

## Forord

Denne masteroppgaven er en del av en større studie (se pkt. 3.2 Setting), og arbeidet med oppgaven har vært gjennomført i perioden fra august 2012 til august 2013. For oss har dette vært en svært lærerik prosess, og den ferdige oppgaven er et resultat av mange personers velvilje og støtte.

Vi vil begynne med å rette en stor takk til informantene i denne studien for deres imøtekommenhet og velvillighet til å dele sine erfaringer etter deltagelse på vektreduksjonsleiren Ebeltoft Kurcenter for syv år siden. En takk også til Bård Kulseng (leder RSSO) som sendte endringsmelding til REK og fikk godkjent denne delen av studien, og til Sissel Salater (RSSO) som formidlet kontakt med deltagerne. Vi vil videre rette en stor takk til våre veiledere, hovedveileder professor Aslak Steinsbekk og biveileder stipendiat Unni Alice Dahl, begge ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. De har gjennom hele prosessen bidratt med en grundig og konstruktiv veiledning. Takk for deres engasjement, gode råd, faglige innspill, kritiske spørsmål og tilbakemeldingene som førte frem til dette resultatet. Det har vært, som nevnt, svært lærerikt.

En hjertelig takk også til Marie Ameln som i den avsluttende fasen leste korrektur.

Til slutt ønsker vi å takke våre familier for hjelp, oppmuntring og støtte underveis. Dere har gitt oss den tiden vi har hatt behov for og gjort dette arbeidet mulig.

Tusen takk, alle sammen.

Trondheim, 2. august 2013

Inger Bergmann-Paulsen og Anne Grethe Berg

## Sammendrag

### Bakgrunn

Det finnes lite kunnskap om hvilke langtidserfaringer mennesker med sykelig overvekt har etter å ha deltatt på en vektreduksjonsleir. Som ledd i et forskningsprosjekt ved St. Olavs Hospital i Trondheim deltok 30 personer med sykelig overvektig høsten 2005 på et 18 ukers opphold på en vektreduksjonsleir kalt Ebeltoft Kurcenter (EK) i Danmark. Formålet med oppholdet var å fremme livsstilsendring gjennom et intensivt program med lavkaloridiett, fysisk aktivitet, undervisning og atferdsterapi.

### Mål med studien

Hensikten med denne studien var å undersøke i hvilken grad og på hvilken måte deltakerne hadde integrert erfaringer og kunnskap fra vektreduksjonsleiren inn i livsstilsendring og egenomsorg syv år etter oppholdet.

### Metode

Dette var en kvalitativ studie hvor 15 av de 30 deltagerne som reiste til EK i 2005 ble dybdeintervjuet. Informantene bestod av 11 kvinner og 4 menn, i alderen 33 og 63 år. Intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

### Resultat

Av de 15 informantene veide 12 mindre enn før de reiste til EK, 1 veide det samme og 2 ønsket ikke å oppgi vekten. De fleste deltagerne mente at oppholdet på EK hadde vært viktig, og det var spesielt tre faktorer som spesielt ble trukket frem. Én faktor var betydningen av å kjenne treningsglede. Gjennom treningen opplevde de å mestre utfordringer de ikke trodde var mulig. En annen faktor var kunnskapen de fikk om kosthold og ernæring. En tredje faktor var betydningen av relasjonen til de profesjonelle. Mange av informantene mente at disse erfaringene var viktige for at de i dag hadde bedret selvfølelse og større tro på egne mestringsevner. Nesten alle informantene sa at Ebeltoft hadde hatt betydning for at de i dag opplevde å ha en vesentlig bedre livskvalitet enn før de reiste til EK. For disse var oppholdet starten på en lang endringsprosess. Etter oppholdet har 10 av informantene gjennomgått fedmeoperasjon. Av disse mente 9 at den kunnskapen og de erfaringene de fikk under oppholdet på EK hadde bidratt til at resultatet etter operasjonen ble vellykket.

## **Konklusjon**

Denne studien viser at et opphold på en vektreduksjonsleir kan være med på å skape varige livsstilsendringer. Det kan synes som om mestringstro og kunnskap er to sentrale begreper i et slikt endringsarbeid. Studien støtter Banduras teori om at opparbeidelse av mestringstro på ett område kan ha betydning også for andre aktuelle mestringssområder. Endringsarbeid tar tid og det er nødvendig med støtte fra andre underveis.

## **Nøkkelord:**

Fedme, sykkelig overvekt, alvorlig fedme, kvalitativ, langsiktig, vekttap, vektreduksjonsleir, erfaring, livsstilsleir, livsstils modifikasjon, livsstilsendring, døgnbehandling og poliklinisk.

## **Abstract**

### **Background**

Little is known about the long-term effects that people with morbid obesity experience after participating in a weight loss camp. As part of a research project at St. Olavs Hospital in Trondheim, 30 persons suffering from morbid obesity took part in a 18 week program at the weight loss camp Ebeltoft Kurscenter (EK) in Denmark. The purpose of the stay was to promote a change of lifestyle through an intensive program with a low-calorie diet, physical exercise, education and behavioral therapy.

