, enkel tilgang til transportmidler og endring i levevaner muliggjør en livsstil med svært begrenset fysisk aktivitet. Mindre aktivitet og usunne matvaner anses som en vesentlig faktor for å utvikle overvekt. Det kan være flere medvirkende årsaker til overvekt og fedme, deriblant kronisk sykdom, psykologiske-, sosioøkonomiske- og andre miljømessige faktorer (Grimsbø, 2016a, s. 228-230). Gener spiller også en viss rolle i hvordan fett fordeles i kroppen. Allikevel er hovedårsaken i de aller fleste tilfeller et overkonsum av kalorier i forhold til hvor mye kalorier som forbrennes.

Om lag 60 % av kvinner og 75 % av menn i Norge er overvektige (Meyer & Vollrath, 2017). I tillegg har henholdsvis 20 % kvinner og 25 % menn i alderen 40-45 år fedme. Folkehelseinstituttet (FHI) publiserte i 2018 rapporten *Sykdomsbyrden i Norge i 2016* (Øverland et al., 2018). Sykdomsbyrden er en sykdoms påvirkning på dødelighet og helsetap, og gir en oversikt over befolkningens helsetilstand. Usunt kosthold, hjerte- og karsykdommer, høyt fastende blodsukker, overvekt og fedme omtales som noen av de viktigste risikofaktorene for tapte leveår. I tillegg til økt sykdomsrisiko og tap av helse, er også overvekt og fedme en stor samfunnskostnad (Aamo et al., 2019, s. 33). En rapport utført av Menon Economics antyder at samfunnskostnadene som kan knyttes til fedme utgjør 3,3 % av de totale utgiftene som følge av sykdom eller ulykker. Dette tilsvarer omtrentlig 68 milliarder kroner årlig.

Fedme og overvekt kan i stor grad reverseres (WHO, 2021). Å redusere forekomsten av fedme og overvekt er en del av norske frisklivssentralers helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2019). Ved endring av kostholds- og aktivitetsvaner, kan vektreduksjon oppnås.

1.2. Teori

1.2.1. Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er tilstander som oppstår dersom man spiser mer kalorier (energi) enn man forbrenner, slik at energiinntaket overgår energiforbruket (Wyller, 2019). Den ekstra energien omdannes til fettstoffer og lagres i kroppen. Fettlagringskapasiteten er nærmest ubegrenset, og ved et høyt og langvarig overkonsum av energi vil man kunne utvikle fedme. For å definere grad av overvekt og fedme benyttes ofte kroppsmasseindeks (KMI); et verktøy for å beregne kroppsvekt i forhold til personens høyde (NHI, 2021). $KMI = (\text{Kroppsvekt(kg)} / \text{høyde}^2 (\text{m}^2))$. KMI mellom 25 og 30 kg/m² regnes som overvekt, mens KMI over 30 kg/m² regnes som fedme. KMI over 35 kg/m² regnes som alvorlig eller svært alvorlig fedme. Sykelig overvekt omtales som en tilstand der KMI enten overstiger 40 kg/m², eller der KMI er større eller lik 35 kg/m², og personen har tilleggskomplikasjoner eller sykdommer relatert til fedme (Helsedirektoratet, 2015). Risiko for ulike sykdommer øker i takt med økt KMI, deriblant hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser, hjerneslag, diabetes type 2, ulike kreftformer og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2011, s. 14; WHO, 2021).

1.2.2. Folkehelse i helsetjenesten

I den nasjonale helse- og omsorgsplanen står det at helse- og omsorgstjenesten skal jobbe helsefremmende og bidra til sykdomsforebygging (Grimsbø, 2016a, s. 192). Dette er også nedfelt i Folkehelseloven (2011). Lovens formål er å fremme folkehelse, der folkehelse defineres som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2011, § 3). Loven stiller krav til at kommuner iverksetter nødvendige tiltak som møter samfunnsutfordringer vedrørende befolkningens helse. «[...] Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom» (Folkehelseloven, 2011, § 7). Fysisk aktivitet og ernæring nevnes her som tiltak for å bedre folkehelsen. Samtidig, har kommunen ansvar for at alle pasient- og brukergrupper tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). Videre pålegges kommunen å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §§ 3-2 og 3-3). Helse- og omsorgstjenesten er også lovpålagt å bidra i kommunens folkehelsearbeid, og å jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understreker sykepleierens personlige ansvar under punkt 2.1: «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

1.2.3. Frisklivssentral

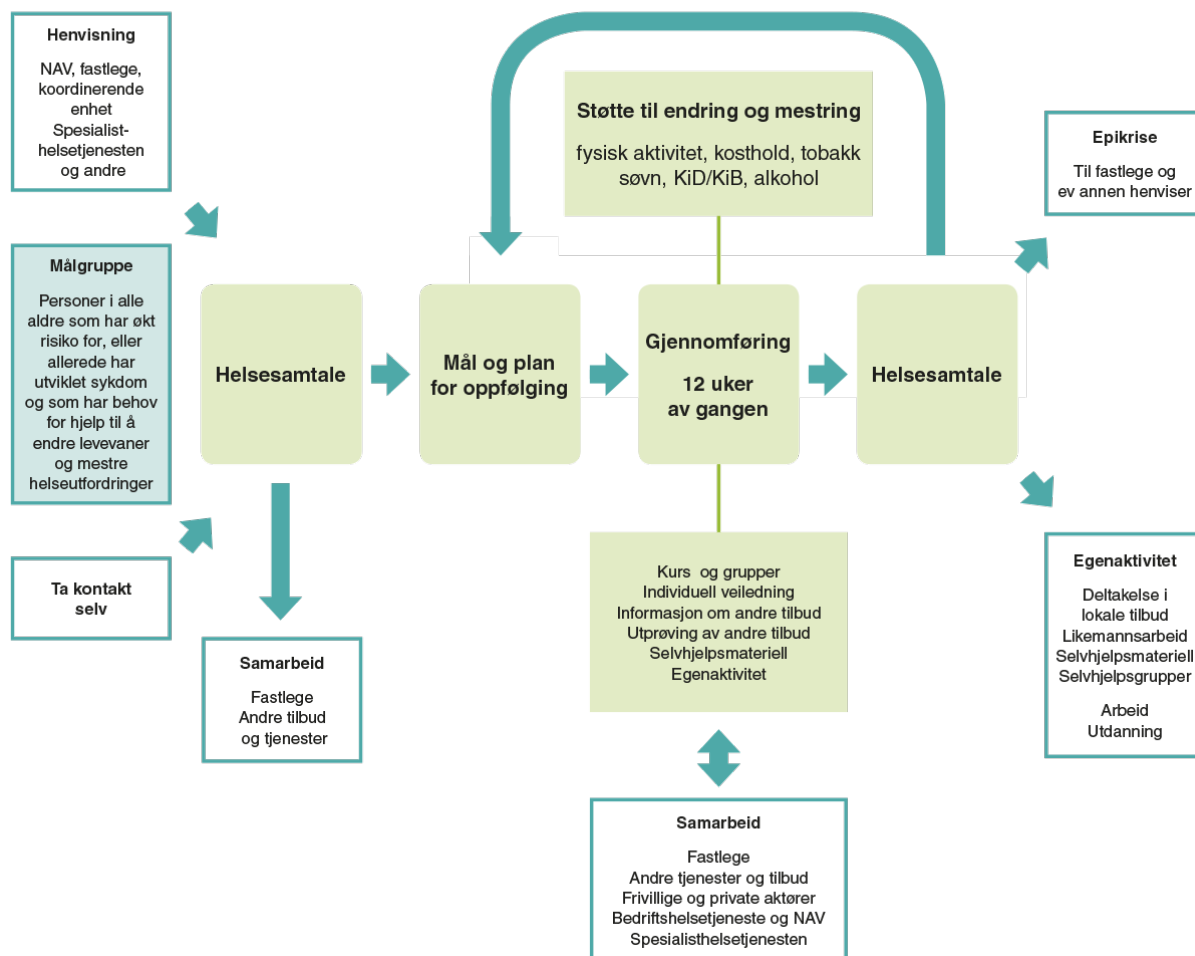
Frisklivssentraler er et relativt nytt helsetilbud. Den første frisklivssentralen ble opprettet i 1996, og det er i dag frisklivssentraler i over 60 % av norske kommuner (Samdal & Meland, 2022). Frisklivssentraler er en del av primærhelsetjenestens kommunale tilbud (Helsedirektoratet, 2016b, 2021). Tilbudet retter seg mot helsefremming og forebygging av fysisk og psykisk uhelse, med målsetting om å styrke brukerens ressurser i form av helse, endring og mestring. Brukere kan bli henvist av helsepersonell med en såkalt «frisklivsresept», eller oppsøke tjenesten på eget initiativ. Oppfølgingen går over 12 uker, og innebærer blant annet individuell veiledning, kurs og gruppeaktiviteter etter behov, se Figur 1 (Helsedirektoratet, 2021). Etter første helsesamtale, utformes plan og mål for livsstilsendringen i samarbeid med bruker. Etter oppfølgingsperioden

gjennomføres en avsluttende helsesamtale. Ved behov for utvidet oppfølging, kan en ny plan med målsettinger utformes og gjennomføres.

Samhandlingsreformen ble innført i 2009, og skulle blant annet sikre koordinerte helsetjenester, jobbe sykdomsforebyggende og økonomieffektivt (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 21 og 83–84). Regjeringen ønsker å styrke dokumenterte tiltak for helsefremming og forebygging i kommunens helsetjenester. Kommunene oppfordres til å bedre oversikten over utvikling av innbyggernes helse, og hvilke faktorer som påvirker folkehelsen. Kommunene er lovpålagt å ha oversikt over innbyggernes helsetilstand, samt iverksette tiltak for å bedre helse og motvirke sosiale ulikheter som gjelder helse (Folkehelseloven, 2011, §§ 4 og 5). Kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tiltak, herunder informasjon, råd og veiledning om personlig helsefremming. Frisklivssentraler bidrar i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid ved å tilby rådgivning, kunnskap og veiledning for livsstilsendring og bedre helse på individnivå (Helsedirektoratet, 2019, s. 8–9).

Frisklivssentralene er tverrfaglige, med ansatte av ulik faglig bakgrunn, som sykepleie, fysioterapi, ernæring og folkehelsevitenskap. Tilbudet er diagnoseuavhengig, og målgruppen er både brukere med sykdom, og brukere som er i risiko for å utvikle sykdom (Helsedirektoratet, 2016b). Brukermedvirkning står sentralt i oppfølgingen, noe som også framheves i lovverket. Brukeren «har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Her inngår medvirkning til valg av tjenesteformer og behandlingsmetoder, der tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med bruker. Frisklivssentraler tar utgangspunkt i brukerens ønsker og mål for livsstilsendring i arbeidet med å bedre mental og fysisk helse (Helsedirektoratet, 2019, s. 8).

Det strukturerte oppfølgingstilbudet i frisklivssentraler



Figur 1 Frisklivssentralenes oppfølgingstilbud

(Helsedirektoratet, 2021)

1.2.4. Livsstil og livsstilsendringer

Begrepet «livsstil» kan defineres som «summen av enkeltpersoners levevaner og atferd» (Nylenna, 2020). En persons livsstil baseres på personlige preferanser, og påvirkes av personens omgivelser og sosiale nettverk. Livsstil er altså hvordan man lever livet i hverdagen, og hvilke aktiviteter man velger å gjøre, basert på ens egen vilje. Fysisk aktivitet og ernæring regnes som en del av brukerens livsstil. FHI definerer fysisk aktivitet som «all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Nystad, 2021). Helsedirektoratets kostråd anbefaler blant annet magre kjøtt- og meieriprodukter, samt et «varierte kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker» (Helsedirektoratet, 2016a). Dette begrunnes med at sunt og varierte kosthold bidrar til god helse og inntak av nødvendige næringsstoffer. Risiko for sykdommer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, ulike kreftformer, beinskjørhet, overvekt og fedme reduseres ved sunt kosthold i kombinasjon med fysisk aktivitet.