### **Purpose of the study**

The purpose of this study was to research to what extent and in what way the participants had incorporated their experiences and knowledge from the weight loss camp into a change of lifestyle and in their self-care seven years after their stay.

### **Method**

This is a qualitative study where 15 of the 30 participants that stayed at EK in 2005 were interviewed in-depth. The 15 informants included 11 females and 4 males, with ages ranging from 33 to 63 years. The interviews were transcribed and analyzed using systematic text condensation.

## **Results**

Of the total 15 informants, 12 weighed less than before going to EK, 1 reported unchanged weight and 2 did not want to share his weight. Most of the participants thought the stay at EK had been important, and there were mainly three reasons for this. The value of having positive experiences with exercise was one of the reasons. Through exercise they experienced mastering challenges they did not think possible. The second reason was the knowledge they attained about diet and nutrition. The third factor was the importance of having a relation to the professionals. Many of the informants thought these experiences were important for having an increased self-esteem and an improved self-efficacy. Almost all the informants said that EK had been important for their improved quality of life. For many of the informants the stay marked the start of a long-term change of lifestyle. After the stay at EK, 10 of the informants have undergone bariatric surgery.

## **Conclusion**

This study shows that staying at a weight loss camp can contribute to a permanent change in lifestyle. It looks like self-efficacy and knowledge are two main terms in such a change process. The study supports Banduras theory, saying that building self-efficacy in one area can have an impact on other relevant areas. Change takes time and it is necessary with support from others along the way.

## **Keywords:**

Obesity, morbid obesity, severe obesity, qualitative, long-term, weight loss, weight loss camp, experience, lifestyle camp, lifestyle modification, lifestyle change, inpatient and residential.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>7</b>
1.1	Behandling av overvekt og fedme	8
1.2	Fedmebehandling på vektreduksjonsleir / i institusjon	9
1.3	Erfaring etter deltagelse i ulike vektreduksjonsprogram	12
1.4	Mål	14
<b>2</b>	<b>Teori</b>	<b>15</b>
2.1	Mestringstro	15
2.2	Betydningen av en god mestringstro	16
2.3	Dannelsen av mestringstro	17
2.4	Styrking av mestringstro	19
2.5	Mål og motivasjon	20
2.6	Varige endringer	21
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>22</b>
3.1	Etikk	22
3.2	Setting	23
3.2.1	Oppholdet på Ebeltoft Kurcenter og oppfølging etterpå	23
3.3	Deltagere	25
3.4	Datainnsamling	25
3.5	Dataanalyse	26
3.6	Egen forforståelse	28
<b>4</b>	<b>Resultat</b>	<b>29</b>
4.1	Informantene	29
4.1.1	Oppfølging etter oppholdet på vektreduksjonsleiren	30
4.1.2	Endringer i informantenes livssituasjon	31
4.2	Overordnede funn	33
4.3	Livsstilsendringer	34
4.3.1	Fysisk aktivitet og trening	34
4.3.2	Mestringsglede	36
4.3.3	Tro på endring	36
4.4	Kunnskap	37
4.4.1	Mat	37
4.4.2	Grensesetting	39
4.4.3	Andre verktøy	40
4.5	Livskvalitet og selvbilde	41
4.5.1	Anerkjennelse	41
4.5.2	Betydningen av økt selvtillit og selvfølelse i sosiale sammenhenger	42
4.6	Erkjennelse	43
4.6.1	Årsak til overvekt og betydningen av terapi som en del av fedmebehandling	43
4.6.2	Oppfølging og eget ansvar	44
4.7	Viktige andre (familie, venner, arbeidskollegaer og andre deltagere fra vektreduksjonsleiren)	46
4.8	Operasjon	47
4.8.1	Avgjørelsen om operasjon	47
4.8.2	Vektreduksjonsleirens betydning etter operasjon	48

<b>5</b>	<b>Diskusjon av resultat</b>	<b>50</b>
5.1	<i>Sammenligning med andre studier</i>	50
5.2	<i>Trening</i>	51
5.2.1	<i>Mestringsglede og mestringstro</i>	52
5.3	<i>Motivasjon og målsetting</i>	54
5.4	<i>Anerkjennelse</i>	56
5.5	<i>Livskvalitet</i>	58
5.6	<i>Stigmatisering</i>	59
5.7	<i>Erkjennelse av årsaken til overvekten</i>	60
5.8	<i>Viktige andre</i>	61
5.9	<i>Operasjon</i>	61
5.10	<i>Metodediskusjon</i>	63
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>66</b>

## 1 Introduksjon

Siden begynnelsen av 1980-tallet har det vært en global epidemisk utvikling av fedme (1, 2). Data fra WHO viser at det nå er nærmere 500 millioner voksne i verden som har en BMI<sup>1</sup> > 30 kg/m<sup>2</sup>, det vil si fedme (2). Denne utviklingen har store konsekvenser både for de enkelte individer og for samfunnet. Fedme fører til høyere dødelighet og øker risikoen for en rekke følgesykdommer, blant annet diabetes type-2 og hjerte- og karsykdommer (3, 4). Ved fedme klasse 3 (sykelig overvekt), definert som BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>, øker forekomsten av følgesykdommer ytterligere (3). Risikoen for tidlig død øker med økende grad av fedme både for menn og kvinner i alle aldersgrupper (4). Fedme kan betraktes som en kronisk sykdom som krever langvarig oppfølging (5-7).