Overvekt og fedme er ofte et resultat av en persons livsstil. Livsstilsendringer i form av endrede aktivitets- og kostholdsvaner, medfører vektreduksjon dersom energiinntaket

blir lavere enn energiforbruket. En vektreduksjon på 5-10% over 6 måneder anses som moderat vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2011, s. 14–15; Swift et al., 2018). Moderat vektreduksjon omtales som klinisk signifikant vektreduksjon, og gir positive endringer vedrørende blodtrykk, insulinresistens og lipidverdier, og reduserer sykdomsrisikoen. Livsstilsendringer kan være utfordrende for personen som skal gjennomføre endring (Grimsbø, 2016b, s. 230). Faktorer som tilstrekkelig informasjon, personens ressurser og personlig motivasjon er viktig for å lykkes med livsstilsendringer. Sykepleiers rolle i livsstilsendring er å hjelpe brukeren å forstå sammenhengen mellom matinntak og energiforbruk, bidra til å finne strategier for vedvarende livsstilsendringer, samt veilede og støtte brukeren i prosessen. I kapittel 2 av Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, understrekes sykepleiers rolle i tilstrekkelig informering, helhetlig omsorg, og å understøtte håp og mestring (Norsk sykepleierforbund, 2019).

1.2.5. Motiverende intervju for livsstilsendring

Livsstilsendring er en omfattende prosess som krever motivasjon og vilje (Eide & Eide, 2017, s. 257–262). Empati og støtte fra andre har betydning for resultatet, og dette er med tiden blitt en viktig oppgave i helsevesenet. Sykepleiers kunnskap om sykdom og helse, veiledning og kommunikasjon er viktige faktorer i endringsarbeidet, der en kan informere, motivere og utfordre bruker til refleksjon. Endring krever at brukeren har motivasjon, og selv prioriterer, og ønsker en endring. Sykepleier må en godta at brukeren kan ha ulik forståelse av sin situasjon. I rolle som veileder må sykepleier vise ydmykhet, interesse og forståelse, og bistå i brukerens helseprosjekt. Med dette menes at sykepleieren ikke skal belære, men være åpen og veilede, der brukerens motivasjon og mål i stor grad er styrende.

Det stilles forventninger til sykepleier som veileder i motivering til livsstilsendring (Grimsbø, 2016b, s. 230). Motiverende intervju (MI) er en samtaleform som gjennom samarbeid mellom bruker og veileder, styrker brukerens egen motivasjon og forpliktelse til endring (Miller & Rollnick, 2013, s. 12). Helsedirektoratet anbefaler metoden ved veiledning og motivering til atferdsendring (Helsedirektoratet, 2017). En MI-samtale skal møte brukeren der han er i endringsprosessen og motivere og veilede (Helsedirektoratet, 2019, s. 13). Samtaleformen er målrettet og anses som en klinisk ferdighet. Den er personsentrert og empatisk, der hensikten er å bevisstgjøre brukeren på egen situasjon, ambivalens og motivasjon for endring (Miller & Rollnick, 2013, s. 16–24).

MI er utviklet som et hjelpemiddel til å strukturere motiverende samtaler (Miller & Rollnick, 2013, s. 4). Samtaleformen anvendes i stor grad ved norske frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2019, s. 11–13). Ved å stille spørsmål, ønsker veileder å utforske og styrke brukerens ønske om endring. Selvbestemmelse, brukermedvirkning og gjensidig respekt er sentrale aspekter ved samtaleformen. MI er gjort *for*, og *med* en person (Miller & Rollnick, 2013, s. 15–21). Det er essensielt å ikke lure personen til endring, men at veilederen bidrar til å aktivere personens egen motivasjon. Ved å følge brukerens prosess, viser veilederen at en stoler på brukerens kunnskap. Dette uttrykker tillit brukerens ressurser, og at en sammen skal bringe dem fram.

MI krever at veileder har gode kommunikasjonsferdigheter (Miller & Rollnick, 2013, s. 32–35). Aktiv lytting er sentralt, og krever øving for å virke støttende i veiledning (Miller & Rollnick, 2013, s. 48). Ved å lytte aktivt bruker man kroppsspråk, og stiller oppfølgings spørsmål for å undersøke om en forstår det personen forteller. Aktiv lytting i kombinasjon med åpne spørsmål får personen til å reflektere og vurdere. Veileder bør anerkjenne og synliggjøre personens verdi, ressurser og innsats. Bekreftende

oppmuntring er derfor viktig. Ved å oppsummere og gjenfortelle det en hører, viser veilederen interesse for det personen forteller. Samtidig kan det gi brukeren klarhet og økt forståelse av egne tanker. Selv om MI er personsentrert, innebærer samtaleformen også rådgivning og informasjon, særlig ved ambivalens i endringsprosessen. En må anerkjenne at ikke alle er klare for endring, og at ambivalensen kan være sterk (Miller & Rollnick, 2013, s. 7). Visualisering av fortid og framtid er et hjelpemiddel for å framkalle motivasjon ved ambivalens (Miller & Rollnick, 2013, s. 176–177). Ved å se for seg livet før problemer oppsto, eller hvordan livet kan bli med og uten endret atferd, kan motivasjon oppstå.

1.2.6. Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien er en motivasjonsteori utviklet av Edward Deci og Richard Ryan. Deres bok «Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior» ble publisert i 1985. Selvbestemmelsesteorien ble utviklet med utgangspunkt i å undersøke miljømessige påvirkninger på indre motivasjon (Deci & Ryan, 1985, s. 9). Den bygger på menneskers behov for opplevelse av autonomi (selvbestemmelse) og kompetanse. Selvbestemmelse innebærer å selv bestemme sine handlinger uten ytre påvirkning (Sagdahl, 2019). Kompetanse og selvbestemmelse motiverer den pågående prosessen om å forme egne verdier og personlighet, gjennom kontinuerlig integrering av indre og ytre stimuli (Deci & Ryan, 1985, s. 9). Teorien skiller mellom indre og ytre motivasjon (Deci og Ryan, 1985, s. 49). Ytre motivert atferd skjer grunnet ytre belønning eller ytre begrensning, med påvirkning av miljøet eller andre. Slik motivasjon oppstår ikke naturlig av personlige ønsker eller interesse. Indre motivasjon oppstår derimot spontant fra personens indre, ved et behov for kompetanse eller selvbestemmelse (Deci & Ryan, 1985, s. 32–34). Indre motivert atferd vil gi en intern belønning i form av interesse og mestring. Slik motivasjon medfører handling, og oppstår uten ytre press eller påvirkning i form av gevinst eller mulige konsekvenser. Når handlinger er indre motiverte, oppleves de som selvstyrte (Deci og Ryan, 1985, s. 29-43). Indre motivasjon stimulerer til utvikling, hvor man drives av en lyst til å bli tilfreds. Når dette oppnås, opplever man velvære og kompetanse. I menneskelig utvikling, læring og tilpasning er indre motivasjon viktig for å oppnå ønsket resultat, selvbestemmelse og velvære. Indre motivert handling integreres naturlig til personens egenskaper og indre strukturer (Deci & Ryan, 1985, s. 122–131). En oppsøker overkommelige utfordringer som med tiden vil integreres, og medfører personlig utvikling. Ytre motivasjon kan med tiden integreres til selvbestemt atferd. Dersom dette skjer, oppleves handlinger som indre motiverte. Ytre motivasjon kan ikke omgjøres til indre motivasjon, men dersom ytre motivasjon integreres, gjennomføres handlingen av egen vilje. I endringsprosesser der en mottar veiledning eller terapi, oppstår vedvarende endring når ny atferd eller personlighet er integrert (Deci & Ryan, 1985, s. 278). Denne integrerte endringen vedvarer etter behandling eller terapi er avsluttet.

Motivet for selvbestemmelse er som regel et behov, eller mulig tilfredshet (Deci & Ryan, 1985, s. 231–232). Motivet kan komme fra ulike drivkrefter, indre behov eller følelser. Negative drivkrefter, som frykt, kan motivere til handling med mål om å redusere frykten. Motivet bak ikke-selvbestemmende oppførsel er ofte et ubevisst behov for bekreftelse eller kjærlighet av andre (Deci & Ryan, 1985, s. 237–239). Skyld og skam beskrives her som selvpåført straff som stammer fra disse behovene. Potensiell tilfredsstillelse omtales derimot som en drivkraft for selvbestemmende oppførsel og handlinger. Dersom utføring av handlinger medfører tilfredsstillelse, eller motivet for handlingen ikke lenger er til stede, vil atferden avsluttes. Dette kan skje ved at et annet

motiv overgår motivet for endring, eller at viktigheten av motivet reduseres. Endringsprosessen vil vedvare så lenge personen har et motiv, eller en drivkraft for endringen. Dersom tilfredshet ikke oppnås, må personen velge et nytt mål, som kan ha større sannsynlighet for å lykkes grunnet ny kunnskap. Helse, personlig vekst og relasjoner er mål som ofte drives av indre motivasjon (Teixeira et al., 2012, s. 2). Slike mål kan være direkte tilknyttet tilfredsstillelse av psykologiske behov og regulert av indre motivasjonsfaktorer. Å oppnå selvbestemmelse er et mål ved selvbestemmelsesteorien, og selvbestemte målsettinger er viktig for å lykkes ved livsstilsendringer (Deci & Ryan, 1985, s. 291).

1.3. Formål, avgrensning og problemstilling

Formålet med litteraturstudien er å undersøke effekten av MI for livsstilsendring ved overvekt og fedme. Oppgaven er avgrenset til oppfølging ved frisklivssentraler, og ønsker å belyse hvordan sykepleier kan anvende MI i veiledning til brukere med fedme og overvekt. Oppgaven er relevant for sykepleierfaget, da helsefremming og sykdomsforebygging både er lovpålagt, og framkommer som en del av sykepleieutøvelsen i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (Folkehelseloven, 2011 §§ 4-5; Norsk sykepleierforbund, 2019). Motivering til livsstilsendring anses som helsefremmende, og reduserer risiko for sykdom relatert til overvekt og fedme.

Begrepet «bruker» anvendes om personer som mottar veiledning til livsstilsendring. Begrepet «pasient» brukes ikke, da frisklivssentraler er et frivillig tilbud, der deltakerne omtales som brukere. Oppgaven belyser ikke overvekt og fedme i tilknytning til andre medisinske diagnoser, og diskuterer ikke underliggende sykdommer som kan medvirke til overvekt og fedme, deriblant kroniske lidelser eller psykisk sykdom. Begrepet «livsstilsendringer» defineres i denne oppgaven som endringer av brukerens livsstil, i form av økt aktivitetsnivå og/eller sunnere kostholdsvaner. Livsstilsendringene har som hensikt å gi positive helseeffekter og/eller vektreduksjon ved overvekt og fedme. Med dette som bakgrunn er oppgavens problemstilling formulert:

Hvordan kan sykepleier anvende motiverende intervju til livsstilsendring hos voksne med overvekt og fedme?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I metodekapittelet beskrives valg av metode og framgangsmåte for artikkelsøk til forskningsartikler (Dalland, 2017, s. 51). Metoden synliggjør hvordan informasjon som belyser problemstillingen er funnet, og hvordan informasjonen kan etterprøves. For å besvare problemstillingen i oppgaven er litteraturstudie anvendt metode. Det er gjort systematisk litteratursøk i databasene Pubmed, Cinahl, Medline og ISI Web of Science. Valgte artikler er systematisk utvalgt fra de to sistnevnte databaser. Utvalgte artikler består av nyere forskning. Artiklene belyser oppgavens tema; livsstilsendring og motivasjon ved fedme og overvekt.

I oppstartsfasen av arbeidet med oppgaven har jeg innhentet informasjon i retningslinjer, samt artikler på WHO, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet sine nettsider. Jeg satte opp en konsepttabell (Tabell 2) med aktuelle søkeord ut fra konsepter jeg fant aktuelle til litteratursøket. Avgrensninger i form av inklusjons- og eksklusjonskriterier framstilles i en tabell, og søkehistorikk presenteres i en søketabell. Analyse av utvalgt forskning vil presenteres deretter. Lærebøker og fag- og forskningsartikler er også anvendt som støttelitteratur.

2.1.1. Manuelle søk

I tillegg til utvalgte forskningsartikler, har jeg anvendt tre andre artikler funnet ved manuelt søk på Pubmed (Samdal & Meland, 2022; Swift et al., 2018; Teixeira et al., 2012). Disse er anvendt som støttelitteratur i teori- og diskusjonskapittelet. Ved søk på «frisklivssentral» på sykepleien.no fant jeg doktorgraden «Behaviour change interventions in primary health care» av Gro Beate Samdal (Samdal, 2019). Jeg kontaktet forfatteren på e-post, og fikk tilsendt doktorgraden. Videre gjorde jeg et håndsøk på forfatterens navn på databasen Pubmed, for å finne publiserte artikler. Da fant jeg artikkelen *Ten years' of Healthy Life Centers – research and directions for future work* (Samdal & Meland, 2022). Artikkelen oppsummerer langtidseffekter av frisklivssentraler, og er derfor relevant for min oppgave. Artikkelen følger ikke IMRAD-struktur, og benyttes som støttelitteratur i drøftingskapittelet.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er valgt ut på bakgrunn av retningslinjer for bacheloroppgaven, og med hensikt å avgrense søkene til relevante funn. Det var ønskelig å finne nyere forskning i litteratursøket for å sikre oppdatert kunnskap. Alle utvalgte artikler er under 7 år gamle, følger IMRAD-struktur og er fagfellevurderte. Artiklene er relevant for problemstillingen og sykepleiefaget.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsårstall 2012-2022	Artikler eldre enn 10 år
Fagfellevurderte artikler	Artikler som omhandler fedmekirurgi
Språk; engelsk og skandinavisk	Studier gjennomført i utviklingsland
Artikler som omhandler intervensjoner for vektreduksjon ved fedme/overvekt	Artikler som omhandlet overvekt/fedme grunnet annen fysisk eller psykisk sykdom
Voksne over 18 år	Barn under 18 år
Studier utført i industriland	
IMRAD-struktur	
Artikler publisert i tidsskrift godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD)	

2.3. Søkehistorikk

Litteratursøket startet i databasen Medline. For å strukturere søket ble konsepttabell brukt (tabell 2). Søkeord og konsepter er utvalgt for å belyse begreper i problemstillingen. Ved søk på enkeltord, fikk jeg mange treff på databasene. For å avgrense søket til relevante artikler, ble ulike kombinasjoner mellom konseptene utprøvd for å finne relevante søkeresultat. Det ble brukt både «og» (AND), og «eller» (OR) i søkene, der OR ble brukt mellom begrep fra samme konsept, og AND anvendes ved kombinerings av konsepter. OR er konsekvent brukt mellom begrepene «fedme» (obesity) og «overvekt» (overweight), da dette muliggjør å finne studier gjort på en av tilstandene. Jeg valgte å trunkere «sykepleier» slik; «nurs*», for å få resultater på ulike bøyninger av ordet.

Det ble undersøkt hvordan «frisklivssentral» oversettes til engelsk, der begrepet «Healthy life center» ble brukt i forskningen. Også dette ble trunkert. Inkludering av begrepet ga relevante artikler av studier gjennomført på frisklivssentraler i Norge. Utvalgte artikler er fra databasene Medline og ISI Web of Science. Søk i databasene Cinahl og PubMed resulterte ikke i andre relevante artikler enn artikler allerede funnet i Medline og ISI Web of Science. Det ble også gjort søk etter artikler som sammenligner MI i gruppe mot individuell intervensjon, ved å inkludere termer med «individuell» (individual) og «gruppe» (group) i søkene. Relevante artikler ble ikke funnet ut fra disse søkene. Åtte relevante forskningsartikler ble utvalgt fra systematisk litteratursøk og framstilles i Tabell 3 nedenfor. Konsepttabellen (Tabell 2) viser søkeord som er anvendt i søketabellen (Tabell 3).

Tabell 2 Konsepttabell

Konsept/element 1: Overvekt og fedme	Konsept/element 2: Motivering	Konsept/element 3: Livsstilsendring	Konsept/element 4: Frisklivssentral
Søkeord:	Søkeord:	Søkeord:	Søkeord:
Overweight	Motivate	Life style	Healthy life cent*
Obesity	Motivational interviewing	Life style intervention	Primary health care
Adult	Health promotion	Life style change	Nurs*
		Sustainable	

Tabell 3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord (emneord utheves)	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	04.04.2022	S1.	Overweight OR Obesity		252237	
		S2.	Nurs*		779643	
		S3.	Primary Health Care		181195	
		S5.	Motivational Interviewing		2351	
		S7.	S1 AND S4 AND S5 AND S6		7	
				År 2012-2022	7	2 (A, B)
Medline	19.04.2022	S1.	Overweight OR Obesity		252320	
		S2.	Sustainable		77035	
		S3.	Adult		7773302	
		S4.	Life Style		105688	
		S5.	Life style change		93	
		S6.	S4 OR S5		105744	

		S7	S1 AND S2 AND S3 AND S6		39	
		S6		År 2012-2022	35	1 (C)
ISI Web of Science	21.04.2022	S1.	Lifestyle intervention		33604	
		S2.	Nurs*		761948	
		S3.	Obese OR overweight		172259	
		S4.	Motivational interviewing		8571	
		S5.	S1 AND S2 AND S3 AND S4		27	
		S6		År 2013-2021	23	2 (D, E)
Medline	25.04.2022	S1.	Healthy life cent*		27	
		S2.	Life Style		106061	
		S3.	Motivate OR Motivation		196347	
		S4.	Health Promotion		82993	
		S5	S3 OR S4		274415	
			S1 AND S2 AND S5		4	
		S6		År 2012-2022	4	2 (F, G)
Medline	25.04.2022	S1.	Healthy life cent*		27	
		S2.	Overweight OR Obesity		253599	

		S3.	S1 AND S2		6	
		S6		År 2012-2022	6	1 (H)

Inkluderte artikler:

- A.** Bräutigam-Ewe et al. (2020). Two-year weight, risk and health factor outcomes of a weight-reduction intervention programme: Primary prevention for overweight in a multicentre primary healthcare setting. *Scandinavian journal of primary health care*, 38(2), 192–200.
- B.** Rodriguez-Cristobal et al., (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC family practice*, 18(1), 1-8.
- C.** Porca et al. (2021). Effectiveness to promote weight loss maintenance and healthy lifestyle habits of a group educational intervention program in adults with obesity: IGOBE program. *Obesity Research & Clinical Practice*, 15(6), 570-578.
- D.** Solborg et al. (2019). Functional imagery training versus motivational interviewing for weight loss: a randomised controlled trial of brief individual interventions for overweight and obesity. *International Journal of Obesity*, 43(4), 883-894.
- E.** Lin et al. (2016). Effects of telephone-based motivational interviewing in lifestyle modification program on reducing metabolic risks in middle-aged and older women with metabolic syndrome: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 12-23.
- F.** Sevidl et al. (2020). Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: a qualitative study, *BMC Public Health*. 20(1006), 1-12
- G.** Sagsveen et al. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1-15.
- H.** Salemonsens et al. (2020). Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres—A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. *Health Expectations*, 23(5), 1376-1386.

2.4. Utvelgelse og kvalitetsvurdering av artikler

I arbeidet med å velge ut artikler er målet å finne holdbare kilder, med tanke på relevans og artikkelens kvalitet (Dalland, 2017, s. 158–161). Artikkelens relevans vurderes ut fra denne oppgavens problemstilling. Relevante artikler kvalitetsvurderes, der kildens pålitelighet undersøkes. Her undersøkes blant annet artikkelens hensikt og om studien er publisert i et anerkjent tidsskrift. Norsk senter for forskningsdata (NSD) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler ble brukt for å undersøke om artiklene er publisert i godkjente tidsskrift (Norsk senter for forskningsdata, u.å.).

I utvelgingsprosessen ble først artikkeloverskriftene i søkeresultatet lest. Deretter leses sammenfatningen i artiklene som synes å være relevante, der hensikt, metode og resultat undersøkes for studiens relevans. Dersom studien framstår relevant, leses resten av studien, der studiens funn undersøkes. Inkluderte artikler er i hovedsak gjennomført i

Europa, med unntak av en artikkel som er gjennomført i Taiwan. Denne er utvalgt for å belyse effekt av telefonbasert MI.

2.5. Analyse

Utvalgte artikler er analysert ved hjelp av Evans' modell for innholdsanalyse. Analysen består av fire trinn for å vurdere artikkelens resultater og relevans for oppgaven (Evans, 2002).

Tabell 4 Analyse etter Evans (2002)

Trinn 1	Her velges relevante artikler. Framgangsmåten er beskrevet i denne oppgavens metodekapittel, og åtte relevante artikler ble valgt gjennom systematisk litteratursøk.
Trinn 2	Artiklenes hovedfunn identifiseres i hver enkelt studie. Her ble artiklene lest, og funn som var relevant for å besvare oppgavens problemstilling plukkes ut.
Trinn 3	Funn fra de utvalgte studiene ses i sammenheng med hverandre, for så å inndeles studienes fellestrekk etter tema. Her ble artiklenes resultater lest nøye for å finne fellestrekk og ulikheter i studiene, som så deles inn i hovedtema. Eksempel på tema som ble sammenlignet var bruk av MI, gruppeintervensjon/individuell intervensjon og resultater i vektreduksjon.
Trinn 4	Trinn 4 framstiller resultater etter tema. Dette er beskrevet under kapittel 3.2: Presentasjon av resultater. Kun resultater som anses som relevant for å besvare problemstillingen trekkes fram.

3. Resultater

I dette kapitlet presenteres resultater fra utvalgte artikler. Hver artikkel beskrives i separate artikkelmatriser, før resultatene sammenlignes og oppsummeres i underkapitler.