Årsaken til fedme er sammensatt, men den er et resultat av en ubalanse mellom den energien vi får i oss og den vi forbruker (2, 8). Inntaket av energitett mat, med høyt innhold av sukker, salt og fett, har i de senere årene økt i befolkningen (8). Maten er lett tilgjengelig og ofte billigere enn sunn mat. I den samme tidsperioden har hverdagsaktiviteten gått ned. Det er i dag mulig å leve et liv med svært lite fysisk aktivitet. Mange har et stillesittende arbeid og i de fleste hjem finnes energisparende hjelpemidler for nærmest enhver operasjon. Personbiltrafikken har også økt betraktelig hvor nå 28% av reiser under én kilometer foregår i dag i bil. Individuell atferd og livsstil samt arv og miljø er faktorer som i et komplekst samspill er med på å avgjøre energiregnskapet hos den enkelte. Disse faktorene er, sammen med flere andre, med på å forklare den økende forekomsten av overvekt og fedme i befolkningen.

Når en person har utviklet fedme er det krevende å gå ned i vekt igjen. Videre har det vist seg at mange har for store forhåpninger om mulig vekttap (9). Foster mfl. fant at de fleste med overvekt og fedme ønsker et vekttap som er to til tre ganger større enn det som er realistisk. De konkluderte i sin studie med at pasienter med høyest utgangsvekt sannsynligvis er de med minst realistiske forventinger til hvilken vektreduksjon de kan oppnå.

---

<sup>1</sup> Kroppsmasseindeks; BMI (*body mass index*). Beregnes som kroppsvekten i kilogram dividert med kvadratet av kroppslengden i meter (kg/m<sup>2</sup>).

Mange studier har undersøkt hvordan et ønsket vekttap best ivaretas, men definisjonen på hva som er "vellykket vedlikehold av vektreduksjon" varierer (10). Flere studier definerer det som opprettholdelse av vektreduksjon på  $\geq 10\%$  av initial kroppsvekt (7, 11). For å lykkes med dette er det flere som mener at det er nødvendig med langvarig oppfølging og en varig endring av livsstil (5, 10, 12, 13).

## 1.1 Behandling av overvekt og fedme

Målet med all fedmebehandling er å bedre helsen og redusere sykkelighet (8, 14). Ofte vil det også være et behandlingsmål å styrke den enkeltes psykiske og sosiale helse (15). Flere studier antyder at et moderat vekttap på 5-10% kan gi betydelig helsegevinst (9, 13, 16). En slik vektreduksjon har vist seg å gi lavere fastende blodsukker hos de som allerede har utviklet diabetes type-2, redusere risikoen for diabetes type-2 og hjerte- og karsykdom samt redusere høyt blodtrykk (17). Til tross for de positive funnene ved en moderat vektreduksjon, har to forholdsvis nye studier ikke bekreftet dette (18, 19). Sjöström mfl. mener at det er nødvendig med et større vekttap enn tidligere antatt for å opprettholde en gunstig effekt på risikofaktorer på lang sikt.

Atferdsendring, diett og trening er ansett som hjørnesteinene i behandlingen av overvekt og fedme, og omtales ofte som konservativ behandling eller livsstilsbehandling (7, 13, 16, 20). Atferdsterapi brukes i fedmebehandling for å bidra til at den enkelte utvikler ferdigheter som kan benyttes til å oppnå en sunnere vekt (21). Sentrale begreper i atferdsterapi er selvregulering, målsetting og problemløsning (5, 13, 21).

Når det gjelder en riktig diett er det forskning som viser at en negativ energibalanse på mellom 6-800 kilokalorier pr. døgn er gunstig for å oppnå en vektnedgang på 0,5 kg pr. uke (15). En vektreduksjon utover dette kan føre til unødvendig tap av fettfri masse. Fysisk aktivitet har i tillegg til å ha mange gunstige helseeffekter også vist seg å være viktig i forbindelse med vektreduksjon og vektkontroll (15, 22-24). Forskning tyder på at 30 minutter daglig moderat fysisk aktivitet kan redusere mortaliteten med 20-30%. 60 minutter daglig er trolig tilstrekkelig for å hindre vektøkning mens 60-90 minutter kan være nødvendig for å vedlikeholde en større vektreduksjon (15, 22). Fysisk aktivitet i forbindelse med vektnedgang motvirker blant annet tap av fettfri masse og bidrar til å



regulere appetitten (15, 23). Det er rapportert at svært få med sykkelig overvekt oppnår normalvekt etter livsstilsbehandling (8), og mange går også helt eller delvis tilbake til utgangsvekten i løpet av noen år (25). Dette selv om nyere studier har vist at det er mulig å opprettholde en betydelig vektreduksjon på lang sikt etter livsstilsbehandling (7, 26).

Farmakologisk behandling av fedme kan være et supplement til livsstilsbehandling, og enkelte kan oppnå en vektreduksjon på mellom 5-10% (8, 15, 27). De fleste vil likevel gradvis legge på seg igjen når de slutter med denne behandlingen.