3.1. Artikkelmatriser

Tabell 5 Artikkelmatrise A

A: Referanse	Bräutigam-Ewe, M., Lydell, M., Bergh, H., Hildingh, C., Baigi, A., & Månsson, J. (2020). Two-year weight, risk and health factor outcomes of a weight-reduction intervention programme: Primary prevention for overweight in a multicentre primary healthcare setting. <i>Scandinavian journal of primary health care</i>, 38(2), 192–200. https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1753379
Hensikt	<ol style="list-style-type: none">1) Å evaluere langtidseffekten av vektreduksjon, samt livskvalitet og opplevelse av sammenheng (sense of coherence) gjennom intervensjon i primærhelsetjenesten2) Å sammenligne to grupper med ulik behandlingsintensitet over tid.
Metode	Studien er en randomisert kontrollstudie (RCT). Studien er kvantitativ, og ble gjennomført i sørvest-Sverige på tre ulike primærhelsetjenestesesentre. Intervensjonene gikk over to år, og resultatene ble målt i vekt, selvvardert livskvalitet, opplevd helse og aktivitet, samt metabolske markører; KMI, midjeomkrets, langtidsblodsukker, kolesterol og blodtrykk. De utvalgte brukerne var mellom 40 og 65 år, med KMI på 28-35. Intervensjoner ble gjennomført av sykepleiere. Sykepleiere i MI-gruppen hadde gjennomgått totalt tre dager opplæring i MI. Studien var blindet for deltakerne, angående om de var i høy- eller lavintensitetsgruppen. De to første møtene med sykepleier var lik for begge grupper med fysiske målinger og blodprøver. Alle fikk utdelt en kokebok, og invitasjon til ernæringskurs. Spørreundersøkelser ble anvendt for å måle livskvalitet. Høyintensitetsgruppen fikk i tillegg tre individuelle MI med sykepleier som omhandlet livsstil, vaner og mental helse. De fikk skriftlige kostholdsråd, tilbud om foredrag om handling på matbutikker, ukentlige e-poster og tilgang til en nettside de neste to årene. Lavintensitetsgruppen hadde et tredje møte som representerte tradisjonell oppfølging, der de mottok kostholdsråd.
Resultat	182 av 286 deltakere fullførte oppfølgingskontrollen etter to år (68 % i intervensjonsgruppen og 61 % i kontrollgruppen). Studien viste ikke tydelig forskjell i vektreduksjon mellom kontroll- og intervensjonsgruppen. Begge gruppene hadde en gjennomsnittlig vektreduksjon på 1 kg. Det var ingen forskjell i metabolske markører mellom gruppene. Studien viste at høyintensitetsgruppen

	hadde bedre opplevd livskvalitet, redusert angst- og depresjon, mindre smerter, økt aktivitetsnivå og høyere inntak av grønnsaker etter to år.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er relevant for oppgaven, da den omhandler motiverende intervju for vektreduksjon, med intervensjoner over en periode på to år. Det er relativt stor forskjell i intervensjonene høy- og lavintensitetsgruppen, der høyintensitetsgruppen får tettere oppfølging og råd til livsstilsendringer. • Studien viser ikke betydelig effekt av MI på vektreduksjon. • Deltakerne mottok tre individuelle MI-samtaler. Studien legger vekt på hyppige påminnelser på livsstilsendringer, i form av hyppige e-poster, SMS og lignende. • Studien tar for seg både fysiske og psykiske endringer etter to år. Intervensjonsgruppen har økt livskvalitet, og økt selvrapportert aktivitetsnivå. • Studien er etisk godkjent, og publisert i tidsskrift godkjent av NSD.

Tabell 6 Artikkelmatrise B

B: Referanse	Rodriguez-Cristobal, J. J., Alonso-Villaverde, C., Panisello, J. M., Travé-Mercade, P., Rodriguez-Cortés, F., Marsal, J. R., & Peña, E. (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. <i>BMC family practice, 18(1), 1-8.</i> https://doi.org/10.1186/s12875-017-0644-y
Hensikt	<ol style="list-style-type: none"> 1) Å undersøke om motiverende gruppeintervensjon basert på MI i tillegg til nåværende tradisjonell klinisk praksis, var mer effektivt enn tradisjonell praksis ved behandling av overvekt og fedme. Dette måles ved å se hvor stor andel som har vektreduksjon på over 5 %. 2) Å undersøke om intervensjonen reduserer kardiovaskulære risikofaktorer assosiert med overvekt og fedme.
Metode	Studien er en kvantitativ RCT. Den er utført som en klyngerandomisert multisenterstudie med to år oppfølging. Studien ble gjennomført i Spania, og hadde 864 deltakere med overvekt eller fedme i alderen 30-70 år. Deltakerne ble fordelt på 12 intervensjonsgrupper og 12 kontrollgrupper, med omtrent 20 deltakere per gruppe. Samtalene ble utført av en sykepleier som fikk opplæring av en ekspertpsykolog. Opplæringens fokus var rollespill der strategier for motivering til livsstilsendring ved overvekt og fedme ble tatt i bruk. Intervensjonsgruppen fikk totalt 32 gruppesamtaler basert på MI; annenhver uke de første 12 gangene, og deretter månedlig. I tillegg hadde de standardisert diett og treningsprogram. Kontrollgruppen hadde vanlig oppfølging. Dette innebar møte med lege hver tredje måned, der legen hver gang ga råd om livsstilsendringer, trening, hypokalorisk diett (1200-1500 kcal daglig). Antropometriske målinger (vekt, høyde og midjeomkrets) ble målt. Blodprøver ble tatt av begge gruppene i

	starten av intervensjonen, samt etter 12 og 24 måneder. Blodprøver ble analysert for triglyserider og kolesterol.
Resultat	Studien viser betydelig forskjell i vektreduksjon etter to år. Gjennomsnittlig vektreduksjon i intervensjonsgruppen var 2,5 kg, sammenlignet med kontrollgruppens 1,0 kg. Antall deltakere som reduserte kroppsvekt med over 5 %, var i kontrollgruppen 18,1 %, og 26,9 % i intervensjonsgruppen. I tillegg hadde intervensjonsgruppen større bedring i triglyserider og apolipoproteiner. 60 % og 47 % av deltakerne i henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppen fullførte studien.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Artikkelen har relevans til denne oppgaven, da den omhandler motiverende intervensjon basert på MI, der intervensjonene er utført av sykepleiere. • Studien undersøker effekt av gruppeintervensjon på vektreduksjon ved overvekt og fedme, og går over en relativt lang periode på to år. • Studien er etisk godkjent og publisert i tidsskrift godkjent av NSD.

Tabell 7 Artikkelmatrise C

C: Referanse	Porca, C., Rodriguez-Carnero, G., Tejera, C., Andujar, P., Casanueva, F. F., Crujeiras, A. B., & Bellido, D. (2021). Effectiveness to promote weight loss maintenance and healthy lifestyle habits of a group educational intervention program in adults with obesity: IGOBE program. <i>Obesity research & clinical practice</i>, 15(6), 570–578. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.10.003
Hensikt	Evaluere effekten av motiverende gruppeintervensjon ved fedme (IGOBE-intervensjon) for økt livskvalitet og opprettholdelse av vektreduksjon ved fedme, sammenlignet med tradisjonell praktisert behandling for vektreduksjon. Studien ønsker å måle endring i antropometriske faktorer og kroppssammensetning, samt analysere endringer i livsstil og vaner gjennom IGOBE-intervensjon.
Metode	Studien er en RCT, gjennomført i Spania. 437 deltakere med fedme ble randomisert i to grupper. Intervensjonsgruppen gjennomgikk et strukturert gruppeintervensjonsprogram for ernæringsundervisning ved fedme. IGOBE baseres på gruppebehandling av fedme, og følger prinsipper for et sunt kosthold, samt treningsresept og atferdsendring. Kontrollgruppen mottok tradisjonell praktisert behandling for vektreduksjon. Studien gikk over 12 måneder, der målinger ble gjort etter seks og 12 måneder. Intervensjonsgruppen fikk ukentlige samtaler i grupper på 15 deltakere, over en periode på seks uker, deretter oppfølgingsamtaler etter seks og 12 måneder. Tema for samtalene var positive livsstilsendringer, der kommunikasjon, interaktiv læring og aktiv deltakelse var fokus. De fikk verktøy for å registrere matinntak og aktivitet, samt ukentlige utfordringer for å opprettholde motivasjon. Antropometriske målinger, matvaner og kroppssammensetning ble analysert før og etter intervensjonen. Intervensjonsgruppen fikk sosial støtte

	gjennom e-post og tilgang til en nettside med informasjon og sunne matoppskrifter. I tillegg til førstegangsmøtet, fikk kontrollgruppen klinisk revisjonsbesøk av en sykepleier og en endokrinolog etter seks og 12 måneder. Ved disse besøkene mottok de råd for livsstilsendringer og diett. I begge gruppene var aktivitetsnivå, matvaner og diett målt ut fra spørreskjema. Matvaner ble målt ut fra tilnærming til middelhavskosthold.
Resultat	Etter 12 måneder intervensjon hadde intervensjonsgruppen en gjennomsnittlig vektreduksjon på -7,1 %. Kontrollgruppen hadde derimot en økning i vekt med 3,0 % i gjennomsnitt. Frafallsraten var 44,6 % i kontrollgruppen, og 43,4 % i intervensjonsgruppen. Antall deltakere som oppnådde signifikant vektreduksjon på over 5 %, var 5,2 % i kontrollgruppen og 56,5 % i intervensjonsgruppen. I intervensjonsgruppen gikk 16 deltakere over fra fedme til overvektig. Det var ingen endring i diett hos kontrollgruppen, mens intervensjonsgruppen gikk fra 7,4 % til 22,8 % med høy tilslutning til middelhavskosthold. Intervensjonsgruppen hadde større endring av vaner og livsstil enn kontrollgruppen. Antropometriske målinger viste tydelige forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen hadde signifikant større positiv endring i KMI, midjeomkrets, fettmasse og mengde visceralt fett. Mat- og aktivitetsvaner ble målt subjektivt ut fra skjema; «habit questionnaires» (HQ). Intervensjonsgruppen hadde økt aktivitetsnivå, som viste statistisk signifikant forskjell sammenlignet med kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen hadde positiv endring i matvaner, med en tydelig sammenheng mellom økning i HQ-skår og vektreduksjon.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er relevant for oppgaven ved å belyse effekten av motiverende intervensjon i gruppe for livsstilsendring og vektreduksjon hos personer med fedme. • Studien viser positive effekter av gruppeintervensjon sammenlignet med tradisjonell praktisert behandling, og finner sammenheng mellom endring i matvaner og vektreduksjon. • Studien er etisk godkjent og publisert i tidsskrift godkjent av NSD.

Tabell 8 Artikkelmatrise D

D: Referanse	Solbrig, L., Whalley, B., Kavanagh, D. J., May, J., Parkin, T., Jones, R., & Andrade, J. (2019). Functional imagery training versus motivational interviewing for weight loss: a randomised controlled trial of brief individual interventions for overweight and obesity. <i>International journal of obesity</i> (2005), 43(4), 883–894. https://doi.org/10.1038/s41366-018-0122-1
Hensikt	Å sammenligne effekten av Motiverende intervju (MI) og «Functional Imagery Training» (FIT) for vektreduksjon over en intervensjonsperiode på seks måneder, samt undersøke opprettholdelse av vektreduksjon ett år etter oppstart.

Metode	<p>Studien er en RCT gjennomført i Storbritannia. 141 deltakere ble rekruttert. Deltakere ble randomisert i enten MI-intervensjon, eller intervensjon med «Functional Imagery Training» (FIT-intervensjon). FIT kan oversettes til funksjonell visualiseringstrening, som innebærer levende mentale bilder for å oppnå ønsker og mål. Deltakerne innarbeidet visualisering som en vane ved å forestille seg handlingsplan og mål før gjennomføring av handling.</p> <p>Intervensjonene hadde tilnærmet lik mengde oppfølging og innhold. Første samtale innebar blant annet agenda, målsetting og tidligere erfaring med vektreduksjon i begge intervensjonsgruppene. Det ble utarbeidet en plan for oppnåelse av mål. Første samtale hadde varighet på omtrent én time, og andre samtale var per telefon en uke senere og varte i snitt 35 minutter. «Booster»-telefonsamtaler ble så gjennomført hver fjortende dag i tre måneder, og deretter månedlig fram til seks måneder etter oppstart. FIT-intervensjonen innebar trening i visualiseringsøvelser ved alle intervensjoner. Gruppen fikk også tilgang på en motiverende app, og en lydfil som guidet dem i visualisering av hvordan de kan nå dagens mål, og hvor godt det vil føles å lykkes. Hos MI-deltakerne, var terapeuten bevisst på å ikke framkalle visualisering, og unngikk språk som sannsynligvis ville utløse det. MI-deltakerne fikk et hefte med sine målsettinger og plan som de selv hadde utarbeidet i første møte. De ble oppfordret til å jevnlig se på denne og gjøre eventuelle endringer. Livsstilsråd eller opplæring i livsstilsendring ble ikke gjort i noen av gruppene. Studien målte resultater i vektreduksjon, KMI og midjeomkrets, i tillegg til spørreskjema om livskvalitet; GQOL.</p>
Resultat	<p>Av 141 deltakere, deltok 114 på analyser etter seks måneder, og 112 (79,43 %) på oppfølgingsanalyser etter 12 måneder. FIT-intervensjonen hadde større vektreduksjon enn MI-gruppen. Etter seks måneder hadde FIT-gruppen en gjennomsnittlig vektreduksjon på 4,11 kg, og redusert midjeomkrets på 7,02 cm. MI-gruppen hadde henholdsvis reduksjon på 0,74kg og 2,72 cm. Klinisk signifikant vektreduksjon (>5 % av initialvekt), ble oppnådd av 71 % i FIT-gruppen, og 23 % i MI-gruppen. Forskjellen økte ved kontroll etter endt intervensjon 12 måneder senere. Etter 12 måneder var gjennomsnittlig vektreduksjon 6,44 kg hos FIT-gruppen, mens MI-gruppens gjennomsnittlige vekt var relativt stabil 12 måneder etter oppstart.</p> <p>Begge gruppene bedre opplevd livskvalitet sammenlignet med før intervensjonen. Resultatene i GQOL-skår viste sikker forskjell mellom intervensjonsgruppene etter seks måneder, der FIT-gruppen hadde bedre opplevd livskvalitet.</p>
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er relevant for oppgaven da den omhandler motivering til livsstilsendring av personer med overvekt og fedme, og sammenligner MI- og FIT-intervensjon.

	<ul style="list-style-type: none"> • Studien antyder vedvarende effekt av FIT-intervensjon, da siste målinger blir tatt seks måneder etter siste kontakt med terapeut. • Studien er etisk godkjent og publisert i tidsskrift godkjent av NSD.
--	---

Tabell 9 Artikkelmatrise E

E: Referanse	<p>Lin, C. H., Chiang, S. L., Heitkemper, M. M., Hung, Y. J., Lee, M. S., Tzeng, W. C., & Chiang, L. C. (2016). Effects of telephone-based motivational interviewing in lifestyle modification program on reducing metabolic risks in middle-aged and older women with metabolic syndrome: A randomized controlled trial. <i>International journal of nursing studies</i>, 60, 12–23.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.003</p>
Hensikt	<ol style="list-style-type: none"> 1) Finne effekten av individuell, telefonbasert motiverende intervju for livsstilsendring, hos middelaldrende og eldre kvinner diagnostisert med metabolsk syndrom, der intervjuene er gjennomført av en erfaren sykepleier. 2) Sammenligne A) motiverende intervju med B) en veiledningstime i livsstilsendring samt en brosjyre, og C) tradisjonell praktisert behandling.
Metode	<p>Studien er en RCT-studie gjennomført i Taiwan over tre måneder. 115 kvinner i alder over 40 år med metabolsk syndrom ble randomisert i tre grupper. Gruppen som mottok MI over telefon (intervensjonsgruppen) fikk ukentlige MI-samtaler med fokus på å øke aktivitetsnivå. Samtalene ble utført av erfaren sykepleier. Empowerment og økt motivasjon og engasjement var et mål for hver samtale. Gruppe B mottok én veiledningstime og en brosjyre med råd for livsstilsendring. Gruppe C fikk tradisjonell praktisert behandling for personer med metabolsk syndrom, som innebar rutinemessig oppfølging for sin tilstand.</p> <p>Fysisk aktivitet ble målt subjektivt ut fra et spørreskjema, som målte mengde gåing, fysisk trening med moderat og høy intensitet, samt total fysisk aktivitet.</p> <p>Bloodprøver og målinger ble tatt for å analysere risikofaktorer for metabolsk syndrom (metabolske risikofaktorer); hypertensjon, forhøyet fastende blodglukose, høye verdier for triglyserider, redusert HDL-kolesterol, og bukfedme. Dette ble målt før og etter intervensjonen.</p>
Resultat	<p>100 av 115 kvinner fullførte studien. Dette utgjør 89,5 % i intervensjonsgruppen, 84,2 % i gruppe B, og 87,2 % i gruppe C. Det ser ut som intervensjonsgruppen hadde økt aktivitetsnivå etter intervensjonen, men økningen var ikke statistisk signifikant. Total fysisk aktivitet økte fra 1609 minutter per uke til 1892 min/uke. Gruppe B og C hadde reduksjon i totalt fysisk aktivitetsnivå etter intervensjonsperioden.</p> <p>Intervensjonsgruppen hadde økt aktivitetsnivå som var statistisk signifikant sammenlignet med gruppe C, men det var ingen</p>

	<p>forskjell i aktivitetsnivå mellom intervensjonsgruppen og gruppe B. Andel kvinner med metabolsk syndrom ble redusert fra 100% til 81,6 % i intervensjonsgruppen, og antall metabolske risikofaktorer reduseres fra 4,0 til 3,6. Gruppe B og C hadde ikke redusert forekomst av metabolsk syndrom etter intervensjonen. Gruppe B hadde ingen forskjell i metabolske risikofaktorer, mens gruppe C hadde en økning fra 4,4 til 4,6 risikofaktorer. HDL-kolesterol og bukfedme ble redusert hos intervensjonsgruppen, og endringen var statistisk signifikant sammenlignet med gruppe B og C.</p>
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er relevant da den viser effekten av MI for økt fysisk aktivitet. • Intervensjonen er utført av en trent sykepleier med erfaring innen metabolsk kontroll og trening. • Studien viser endringer av metabolske risikofaktorer etter livsstilsendring og tendens til økt fysisk aktivitet, og sammenligner dette med en gruppe (B) som får litt informasjon om livsstilsendringer, og en gruppe (C) som får rutinemessige kontroller hos lege. • Intervensjonens varighet er relativt kort og viser ikke eventuelle langsiktige effekter av intervensjonene. • Studien er publisert i tidsskrift godkjent av NSD

Tabell 10 Artikkelmatrise F

F: Referanse	<p>Sevild, C. H., Niemiec, C. P., Bru, L. E., Dyrstad, S. M., & Husebø, A. (2020). Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: a qualitative study. <i>BMC public health</i>, 20(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09111-8</p>
Hensikt	<p>Undersøke hvilke faktorer som deltakere ved en frisklivssentral anser som viktige for initiativ og opprettholdelse av livsstilsendringer, økt fysisk aktivitet og sunnere kosthold.</p>
Metode	<p>Studien er en kvalitativ studie med semistrukturerte individuelle intervju, gjort ved en norsk frisklivssentral. 14 deltakere (8 kvinner og 6 menn) mellom 20 og 61 år ble rekruttert i intervjustudien. Intervjuenes hensikt var å avdekke brukernes opplevelser av endret helseatferd etter deltakelse på frisklivssentral, og hvilke faktorer som motiverer til økt fysisk aktivitet og bedre kosthold. Deltakere i studien ble rekruttert via deltakelse i en multimetodestudie som gikk over 12 måneder ved frisklivssentralen.</p>
Resultat	<p>Tre hovedtema kom fram gjennom intervjuene. 1) motiv bak initiering og opprettholdelse av livsstilsendring sammen med viktigheten av et relasjonsstøttende miljø for å fremme kompetanse i å oppnå en sunn livsstil. 2) strategier for å takle utfordringer og potensielle fallgruver som ble assosiert med dårlige opplevelser og livshendelser. 3) Spesifikke ferdigheter som var nyttige i å ta initiativ og å opprettholde livsstilsendringer.</p>

	Resultatene belyser viktigheten av oppnåelige mål for at initiativ til livsstilsendringer og opprettholdelse av disse. Det vektlegges at målene må være regulert etter autonom motivasjon og egenverdi.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er relevant for oppgaven da den intervjuer brukere ved en frisklivssentral. • Studien belyser viktigheten av indre motivasjon for endring, og oppnåelige målsettinger. • Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte at studien ikke trengte etisk godkjenning. • Studien er publisert i tidsskrift godkjent av NSD.

Tabell 11 Artikkelmatrise G

G: Referanse	Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., & Bratås, O. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals. <i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i>, 13(1), 1-15. https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1492291
Hensikt	Undersøke hvordan helsepersonell opplever brukerinvolvering på individnivå, og hvordan de beskriver involvering av brukere på frisklivssentraler.
Metode	Kvalitativ studie med semistrukturert fokusgruppeintervju av helsepersonell ved norske frisklivssentraler. Deltakere var ansatte både fra nyopprettede og veletablerte frisklivssentraler, i større og mindre byer i Norge. Et inklusjonskriterie var at helsepersonell hadde erfaring med både individuell- og gruppeoppfølging til livsstilsendring. Fire fokusgruppeintervju av 23 helsepersonell ble gjennomført. Fire tema ble vektlagt i intervjuene: 1) brukerinvolvering gjennom motiverende intervju, 2) hvordan bygge en god og tillitsfull relasjon, 3) vurdere og tilpasse seg til brukernes behov og livssituasjon, 4) styrke brukerens eierskap og deltakelse i sin prosess i livsstilsendring.
Resultat	MI ble beskrevet som en metode for å sikre brukerinvolvering. I tillegg kommer det fram at tillit, respekt og samarbeid, med nok tid til relasjonsbygging, er essensielt for brukerinvolvering. Deltakerne understreker viktigheten av å involvere brukerne som likeverdige partnere, slik at brukerne opplever å bli sett, hørt og respektert. Individualisert behandlingsopplegg ble også vektlagt, slik at behandlingen foregår på brukerens premisser og ønsker.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er relevant for oppgaven, da den vektlegger sykepleieperspektiv av oppfølging ved frisklivssentraler. • Studien diskuterer MI som metode ved livsstilsendring, og vektlegger brukerinvolvering. • Studien er en kvalitativ studie gjort på helsepersonell ved en frisklivssentral, og fokuserer på motiverende intervju og motivasjon for endring. Den tar for seg helsepersonells erfaringer for endringsprosesser og motivasjon ved oppfølging på frisklivssentraler.

	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er etisk godkjent og publisert i tidsskrift er godkjent av NSD.
--	---

Tabell 12 Artikkelmatrise H

H: Referanse	Salemonsens, E., Førland, G., Saetre Hansen, B., & Holm, A. L. (2020). Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres-A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. <i>Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy</i>, 23(5), 1376–1386. https://doi.org/10.1111/hex.13129
Hensikt	Undersøke hvordan brukere med overvekt og fedme ved frisklivssentraler opplever brukerinvolvering og støtte til selvledelse.
Metode	Kvalitativ semistrukturert dybdeintervjustudie, gjort ved norske frisklivssentraler. 13 deltakere (5 menn og 8 kvinner) fra fem ulike frisklivssentraler ble intervjuet. Inklusjonskriterier var voksne med overvekt eller fedme, i alderen 18 til 80 år som hadde kontaktet frisklivssentralen for å endre sine kostholds- og aktivitetsvaner. Data ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat	Artikkelen drar fram et hovedfunn: gjenvinne selvtillit og verdighet gjennom aktiv involvering og langsiktig støtte til egenverd i samarbeid med andre. Dette hovedtemaet bestod av fire temaer: a) Tro på egen mestringsevne gjennom aktiv involvering og opplevelse av bedre helse, b) verdsettelse av helsepersonell, anerkjennelse, likeverd og individuell støtte, c) økt motivasjon og selvtillit gjennom fellesskap og støtte fra andre deltakere, og d) opprettholdelse av livsstilsendring og langsiktig støtte. Deltakere oppgir økt selvtillit, verdighet og motivasjon etter oppfølging. Støtte av helsepersonell og andre brukere vektlegges.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er relevant for oppgaven, da den belyser brukeres opplevelse av brukerinvolvering og effekt av oppfølgingen i frisklivssentraler. • Studien belyser viktigheten av støtte fra helsepersonell og andre deltakere for økt selvtillit, mestring, motivasjon og opprettholdelse av livsstilsendring. • Studien fulgte retningslinjer i Helsinkideklarasjonen, og ble registrert og godkjent av NSD. • Studien er publisert i tidsskrift godkjent av NSD.