For mennesker med sykkelig overvekt er kirurgi, *gastric bypass*, den mest effektive behandlingen for å oppnå varig vektreduksjon og en bedre helse (28, 29). Kirurgisk behandling reduserer blant annet følgesykdommer som hypertensjon, diabetes type-2 og obstruktiv søvnapne dramatisk. Livskvalitet har også vist seg å bli sterkt forbedret. Selve behandlingen har utviklet seg til å bli tryggere og mer effektiv, og kirurgien er i stadig utvikling. Det finnes ulike kirurgiske metoder og forventet vektnedgang varierer med valg av metode. Det vil være realistisk å redusere overvekten med mellom 50-80% med en maksimal vektnedgang på 30-60 kg. De fleste vil dog legge noe på seg igjen (15). Tilgangen på kirurgisk behandling er imidlertid begrenset og det vil ikke være mulig å fjerne fedmeepidemien ved hjelp av kirurgi (20). Alle med sykkelig overvekt ønsker heller ikke en fedmeoperasjon, og av dem som ønsker operasjon er det ikke alle som oppfyller kriteriene (30). Det er færre enn 1% av de med sykkelig overvekt som opereres årlig (29). Livsstilsbehandling er derfor hovedalternativet for de fleste som skal ned i vekt (20).

## **1.2 Fedmebehandling på vektreduksjonsleir / i institusjon**

"*Weight-loss camp*" eller vektreduksjonsleir er et forholdsvis nytt tilbud innen konservativ fedmebehandling (7, 20). På en vektreduksjonsleir bor deltagerne på kurstedet over en lengre periode for å nå målsettingen om et betydelig og varig vekttap (7, 16, 32). Deltagerne går gjennom et livsstilsendingsprogram med fokus på fysisk aktivitet, kosthold og forståelse av psykologiske mekanismer knyttet til spiseatferd. Et viktig tema er hvordan livsstilsendringene etterhvert kan integreres i hverdagen

hjemme. Korttidsresultatene har vært gode, spesielt for personer med sykkelig overvekt (7, 16).

Døgnopphold i institusjon er en annen type fedmebehandling som har vært studert (33-35). Disse studiene kan vise til gode resultater både på kort og lang sikt. Det som skiller denne behandlingen fra vektreduksjonsleir er at oppholdet på to til fire uker, er betydelig kortere.

I en studie fra Sverige ble 100 deltagerne (47 kvinner og 53 menn) i alderen  $52 \pm 9$  år, med en initial BMI  $> 30 \text{ kg/m}^2$  og to eller flere risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, undersøkt ett og fem år etter et fire ukers døgnopphold på institusjon (33). Fastlegen var ansvarlig for oppfølgingen, men det fremkommer ikke av studien hvor hyppige konsultasjonene var. Resultatene viste at etter fem år hadde deltagerne fremdeles både lavere BMI og blodtrykk enn de hadde før institusjonsoppholdet.

I en studie fra Sveits var 39 deltagere med BMI fra 35 til  $42 \text{ kg/m}^2$  og gjennomsnittsalder på 57 år, på et to ukers døgnopphold på et universitetssykehus i Genève for deretter å få oppfølging av fastlegen de neste fem årene (34). Etter fem år hadde 70% av de 33 deltagerne (23 kvinner og 10 menn) som fullførte studien gått ytterligere ned i vekt, mens 15% hadde holdt på vektnevdgangen etter fem år. Studien viser at et omfattende tverrfaglig program med riktig og langvarig oppfølging kan føre til gode resultater.

Maffuiletti mfl. gjennomførte en studie i Verbania, en by nordvest i Italia. De studerte 45 kvinner og 19 menn i alderen  $30,2 \pm 7,2$  år med BMI  $\geq 41,3 \pm 4,3 \text{ kg/m}^2$ , etter deltagelse i et tre ukers vektreduksjonsprogram på sykehus (35). Hensikten med studien var å undersøke oppholdets innvirkning på deltagernes generelle helse og blodverdier assosiert med hjerte- og karsykdommer. Ett år etter oppholdet hadde informantene bedre blodverdier, økt muskelstyrke og var i følge dem selv mer fysisk aktive enn tidligere.

Flere studier er gjort etter opphold på vektreduksjonsleiren Ebeltoft Kurcenter (EK) ved Århus i Danmark (7, 16, 19). Varigheten på et slikt opphold var ca. 20 uker (se pkt. 5.2.1 Oppholdet på Ebeltoft Kurcenter for detaljer). For å skape variasjon i teksten vil vi videre i oppgaven veksle mellom å bruke EK og vektreduksjonsleir.

Christensen mfl. undersøkte vektreduksjonen til 249 personer (180 kvinner og 69 menn), med en initial kroppsvekt på  $142 \text{ kg} \pm 32 \text{ kg}$  (BMI ikke oppgitt) (7). Under oppfølgingstiden ble deltagerne delt inn i tre separate grupper med ulik oppfølgingstid. 27 deltagere ble fulgt i to år, 123 deltagere i tre og 99 deltagere i fire år. Gjennomsnittlig oppfølgingstid i de tre gruppene var hhv.  $30,0 \pm 1$  måned,  $39,2 \pm 3$  måneder og  $50,9 \pm 3$  måneder. De ønsket å se på hvor stor del av vektreduksjonen deltagerne hadde greid å opprettholde etter 2 til 4 år. Resultatene viste at deltagerne i gjennomsnitt gikk ned ca. 22 kg (tilsvarende 15%) i løpet av oppholdet. I gjennomsnitt klarte deltagerne å vedlikeholde 5,3% av denne vektreduksjonen i 2 til 4 år. Rundt 28% hadde opprettholdt et vekttap på over 10% etter 4 år.