3.2. Presentasjon av resultater

Hovedtemaene funnet i forskningsartiklene presenteres i en oversiktstabell

Tabell 13 Hovedtema

Hovedtema	Knyttet til artikkel
Motiverende intervju og gruppeintervensjoner for livsstilsendring	A, B, C, D, E, G,
Metabolske risikofaktorer og livskvalitet	A, B, C, D, E
Brukerinvolvering og motivasjon	F, G, H

3.2.1. Motiverende intervju og gruppeintervensjoner

Av åtte utvalgte artikler, omhandler fem studier MI som metode for livsstilsendring (Bräutigam-Ewe et al., 2020; Lin et al., 2016; Rodriguez-Cristobal et al., 2017; Sagsveen et al., 2018; Solbrig et al., 2019). To studier omhandler motiverende gruppeintervensjon for livsstilsendring (Porca et al., 2021; Solbrig et al., 2019). Sagsveen et al. (2018) omtaler MI som en del av oppfølgingen ved frisklivssentraler. Ansatte ved frisklivssentraler understreker viktigheten av god kvalitet på MI-samtalen for å oppnå motivasjon til livsstilsendring. Det var ønskelig å finne studier der intervensjoner var utført av sykepleiere, der tre studier ble utvalgt (Bräutigam-Ewe et al., 2020; Lin et al., 2016; Rodriguez-Cristobal et al., 2017).

Lin et al. (2016) finner tendens til økt aktivitetsnivå hos intervensjonsgruppen, mens tre andre studier oppnår vektreduksjon (Porca et al., 2021; Rodriguez-Cristobal et al., 2017; Solbrig et al., 2019). Lin et al (2016) har alle samtaler over telefon, og Solbrig et al. (2019) har de fleste samtaler over telefon. Begge studiene viste positive resultater for henholdsvis aktivitetsvaner og vektreduksjon. Motiverende gruppeintervensjoner i Porca et al. (2021) og Rodriguez-Cristobal et al. (2017) antyder at vektreduksjon og opprettholdelse er mer sannsynlig ved gruppeintervensjon enn tradisjonell praktisert behandling. Både Rodriguez-Cristobal et al. (2017) og Bräutigam-Ewe et al. (2020) ser på effekten av MI over en toårs-periode. I motsetning til Rodriguez-Cristobal et al. (2017), som finner gjennomsnittlig vektreduksjon på 2,5 kg, oppnår ikke Bräutigam-Ewe et al. (2020) vesentlig forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Til sammenligning med Rodriguez-Cristobal et al. (2017), fant Porca et al. (2021) en vektreduksjon på -7,1 % hos intervensjonsgruppen med motiverende gruppesamtaler, sammenlignet med kontrollgruppens vektøkning på 3,0 % etter 12 måneder.

En studie sammenlignet effekten av MI- og MI kombinert med visualiseringsteknikker (FIT) (Solbrig et al., 2019). Studien viste at FIT-intervensjon var mer effektiv for vektreduksjon, sammenlignet med MI alene. FIT-intervensjon ga ytterligere vektreduksjon også seks måneder etter endt oppfølging, til motsetning fra MI-intervensjon.

3.2.2. Livsstilsendring, metabolske risikofaktorer og livskvalitet

Tre studier fant reduksjon i metabolske risikofaktorer. Rodriguez-Cristobal et al. (2017) foreslår at motiverende intervensjon for vektreduksjon reduserer risiko for hjertekarsykdom ved overvekt eller fedme. De fant større forbedring i triglyserider og

apolipoproteiner hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Samtidig hadde intervensjonsgruppen større andel som oppnådde klinisk signifikant vektreduksjon. Til sammenligning, fant Porca et al. (2021) klinisk signifikant vektreduksjon hos 56,5 % i intervensjonsgruppen, mot 5,2 % i kontrollgruppen. Studien fant også redusert midjeomkrets og flere positive livsstilsendringer, sammenlignet med kontrollgruppen. Lin et al. (2016) hadde lignende funn, der MI-intervensjonen ga reduksjon i metabolske risikofaktorer. Endring i antall risikofaktorer hos intervensjonsgruppen var betydelig sammenlignet med kontrollgruppene, med en reduksjon fra 4,0 til 3,6.

Solbrig et al. (2019) undersøkte selvrapportert livskvalitet etter MI- eller FIT-intervensjon. Begge gruppene hadde økt livskvalitet seks måneder etter oppstart. Imidlertid var det signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppene, der FIT-gruppen hadde bedre opplevd livskvalitet. Bedret livskvalitet i tillegg til reduksjon av angst/depresjon og smerte/ubehag ble også funnet av Bräutigam-Ewe et al. (2020). Til sammenligning, opplevde brukere ved frisklivssentral økt selvtillit og velvære etter oppfølgingen (Salemonsens et al., 2020; Sevild et al., 2020).

3.2.3. Brukerinvolvering og motivasjon

Tre av åtte artikler er kvalitative intervjustudier gjort ved frisklivssentraler (Sagsveen et al., 2018; Salemonsens et al., 2020; Sevild et al., 2020). Førstnevnte studie intervjuer helsepersonell ved frisklivssentraler, og de to sistnevnte intervjuer brukere. Deltakere i Sevild et al. (2020) omtaler å finne sin indre motivasjon til livsstilsendring som en sentral motivasjonsfaktor. Verdien av økt kompetanse og autonome målsettinger for initiering og opprettholdelse av livsstilsendring omtales som kilde til motivasjon. Deltakerne understreker viktigheten av å danne egne definisjoner på vellykket livsstilsendring. Salemonsens et al. (2020) finner at brukere av frisklivssentraler verdsetter høy grad av involvering i egen livsstilsendring. Sagsveen et al. (2018) beskriver MI som bygger opp under gjensidig respekt, brukerinvolvering og -medvirkning.

Brukere ved frisklivssentraler omtaler et relasjonsstøttende miljø ved norske frisklivssentraler som en viktig motivasjonsfaktor (Salemonsens et al., 2020; Sevild et al., 2020). Deltakere i studien til Sevild et al. (2020) opplever andre brukere og helsepersonell ved frisklivssentralen som viktige støttespillere i prosessen med livsstilsendring. Helsepersonell anses som kunnskapsrike og betryggende for å håndtere ambivalens og øke kompetanse og motivasjon. Både Sevild et al. (2020) og Salemonsens et al. (2020) omtaler fellesskapet med andre brukere som en faktor til økt motivasjon, støtte og selvtillit.

4. Diskusjon

4.1. Effekt av motiverende intervju for livsstilsendring ved overvekt og fedme

I dette kapitlet drøftes og trekkes det sammenhenger mellom oppgavens teori og resultatkapitlet. Drøftingens hensikt er å besvare oppgavens problemstilling:

Hvordan kan sykepleier anvende motiverende intervju ved livsstilsendring hos voksne med overvekt og fedme?

4.1.1. Motiverende intervju for vedvarende livsstilsendring

Hensikten med MI er å framkalle brukerens motivasjon for endring. For mange er det utfordrende å opprettholde livsstilsendringer over tid, der mangel på motivasjon anses som en årsak for tilbakefall (Grimsbø, 2016b, s. 231; Teixeira et al., 2012). Kortere intervensjoner med MI har tilsynelatende god effekt på livsstilsendringer (Teixeira et al., 2012). Kortsiktig effekt framstilles også i Lin et al. (2016), der redusert sykdomsrisiko og tendens til økt aktivitetsnivå var resultat av sykepleierintervensjonen. En kan stille spørsmål til om endringene vedvarte over tid, da studiens varighet var relativt kort. Bräutigam-Ewe et al. (2020) fant derimot ikke betydelige livsstilsendringer etter to år med intervensjon som innebar MI-samtaler. Funn fra disse to studiene kan tyde på god kortsiktig effekt, og redusert langsiktig effekt ved MI i livsstilsendring.

Helsepersonell omtaler MI som en kompleks ferdighet (Sagsveen et al., 2018). For å opparbeide gjensidig tillit, er det viktig å se brukeren som en likeverdig part i veiledningen. Kvaliteten på det motiverende intervjuet er derfor viktig for resultatet av livsstilsendringen, og det kreves erfaring å bli god på ulike ferdigheter ved MI, som aktiv lytting og bekreftende oppmuntring (Miller & Rollnick, 2013, s. 48). I veiledning til livsstilsendring, er det viktig at sykepleier møter bruker der han er i sin prosess for endring (Eide & Eide, 2017, s. 263). I en god MI-samtale er det viktig å ha forståelse for brukerens perspektiv på sin tilstand, og anerkjenne brukerens ambivalens som en naturlig del av endringsprosessen (Miller & Rollnick, 2013, s. 6). Sykepleiere som gjennomførte MI i studien til Bräutigam-Ewe et al. (2020), gjennomgikk to dager med trening i MI i forkant av intervensjonene, i tillegg til én dag med samtaletrening med en MI-lærer. Sykepleierne i Rodriguez-Cristobal et al. (2017), mottok MI-trening av en ekspertpsykolog. Gjennom flere samlinger som inkluderte praktisk trening med rollespill, fikk de opptrening i gruppebasert MI for livsstilsendring ved overvekt og fedme. Da Rodriguez-Cristobal et al. (2017) sin studie viste positive resultater ved sykepleierintervensjon med MI, og Bräutigam-Ewe et al. (2020) ikke gjorde det, kan opplæringen ha hatt betydning. Det framstår som at sykepleiere i Rodriguez-Cristobal et al. (2017) hadde mer opptrening, og av mulig høyere kvalitet, da undervisningen var av en trent ekspertpsykolog. Større fokus på rollespill kan ha medført økt kompetanse hos sykepleiere i denne studien, sammenlignet med Bräutigam-Ewe et al. (2020). Sagsveen et al. (2018) underbygger viktigheten av erfaring for å lykkes med MI ved livsstilsendring. Samtidig understreker Miller og Rollnick (2013, s. 32-35) at veileders kommunikasjonsferdigheter er viktig. Ferdigheter innen aktiv lytting, bekreftende kommunikasjon og rådgiving anses som viktige faktorer som oppfordrer til refleksjon og

understøtter personens ressurser og selvtillit. På grunnlag av dette, kan trolig mangel på opplæring og lite erfaring påvirke effekten av MI.

Selv om livsstilsendring ikke ble resultat i Bräutigam-Ewe et al. (2020), oppga intervensjonsgruppen forbedret livskvalitet, samt redusert angst og depresjon. Dersom man ser på livskvalitet, ga derfor intervensjonen positive resultater. MI-gruppen i studien til Solbrig et al. (2019) oppnådde heller ikke betydelig vektreduksjon etter seks eller 12 måneder. Deltakerne hadde til sammenligning med Bräutigam-Ewe et al. (2020) også bedre opplevd livskvalitet etter MI-intervensjon. På en annen side kan det diskuteres om studien til Bräutigam-Ewe et al. (2020) er relevant vedrørende effekt av MI, da høyintensitetsgruppen kun mottok tre MI-samtaler. Review-studien til Teixeira et al. (2012) hevder at for å lykkes med livsstilsendring, kreves «booster»-oppfølging over tid. Med andre ord, er det ofte nødvendig med jevnlig oppfølgingsamtaler over en lang periode for å opprettholde motivasjon. MI anbefales av helsedirektoratet som metode ved veiledning til livsstilsendringer, og anvendes i stor grad ved norske frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2017). Deltakere på frisklivssentraler opplever økt livskvalitet etter oppfølging som innebærer MI (Salemonsens et al., 2020; Sevid et al., 2020). Dette gjenspeiles også i Bräutigam-Ewe et al. (2020) og Solbrig et al. (2019), der økt livskvalitet var et resultat av MI og FIT. Da aktiv lytting og bekreftende oppmuntring er sentrale ferdigheter i MI, kan dette antyde at brukere nytter godt av å bli hørt og anerkjent, og at den motiverende samtaleformen øker selvtillit og velvære (Miller & Rollnick, 2013, s. 32–33). I en MI-samtale skal sykepleier anerkjenne og synliggjøre personens verdi, ressurser og innsats. Når det gjelder livskvalitet, framstår MI som virkningsfullt. På den andre siden, kan det stilles spørsmål til om MI som metode alene er hensiktsmessig for vedvarende livsstilsendring.

4.1.2. Individuell- og gruppebasert motivasjonsintervensjon

Mengde, metode og intensitet på oppfølgingen har tilsynelatende betydning for vedvarende livsstilsendring. Deltakerne i Rodriguez-Cristobal et al. (2017) sin studie hadde 32 MI-samtaler i gruppe, utført av sykepleier som var trent i MI. Studien fant betydelig vektreduksjon sammenlignet med kontrollgruppen. Vektreduksjonen var fortsettende fra kontroll etter ett år, til kontroll etter to år. Porca et al. (2021) fant også vektreduksjon og økt livskvalitet etter motiverende gruppesamtaler med ukentlig oppfølging i seks uker. Gruppeintervensjonene i begge studiene viste tydelige vektreduksjon, noe som kan antyde at gruppen i seg selv hadde positiv innvirkning på individenes resultat. Samtidig fant både Porca et al. (2021) og Rodriguez-Cristobal et al. (2017) betydelig flere deltakere med klinisk signifikant vektreduksjon hos intervensjonsgruppene, sammenlignet med kontrollgruppene. Klinisk signifikant vektreduksjon kan bedre helse (Helsedirektoratet, 2011). Funn i disse studiene antyder at gruppeintervensjon kan forsterke effekten av MI. De kvalitative intervjustudiene til Sevid et al. (2020), og Salemonsens et al. (2020) underbygger dette. Brukere ved frisklivssentraler omtaler fellesskapet og samholdet mellom deltakerne på frisklivssentralen som viktig. Deltakerne mener at oppmuntring av andre brukere, og forpliktelsen til gruppene i frisklivssentralen skaper motivasjon (Salemonsens et al., 2020). Brukerne oppgir positive livsstilsendringer og økt livskvalitet etter oppfølgingen, noe som underbygger positiv effekt av gruppeintervensjon.

Det kan diskuteres om gruppens påvirkning kan anses som en ytre motivasjonsfaktor. Brukere opplever høy grad av motivasjon gjennom oppfølgingen, men det kan tenkes at motivasjonen avtar med tiden og resulterer i tilbakefall til gamle vaner. Dette støttes av Deci og Ryan (1985, s. 273-278), som antyder kort varighet av livsstilsendring etter endt

oppfølging, der mange får tilbakefall. Ytre motivasjon kan imidlertid integreres til selvbestemt atferd. Da vil handlinger oppleves som indre motiverte, der personens egne verdier og mål er styrende for handlingen. Deltakere i Sevild et al. (2020) beskriver et høyt fokus på autonome målsettinger ved frisklivssentralen. Deltakerne anser det som verdifullt å sette egne mål på hva som er suksess, der mange finner motivasjon i ønsket om bedre livskvalitet og helse. Dette kan medføre økt eierskap til livsstilsendringen, men for at endringen skal vedvare, må den integreres (Deci & Ryan, 1985, s. 276–278). Integreert endring, er endring som vedvarer etter avsluttet oppfølging. Fokus på autonome målsettinger ved frisklivssentraler, kan medvirke til at brukeren danner sitt eget grunnlag, og oppnår indre motivasjon for endring. Dersom ytre motivasjon fra frisklivssentralen integreres, har brukeren et godt grunnlag for integreert endring, og dermed vedvarende livsstilsendring.

Strategier som hjelper brukeren til å opprettholde livsstilsendring etter intervensjon synes å være viktig. Solbrig et al. (2019) fant større vektreduksjon hos intervensjonsgruppen med FIT-intervensjon, sammenlignet med MI-intervensjon. FIT-intervensjon viste fortsettende vektreduksjon seks måneder etter intervensjon. Selv om økt livskvalitet ble rapportert hos MI-gruppen, var forbedringen større i FIT-gruppen. Kvaliteten på MI-samtalene kan allikevel diskuteres, da terapeuten i MI-gruppen bevisst unngår å bruke ord som oppfordrer til visualisering. I Sevild et al. (2020) sin studie, fremkommer det at enkelte brukere har behov for å benytte kognitive teknikker i MI-samtalen for å endre helseatferd. Her nevnes blant annet visualisering av positive utfall av livsstilsendringen. Ved å bevisst unngå visualisering i MI-samtaler, som Solbrig et al. (2019), vil man kunne redusere effekten av MI. Miller og Rollnick (2013, s. 176-177) underbygger dette. Dersom endring virker usannsynlig per nå, kan man framkalle motivasjon ved å oppfordre brukeren til å visualisere ytterpunktene av konsekvenser for sin atferd. Sykepleier kan utfordre brukeren til å se for seg verst mulig utfall ved uendret atferd. I det positive ytterpunktet kan en undersøke hva brukeren ser for seg som best tenkelig utfall i framtiden, ved vellykket livsstilsendring. Mimring omtales også som et virkemiddel for å framkalle motivasjon, der brukeren kan visualisere livet før problemer relatert til fedme og overvekt oppsto. FIT-intervensjonens suksess fremhever viktigheten av at brukere lærer seg mestringsteknikker som kan anvendes i hverdagen (Solbrig et al., 2019). Ved hjelp av visualiseringsteknikker, kan brukeren lære seg å overkomme motgang, og bli sin egen terapeut. Levende bilder på ønsker og mål kan samtidig øke lyst på endring og mestring. Brukere lærer seg å bli selvhjulpne og uavhengig av veiledning fra sykepleier, noe som forsterker autonomi, selvtillit og selvbestemmelse. Dette framkommer også i Solbrig et al. (2019) og Sevild et al. (2020) da visualisering anvendes som en del av MI-samtalen. Visualisering kan dermed oppfattes som en viktig del av MI for å framkalle indre motivasjon.

4.1.3. Brukerinvolvering og selvbestemmelse ved frisklivssentraler

Selvbestemmelsesteorien er et godt grunnlag i utøvelse av MI, da teorien vektlegger sammenhengen mellom selvbestemmelse og indre motivasjon (Deci & Ryan, 1985, s. 32; Teixeira et al., 2012). Teorien kan øke forståelsen for atferdsendring ved veiledning. I samtaler der sykepleier anvender MI for livsstilsendring, ønsker man å hjelpe brukeren til å finne indre motivasjon og sette egne mål. Livsstilsendring er en omfattende prosess. Personlig utvikling krever læring og tilpasning til nye vaner, der indre motivasjon er en drivkraft (Deci & Ryan, 1985, s. 43). Å danne sin egen definisjon på hva som er suksess og mestring kan ifølge helsepersonell bidra til vellykket livsstilsendring (Sevild et al., 2020). Dette underbygges av Sagsveen et al. (2018). Brukernes eierskap til egen

livsstilsendingsplan omtales som en viktig faktor for motivasjon og vedvarende livsstilsendring. Ved å sette egne mål, er sannsynligheten større for at målene er indre motiverte. Indre motivasjon øker igjen sannsynlighet for langvarig endring (Deci & Ryan, 1985, s. 43).

I studien til Sagsveen et al. (2018) kommer det fram at å involvere brukere som likeverdige partnere i prosessen skaper tillitsfulle relasjoner. Slik brukerinvolvering styrker autonomi og eierskap til egen livsstilsendring. Brukerinvolvering er derfor viktig for indre motivasjon, og er et grunnleggende prinsipp ved frisklivssentraler (Salemonsens et al., 2020). Frisklivssentraler oppfordrer brukere til aktiv deltakelse (Sagsveen et al., 2018). Dette krever at brukerne selv tar ansvar i livsstilsendringen. Brukere omtaler ansvaret som å vinne tilbake kontrollen (Salemonsens et al., 2020). Ved å ta kontroll og initiere til livsstilsendring, oppleves det lettere å opprettholde livsstilsendringene. Oppfordring til deltakelse motiverer til positiv forpliktelse. Dette gjenspeiles i Sagsveen et al. (2018). MI omtales som et verktøy for å sikre brukerinvolvering, skape trygghet og gjensidig respekt, da samtalen bygger på brukerens ønsker, verdier og motivasjon. Brukerinvolvering medfører økt eierskap og selvbestemmelse vedrørende eget helseprosjekt og livsstilsendring. Selvbestemte handlinger øker sannsynligheten for å lykkes (Deci & Ryan, 1985, s. 29). Brukerinvolvering innebærer medvirkning i egen behandling. Brukermedvirkning er lovfestet, og brukeren har rett til å medvirke til gjennomføring av egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 3-1). Det er viktig at sykepleier etterfølger lovverket, og ved å involvere brukeren i oppfølgingen, sikres dette. Ansvarliggjøring og involvering av brukere kan gi opplevelse av selvbestemmelse, og medvirke til vedvarende livsstilsendringer ved å støtte opp under indre motivasjon.

Frisklivssentraler er et frivillig tilbud som brukere enten kan oppsøke selv, eller henvises til av helsepersonell. Dette kan påvirke motivasjonen. Dersom oppfølging på frisklivssentral er ytre motivert, kan det virke inn på effekten av MI og resultatet av livsstilsendringen. Dersom indre motivasjon er lav, vil varig livsstilsendring være mindre sannsynlig (Deci & Ryan, 1985, s. 239). Ytre motivert handling kan oppstå av et ubevisst behov for bekreftelse eller kjærlighet av andre, eksempelvis familiemedlemmer, samfunnet, sykepleier eller fastlege. Skyld og skam er en selvpåført straff som stammer fra disse behovene. Dermed kan en henvisning eller oppfordring om å oppsøke frisklivssentral anses som en ytre motivasjonsfaktor. Ytre motivert handling minsker sannsynligheten for at brukeren lykkes med livsstilsendringen, da handlingen må integreres før endringen vedvarer.

Langtidseffektene av frisklivssentraler kan også diskuteres. Artikkelen til Samdal og Meland (2022) diskuterer frisklivssentralenes innvirkning på folkehelse og livsstilsendring. Det trekkes fram at enkelte studier ikke oppnår livsstilsendring etter oppfølging, og at effekter avtar over tid i andre studier. Å forbedre folkehelse og minske risiko for livsstilssykdom var en årsak til opprettelse av frisklivssentraler. Det finnes i dag ikke indikasjoner fra forskningen om at sosiale helseforskjeller er utjevnet som resultat av frisklivssentraler. Videre understreker forfatterne viktigheten av å støtte opp under autonomi og selvreguleringsferdigheter; herunder målsetting og kontroll over egen atferd. Igjen framkommer altså viktigheten av å bygge opp under brukerens ressurser for selvbestemmelse for vellykket livsstilsendring.

Da effekten av frisklivssentraler er usikker, oppfordrer Samdal og Meland (2022) til en standardisering av frisklivssentralenes tilbud. Dette finnes ikke i dag, og kan være nyttig

da resultater blir tydeligere ved en standardisert oppfølging. Ut fra funn i denne oppgaven, kan gruppebasert MI være en hensiktsmessig metode for livsstilsendringer, sammenlignet med individuelle samtaler. Samtidig kan det være usikkert om langtidseffektene av gruppeintervensjoner er bedre enn individuell intervensjon. Det at brukeren lærer seg strategier og teknikker som kan anvendes i hverdagen synes å ha betydning. Positiv visualisering ser ut til å være virkningsfullt i kombinasjon med MI (Deci & Ryan, 1985; Solbrig et al., 2019). Ved at brukeren tillegger seg mestringsstrategier som kan anvendes ved ambivalens eller andre utfordringer i hverdagen, kan opplevelse av kontroll og tro på egen mestringssevne forsterkes. Dersom bruker selvstendig overkommer hinder i prosessen med livsstilsendring, kan indre motivasjon og selvbestemmelse øke. Frisklivssentraler bør implementere teknikker og mestringsstrategier grunnet i forskning, som tillegg til MI og gruppeintervensjoner i en eventuell standardisering.