Martins mfl. sammenlignet i sin studie vekttap og endringer i risikofaktorer og følgesykdommer hos personer med sykkelig overvekt i Midt-Norge ett år etter fedmekirurgi og tre konservative behandlinger (16), deriblant et opphold på EK. Av 206 deltagere fullførte 179 studien og av disse var det 30 personer som reiste til EK (samme gruppe deltagere som er utgangspunkt for informantene i denne studien). Resultatene viste at fedmekirurgi ga et større vekttap etter ett år ( $40 \pm 14 \text{ kg}$ ,  $31 \pm 9\%$ ), men vektreduksjonsleiren førte også til et betydelig vekttap ( $18 \pm 12 \text{ kg}$ ,  $13 \pm 8\%$ ). Når det gjaldt forbedringer i risikofaktorer og følgesykdommer var resultatene de samme i begge gruppene bortsett fra hypertensjon som var bedre i kirurgigruppen.

En nylig publisert studie av Andersen mfl. er ikke like optimistisk i sin konklusjon om langtidseffekten av EK seks år etter oppholdet (19). 48 deltagere med sykkelig overvekt fra Vestlandet gikk gjennom et 32 ukers behandlingsprogram som var et samarbeid mellom EK og Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter i Fjaler. Deltagerne var 16 uker på hvert sted med en pause på åtte uker mellom oppholdene. Studiens primærutfall var å finne antallet som senere var blitt operert og sekundærutfall var endring i vekt, følgesykdommer, yrkesaktivitet og vurdering av egen helse. Det ble funnet at de fleste deltagerne (82%) i ettertid var operert, og at disse hadde en bedre helse enn de som ikke var operert. Dette gjaldt også for deltagerens egenvurderte helse.

### 1.3 Erfaring etter deltagelse i ulike vektreduksjonsprogram

Vi har kun funnet én kvalitativ studie som har sett på deltagerens erfaring etter et opphold på en vektreduksjonsleir. Vi har derfor valgt å referere fra studier som omhandler erfaringer deltagerne har hatt med å være overvektig og å delta i ulike livsstilsintervensjonsprogrammer. Enkelte av dem har også sett på hvilke faktorer som kan virke motiverende og hvilke som kan være barrierer i en endringsprosess. Det har vært vanskelig å finne studier som kun har inkludert mennesker med sykkelig overvekt. I de refererte studiene varierer deltagerens BMI derfor fra 25 til 42 kg/m<sup>2</sup>. Alle studiene er kvalitative intervjustudier som omhandler deltagerens opplevelser.

Den eneste studien som omhandler erfaringer etter en vektreduksjonsleir var en studie fra Storbritannia som undersøkte ungdoms erfaringer etter et åtte ukers opphold (32). Et viktig funn i denne studien var at deltagerne opplevde det som vanskeligere å holde på livsstilsendringene ni måneder etter oppholdet enn da de ble intervjuet på vektreduksjonsleiren og tre måneder etter avsluttet opphold. Årsaken til dette var sammensatt. Det kom blant annet frem at mange var engstelige for å ikke å klare å holde på vektnedgangen og for å gå opp igjen i vekt. De synes også det var krevende å holde på de livsstilsendringene de hadde gjort under oppholdet. Ni måneder etter hjemkomsten sa mange at den nye livsstilen var vanskelig å kombinere med et sosialt liv. Flere opplevde også at familie, venner og fagpersoner skapte tvil om behandlingsopplegget, noe som bidro til å svekke deltagerens motivasjon for å fortsette. Studien konkluderer med at en langvarig oppfølging etter et slikt opphold er nødvendig.

I en studie fra USA deltok 80 mødre fra lavinntektsfamilier. Mødrene hadde en BMI på mellom 25-39,9 kg/m<sup>2</sup> (36). Etter å ha vært med i et program med blant annet kostholdsveiledning ble de intervjuet. I studien kom det frem at det som motiverte disse kvinnene til en bedre livsstil var blant annet tanken på å kunne delta i barnas aktiviteter, kunne bevege seg uanstrengt, slippe smerter i kroppen, forbedre utseende og redusere engstelse for å pådra seg følgesykdommer. Barrierer som ble nevnt var mangel på tid og krefter til å prioritere seg selv, opplevelse av stress, følelse av manglende selvkontroll samt inntak av mat for å regulere følelser. Videre var manglende støtte i hjemmemiljø, en svak økonomi og en manglende tro på egen mulighet til å påvirke vekten, barrierer som ble registrert.

I en studie fra Hongkong ble deltagerne intervjuet om sine erfaringer med deltagelse i et vektreduksjonsprogram (37). Basert på Verdens helseorganisasjon (WHO) sine kriterier for asiater var deltagerne overvektige (BMI mellom 23 og 24,9 kg/m<sup>2</sup>) eller hadde fedme (BMI >25 kg/m<sup>2</sup>). Intervjuene ble gjennomført fra en måned til to år etter deltagelsen. Tilbudet hadde elementer av atferdsmodifisering, fysisk aktivitet og jevnlig samtaler med ernæringsfysiolog og treningsterapeut. Varigheten på programmet fremkommer ikke. Det mange opplevde som vanskelig var blant annet lav motivasjon, mer ustabil humør, manglende tro på å lykkes, lite støtte fra familie, venner og kollegaer samt få sunne matretter på restauranter. I studien ble samarbeidet med ernæringsfysiologen oppfattet som svært viktig.

Jones mfl. vurderte i sin studie overvektige menneskers opplevelse av å delta i et vektreduksjonsprogram (38). De fleste hadde vært med mindre enn ett år da de ble intervjuet. Hyppigheten på konsultasjonene refereres ikke. Studien viser til mange av de samme erfaringene som nevnt tidligere. I tillegg kom undervisning om helserisikoen ved å være overvektig også frem som en motiverende faktor. Studien viste at følelsesmessige vanskeligheter gjorde endringsarbeidet tyngre. Konklusjonen i studien var at det er vanskelig å finne gode metoder for permanent vekttap og at langtidsoppfølging er nødvendig.

I en studie fra Australia så de på hvilke erfaringer overvektige har med slankeprogrammer, vekttap og fysisk aktivitet (39). Informantene hadde deltatt i utallige slankeprogrammer gjennom mange år. Et underliggende tema i denne studien var at informantene ønsket at andre skulle ta ansvar for å hjelpe dem å gå ned i vekt. I studien konkluderes det med at overvektige mottar mye informasjon om hva de skal gjøre, men at de ikke får nødvendig langsiktig støtte og veiledning.

De gjennomgåtte studiene har beskrevet flere aspekter ved menneskers erfaring i forbindelse med deltagelse i ulike vektreduksjonsprogrammer. Felles for flere av dem er at de har understreket betydningen av relasjonen til de profesjonelle i endringsarbeidet (37, 38), langsiktig støtte fra profesjonelle (32, 39, 40) samt betydning av engasjement og involvering fra familie og venner (32, 36-38). I tillegg viste deltagerne til erfaringer knyttet til selvtillit og tro på egen evne til å foreta de nødvendige endringene (10, 36-38), samt betydningen av hvilke forventninger den enkelte hadde til programmet (38,

40). Kunnskap om livsstilsendring, kosthold og fysisk aktivitet er også nevnt (20, 38).

Det siste aspektet som ble tatt med var at egen livssituasjon og psykiske helse var viktig med tanke på hvilken erfaring deltagerne hadde fra de ulike vektreduksjonsprogrammene (10, 38).

#### **1.4 Mål**

Det er en mangel på studier som har undersøkt hvilke langtidserfaringer deltagere har etter å ha vært på en vektreduksjonsleir. Studier fra fedmebehandling i institusjon og på vektreduksjonsleir har vist at det er mulig for pasienter med sykkelig overvekt å oppnå et betydelig vekttap, forbedringer i risikofaktorer og følgesykdommer gjennom en livsstilsintervensjon (7, 16, 19, 33-35). Det er derfor viktig å få kunnskap om hvilke av deltagernes erfaringer som bidrar til et positivt resultat og hvilke som ikke gjør det. I all fedmebehandling er det enighet om at det er de langvarige endringene som må tilstrebes (16, 34), og det er derfor vesentlig med kunnskap om deltagernes erfaringer også på lang sikt.

Målet med denne studien var derfor å undersøke hvilke erfaringer voksne personer med sykkelig overvekt hadde syv år etter et atten ukers opphold på vektreduksjonsleiren EK i Danmark.

## 2 Teori

Etter å ha analysert intervjuene forsøkte vi å finne forskning som kunne bidra til å forklare våre funn. I gjennomgangen av studiene festet vi oss spesielt ved begrepet self-efficacy, mestringstro, og Albert Bandura. Derfor bestemte vi oss for å sette oss inn i Albert Banduras teori. Hensikten var å få en grundigere gjennomgang av våre funn enn vi ville fått ved å utelukkende referere forskning som baserte seg på hans tenkning. Forståelsen av hans teori skal også danne et bedre grunnlag for å forstå de senere refererte studiene.

I det følgende presenteres Banduras sin sosial kognitive teori.

### 2.1 Mestringstro

Bandura utviklet på midten av åttitallet sin sosial kognitive teori på bakgrunn av egen og andres forskning (41). Han mente at datidens ledende psykologiske teorier hadde en forståelse for menneskelig handling der mennesket tilpasset seg sine omgivelser ut i fra en årsak-virkning tenkning. Selv forstod han menneskelig handling som mer kompleks. Han så på mennesket som selvorganiserende, aktivt handlende, samt selvreflekterende og selvregulerende. Hele tiden i et samspill med sine omgivelser.