4.1.4. Sykepleiers rolle i livsstilsendring

Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleier utøve kunnskapsbasert praksis, grunnet i forskning, erfaringskompetanse og kunnskap om bruker (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleier skal holde seg oppdatert på ny forskning og bidra til at ny kunnskap tas i bruk. I Salemonsens et al. (2020) kommer det fram at brukere opplever at frisklivssentralene hadde høy kompetanse innen kommunikasjon og relasjonsbygging. Helsepersonell omtales som hjelpsomme, empatiske og inkluderende, med positiv innstilling og en genuin interesse for brukerne som personer. Støtte og kunnskap fra helsepersonell var en faktor for å lykkes med livsstilsendring. Sykepleiers profesjonelle kunnskap kan noen ganger kan motstridende brukerens kunnskap (Sagsveen et al., 2018). Sammen med bruker, bør sykepleier finne en balanse mellom forskningsbasert kunnskap, erfaring og brukerinvolvering. Sykepleiers sykdomskunnskap og kommunikasjonsferdigheter kan medvirke til livsstilsendring ved å legge grunnlag for kunnskap og gjensidig tillit. Brukere har tillit til den kunnskapen som sykepleiere har, noe som understøtter behovet for at sykepleier holder seg faglig oppdatert.

Sykepleiere ved frisklivssentraler jobber helsefremmende. Dette er en viktig del av sykepleierprofesjonen, da «[...] Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom» (Folkehelseloven, 2011, § 7). Sykepleiere ansatt i kommunen er underlagt loven, og er indirekte pliktet til å fremme folkehelse og bidra i sykdomsforebyggende arbeid. Et mål i samhandlingsreformen var også å styrke dokumenterte tiltak for helsefremming og forebygging i kommunens helsetjenester (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 21). For å understøtte vedvarende, helsefremmende livsstilsendring og sykdomsforebygging, bør sykepleier vektlegge selvbestemmelse og rett til brukermedvirkning som del av MI. Som Miller og Rollnick (2013, s. 32-35) beskriver, er aktiv lytting og kommunikasjonsferdigheter essensielt for å framkalle motivasjon i MI-samtalen. Mange brukere som gjennomgår livsstilsendring mister motivasjonen underveis, eller får tilbakefall etter en tid. Ved å anerkjenne at ambivalensen kan være sterk, kan sykepleier øke forståelsen for brukerens utfordringer. Ved aktiv lytting og åpne spørsmål, styrer bruker i stor grad samtalen. Dette underbygger selvbestemmelse. Motivet for selvbestemmelse er ofte et savn etter noe, eller en visshet om mulig tilfredshet (Deci & Ryan, 1985, s. 231-232). Altså har man noe å strekke seg etter; en drivkraft. Sykepleier har en viktig jobb i arbeid med livsstilsendringer, og kan med MI grunnet i kunnskapsbasert sykepleiepraksis finne brukerens ressurser, framkalle indre motivasjon og understøtte selvbestemmelse hos brukeren.

4.2. Metoderefleksjon og kildekritikk

En styrke med oppgaven er at den inneholder både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvalitative studier belyser subjektive effekter og opplevelser, mens kvantitative artikler framlegger resultater i form av tall, og viser dermed intervensjonens virkning. Dette gir en bred dimensjon av effekter av livsstilsendring. De kvalitative studiene belyser opplevd positiv effekt av frisklivssentraler, men viser ikke resultater i form av konkrete livsstilsendringer, vektreduksjon, eller eventuelle tilbakefall. Det er dermed utfordrende å se den faktiske effekten av oppfølgingen utfra artiklene. Få deltakere i studiene gir også mindre dybde i resultatene. En svakhet med denne oppgaven er derfor at det ikke ble funnet kvantitativ forskning gjort ved frisklivssentraler.

I oppgaven har begrepet helsepersonell i stor grad blitt brukt, til erstatning for «sykepleier», når forskningsartikler fra frisklivssentraler diskuteres (Sagsveen et al., 2018; Salemonsens et al., 2020; Sevidl et al., 2020). Dette fordi forskningen tar for seg helsepersonell som en enhet ved Frisklivssentraler, da sentralenes arbeid er tverrfaglig. Flere faggrupper gjennomfører MI og oppfølging ved frisklivssentraler, og forskning på sykepleieyrket isolert, ble dermed ikke funnet. «Veileder» er også brukt i to av studiene, da profesjonen til veilederen ikke er spesifisert (Porca et al., 2021; Solbrig et al., 2019). Dette reduserer grunnlaget for sykepleieprofesjonens innvirkning på livsstilsendring.

En artikkel omhandler ikke MI (Porca et al., 2021). Artikkelen vurderes relevant for oppgaven da intervensjonen kan sammenlignes med MI, og belyser effekten av gruppeintervensjon. Studien til Lin et al. (2016) oppnådde ikke statistisk sikkert resultat for økt aktivitetsnivå. Grunnet relativt få deltakere i studien, og en antydning til økt aktivitetsnivå, kan det imidlertid antyde effekt av intervensjonen, og resultatene er dermed diskutert. Studien er utført i Taiwan, der helsevesen trolig ikke er sammenlignbart med det norske. Landet er allikevel et industriland, noe som møter oppgavens inklusjonskriterier (Knudsen, 2020). Studien belyser telefonintervensjon med MI, samt effekten av relativt kortvarig MI-intervensjon, og anses derfor som relevant for oppgaven for å belyse flere metoder og virkninger av MI.

Frafallsraten i enkelte av studiene var relativt høy, noe som gjør funn i studiene mindre pålitelig. Rodriguez-Cristobal et al. (2017), Bräutigam-Ewe et al. (2020) og Porca et al. (2021), hadde henholdsvis frafallsrate på 46 %, 35 %, og 45 %. Solbrig et al. (2019) hadde derimot lavere frafallsrate, og relativt lang varighet på ett år. Frafallsraten var her på 21 %, noe som styrker artikkelens resultater.

4.3. Konklusjon

Overvekt og fedme er et økende problem i Norge og i store deler av verden. Norske frisklivssentraler anvender MI i stor grad i arbeid med livsstilsendringer. Oppgavens funn tyder på at MI har god effekt ved kortvarige intervensjoner, med usikker langsiktig effekt. MI bidrar også til økt livskvalitet, som kan anses som et positivt resultat. At sykepleier undersøker brukerens målsettinger og indre motivasjon for endring MI-samtalen medvirker til vedvarende livsstilsendring. Funnet i litteraturstudien underbygger viktigheten av at brukeren lærer seg teknikker som bygger opp under selvbestemmelse, der visualiseringsteknikker i kombinasjon med MI ser ut til å ha positive effekter også etter endt intervensjon. Sykepleier må vektlegge brukerinvolvering og selvbestemmelse for å styrke brukerens eierskap til sine mål. MI som metode alene kan ha kortvarig effekt. Sykepleier ved frisklivssentraler bør kombinere MI med andre metoder for

vedvarende effekt. Kombinert med MI, tyder oppgavens funn på at gruppeintervensjon, samt å lære brukeren mestringsteknikker som kan anvendes i hverdagen, som eksempelvis visualiseringsteknikken FIT, fremmer indre motivasjon, selvtillit og selvbestemmelse.

Referanser

- Bräutigam-Ewe, M., Lydell, M., Bergh, H., Hildingh, C., Baigi, A., & Månsson, J. (2020). Two-year weight, risk and health factor outcomes of a weight-reduction intervention programme: Primary prevention for overweight in a multicentre primary healthcare setting. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(2), 192–200. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1753379>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22–26.
- Folkehelseoven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Grimsbø, G. H. (Red.). (2016a). *Grunnleggende sykepleie: Bd 2. Grunnleggende behov* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Grimsbø, G. H. (Red.). (2016b). *Grunnleggende sykepleie: Bd 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne—Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten* (IS-1735). <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2015, 29. september). *Sykkelig overvekt—Voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/sykkelig-overvekt/tilstander-for-sykkelig-overvekt/sykkelig-overvekt-voksne>
- Helsedirektoratet. (2016a, 24. oktober). *Kostrådene*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>
- Helsedirektoratet. (2016b, 9. desember). *Hva er en frisklivssentral?* <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>
- Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). *Motiverende intervju som metode*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende->

intervju-som-metode

- Helsedirektoratet. (2019). *Veileder for kommunale frisklivssentraler Etablering, organisering og tilbud* (IS-1896). <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2021, 12. november). *Grafisk profil og markedsføring av frisklivssentraler*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/grafisk-profil-og-markedsforing-av-frisklivssentraler>
- Knudsen, O. F. (2020). Industriland. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/industriland>
- Lin, C.-H., Chiang, S.-L., Heitkemper, M. M., Hung, Y.-J., Lee, M.-S., Tzeng, W.-C., & Chiang, L.-C. (2016). Effects of telephone-based motivational interviewing in lifestyle modification program on reducing metabolic risks in middle-aged and older women with metabolic syndrome: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 12–23.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.003>
- Meyer, H. E., & Vollrath, M. E. M. T. (2017, 4. oktober). *Overvekt og fedme*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3. utg.). Guilford.
- NHI. (2021, januar 8). *BMI-kalkulator (KMI)*. <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/diverse/bmi-kalkulator-kroppsmasseindeks/>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. nsd.no. Hentet 12. mai 2022, fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nylenna, M. (2020). Livsstil. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/livsstil>
- Nystad, W. (2021, 3. desember). *Fysisk aktivitet—Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Porca, C., Rodriguez-Carnero, G., Tejera, C., Andujar, P., Casanueva, F. F., Crujeiras, A. B., & Bellido, D. (2021). Effectiveness to promote weight loss maintenance and healthy lifestyle habits of a group educational intervention program in adults with obesity: IGOBE program. *Obesity Research & Clinical Practice*, 15(6), 570–578.
<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.10.003>
- Rodriguez-Cristobal, J. J., Alonso-Villaverde, C., Panisello, J. M., Travé-Mercade, P., Rodriguez-Cortés, F., Marsal, J. R., & Peña, E. (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: A cluster randomized trial. *BMC Family Practice*, 18(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0644-y>

- Sagdahl, M. S. (2019). Autonomi – filosofi. I *Store norske leksikon*.
http://snl.no/autonomi_-_filosofi
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., & Bratås, O. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: A qualitative study exploring the perspective of health professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1492291>
- Salemonsens, E., Førland, G., Sætre Hansen, B., & Holm, A. L. (2020). Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres—A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 23(5), 1376–1386. <https://doi.org/10.1111/hex.13129>
- Samdal, G. B. (2019). *Behaviour change interventions in primary health care*. The University of Bergen. <https://hdl.handle.net/1956/24092>
- Samdal, G. B., & Meland, E. (2022). Ten years' of Healthy Life Centers – research and directions for future work. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–5. Hentet 20. mai 2022 fra: <https://doi.org/10.1177/14034948221081640>
- Sevild, C. H., Niemiec, C. P., Bru, L. E., Dyrstad, S. M., & Husebø, A. M. L. (2020). Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: A qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09111-8>
- Solbrig, L., Whalley, B., Kavanagh, D. J., May, J., Parkin, T., Jones, R., & Andrade, J. (2019). Functional imagery training versus motivational interviewing for weight loss: A randomised controlled trial of brief individual interventions for overweight and obesity. *International Journal of Obesity (2005)*, 43(4), 883–894. <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0122-1>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Swift, D. L., McGee, J. E., Earnest, C. P., Carlisle, E., Nygard, M., & Johannsen, N. M. (2018). The Effects of Exercise and Physical Activity on Weight Loss and Maintenance. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61(2), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.07.014>
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-22>
- WHO. (u.å.). *Obesity*. Hentet 6. april 2022, fra <https://www.who.int/health-topics/obesity>
- WHO. (2021, 9. juni). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

Øverland, S., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Tollånes, M. C. (2018, 16. november). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016/>

Aamo, A. A. W., Lind, L. H., & Myklebust, A. (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader* (Nr. 9; s. 1–49). Menon Economics. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>