Sentralt i Banduras sosial kognitive teori er begrepet mestringstro eller self-efficacy. Mestringstro er menneskes oppfatning av hvor kompetent det er til å utføre spesielle handlinger. Hans teori gir retningslinjer for hvordan man kan gjøre mennesker i stand til å utøve innflytelse på eget liv. Mestringstroen har innvirkning på alle de andre bestemmende faktorene for menneskelig handling. Den påvirker blant annet hvilke aktiviteter vi velger, og graden av motivasjon knyttet til dem.

Bandura var opptatt av at mestringstro og selvfølelse er to ulike begreper. Selvfølelsen er en grunnleggende følelse av ens egenverdi, mens mestringstro er knyttet opp mot oppfatningen av hva man kan få til. Det å mestre ulike ferdigheter kan likevel påvirke selvfølelsen, spesielt gjelder dette hvis aktiviteten er knyttet til opplevelsen av egenverdi. Selvfølelsen er ikke forbundet med aktiv handling, men kan være én av flere faktorer som skaper mot til å våge. Det er imidlertid den enkeltes mestringstro som har

betydning for hvilke personlige målsettinger som overveies og for valg av tiltak for å nå dem.

Bandura var opptatt av at ingen mennesker har tanker om at de mestrer på alle områder i livet. Hvorvidt mestringstro har betydning avhenger av hvilken verdi det aktuelle mestringsområdet har for den enkeltes forståelse av seg selv.

For å bygge opp en god mestringstro mente Bandura at evnen til selvregulering av motivasjon, følelser og handling er viktig (42). I det ligger det blant annet å reflektere over egne handlinger, tanker og følelser, samt å vurdere ulike handlingsalternativer fremfor å handle på impuls. Et eksempel kan være å motstå fristende mat for å klare å holde på en vekt nedgang, eller å bestemme seg for å gjennomføre en planlagt treningsøkt til tross for en slitsom dag på jobb. I en studie ble det vist at økt fysisk aktivitet, som i seg selv krever gode selvreguleringsferdigheter, også førte til bedre selvreguleringsferdigheter på flere andre områder som blant annet valg av en sunnere diett (43).

## **2.2 Betydningen av en god mestringstro**

Bandura mente at i en prosess der målet er å oppnå en bedre helse har graden av mestringstro stor betydning (41).

Dette viste Teixeira mfl. i en review der de fant at menneskets generelle mestringstro var en av faktorene som kunne forutsi en vellykket vektkontroll (44).

I følge Bandura har mennesker lett for å unngå oppgaver på områder der de har liten mestringstro (41). Hvis de likevel prøver er motivasjonen og utholdenheten ofte lav, og de har lett for å gi opp når de støter på hindringer. Dette støttes i en studie der de undersøkte hvordan deltagerne kunne bli mer fysisk aktive (45). I studien fant man at deltagerne som hadde en sterk mestringstro relatert til fysisk aktivitet, gjennomførte planene sine i motsetning til de som hadde en lav mestringstro på det samme området.

Mennesker som har god generell mestringstro tar utfordringene, når egne målsettinger, og styrker sin tro på at de kan benytte evnene sine også på andre mestringsområder.



Bandura mente at mennesker som ikke våger å prøve kan gå glipp av mange muligheter til personlig utvikling.

I situasjoner med liten mestringstro kan ferdigheter lett bli overstyrt av tvil (41). På den andre siden kan et menneske med en solid tro på egen mestring klare utfordrende oppgaver. Mestringstro i seg selv bidrar ikke til utvikling av nye ferdigheter, men troen styrker motivasjonen til å lære dem. Liten mestringstro vil kunne forsinke ny innlæring. Bandura mente at det finnes mye forskning som viser at menneskelig prestasjoner og velvære avhenger av en optimistisk tro på egen evne til mestring.

### **2.3 Dannelsen av mestringstro**

Bandura så på mestring som en produktiv prosess der kognitive, sosiale, følelsesmessige og atferdsmessige ferdigheter må organiseres og ordnes for å løse mange forskjellige oppgaver (41). Det er stor forskjell på å beherske ferdigheter og det å klare sette dem sammen i ulike situasjoner og sammenhenger. God oppgaveløsning krever både ferdigheter og mestringstro.

I følge Bandura dannes mestringstro fra fire overordnede informasjonskilder:

1. Den første er gjennom egne mestringserfaringer. For at disse skal kunne bygge mestringstro er det vesentlig at de representerer en utfordring og at noen hindringer overvinnes underveis. Det å selv handle og oppleve å mestre gir den sterkeste og mest overførbare mestringstroen, sammenlignet med mestringstro opparbeidet fra kildene beskrevet nedenfor.
2. Den andre kilden er fra vurderinger en gjør av andres prestasjoner. Det å se hva andre, som det er naturlig å sammenligne seg med, får til kan være med på å styrke egen mestringstro fordi det blir nærliggende å tenke at en selv kan klare det samme. Spesielt viktig kan slik modellæring være hvis det er områder hvor en har opplevd å mislykkes og en observerer andre som benytter alternative og effektive mestringsstrategier.
3. Den tredje kilden til mestringstro er fra tilbakemeldinger fra andre. Det er lettere å holde på en opplevelse av mestring, spesielt hvis en opplever vanskeligheter,

hvis viktige andre personer uttrykker tro på ens muligheter til å klare det. Tilbakemelding på egen dyktighet kan være spesielt viktig ved innlæring av nye ferdigheter. Hvorvidt tilbakemeldinger har effekt avhenger av hvem som gir dem, deres troverdighet og hvilke kunnskaper de har knyttet til oppgaven som skal gjøres.

4. Den fjerde informasjonskilden er fra psykologiske reaksjoner på kroppslige tilstander. Denne kilden er mest relevant når det gjelder fysiske utfordringer, helsefungering og i situasjoner som oppleves som stressende. Hvordan kroppslige reaksjoner forstås har stor betydning for om en opplevelse blir tolket mestrende eller ikke. For eksempel kan normale kroppslige reaksjoner på fysisk aktivitet oppleves som tegn på at noe er galt.

I sin teori beskriver Bandura at det innenfor hver kilde finnes etablerte selvoppfatningsskjemaer som bidrar til en stabil forståelse av egen mestring på ulike områder over tid. Skjemaene påvirker hva en legger merke til, hvordan en tolker og organiserer mestringsinformasjon man har skaffet seg og hva en husker når en vurderer egen mestring i ulike situasjoner.

Med bakgrunn i disse informasjonskildene dannes det i følge Bandura kognitive kunnskapsstrukturer som virker som regler og strategier for hensiktsmessig handling. Strukturene blir overført til egnete handlinger på en rekke ulike områder gjennom bearbeiding og produktive operasjoner. Kunnskapsstrukturene er aller viktigst ved innlæring av nye ferdigheter. Etter mye øvelse går handlingene av seg selv uten mye tankearbeid.

Det meste av kompetansen erverves over lang tid. Under innlæringsprosessen er det perioder hvor en lærer mye på kort tid før deretter å oppleve tilbakefall eller stagnasjon. Forbedringene kommer raskere på begynnelsen enn litt ut i forløpet. Ved å klare å holde ut i perioder hvor det skjer liten endring styrkes mestringstroen.

## 2.4 Styrking av mestringstro

Bandura mente at mestringstroen kan styrkes ved å arbeide innenfor de fire overordnede kildene for dannelse av mestringstro som er beskrevet ovenfor (41). Samtidig er det viktig å arbeide systematisk for å endre selvoppfatningsskjemaer som gjør at en lett devaluerer egne prestasjoner.

Adolfsson og Arnold skriver om bruk av atferdsterapeutiske prinsipper i behandlingen av fedme (46). I boken er de opptatt av betydningen av mestringstro. De mener at det kan være et stort poeng å styrke den enkeltes mestringstro uavhengig av om det fører til en vektnedgang. Som et eksempel nevner de at det å få en sykkelig overvektig til å gå fem minutter på en tredemølle hver dag kan styrke mestringstroen. Det vil ikke ha noen innvirkning på vekten, men vil imidlertid kunne være et viktig skritt mot en bedre helse.

Lippke mfl. undersøkte om planlegging ville kunne hjelpe mennesker til å være mer fysiske aktive (45). Der fant de at de som hadde en sterk mestringstro knyttet til fysisk aktivitet gjennomførte planene sine i motsetning til de som tvilte på egen gjennomføringsevne. I studien konkluderte de med at planlegging kan være nytteløst uten tilstrekkelig mestringstro.

Som tidligere beskrevet kan tilbakemeldinger fra andre være med på å styrke den enkeltes mestringstro. Bandura mente at dette vil ha best effekt hvis det samtidig ble arbeidet med de andre kildene for dannelse av mestringstro (41). Slik sett er det nærliggende å tenke seg at et intensivt livsstilsprogram vil kunne styrke mestringstroen gjennom alle disse fire kildene.

Dette støttes i en studie der fedmekirurgi ble sammenlignet med en intensiv livsstilsintervensjon (47). I livsstilsintervensjonsprogrammet hadde de til hensikt å styrke den enkeltes mestringstro knyttet til håndtering av sitt vektproblem. Den kirurgiske metoden var overlegen på alle måleparameterene, men livsstilsprogrammet hadde også effekt. I studien ble det konkludert med at et program som fokuserer på å styrke pasientens mestringstro kan ha innvirkning på den enkeltes livskvalitet uavhengig av vektnedgangen.

## 2.5 Mål og motivasjon

Med bakgrunn i sosial kognitiv teori beskriver Locke og Latham en syklisk sammenheng mellom målsetting og mestringstro (48). I en oppadstigende spiral vil prosessen med å nå et mål føre til en styrket mestringstro og høyere målsettinger. På den andre siden vil manglende måloppnåelse kunne sette i gang en nedadgående spiral der mestringstroen svekkes og målene blir skrinlagt.

Bandura mente at for å unngå en slik nedadgående spiral er det viktig at målene er detaljerte og at de er mulige å nå (41). For enkle eller for krevende mål svekker motivasjonen. Den blir best bevart gjennom flere delmål som er nære i tid og hierarkisk bygget opp. Dette sikrer en jevn bevegelse mot hovedmålet. Delmålene bidrar til en prosess mot større mestring, og en styrking eller opprettholdelse av motivasjonen.

Det å legge merke til og glede seg over progresjonen underveis er en viktig del av en mestringsprosess.

Bandura var som nevnt opptatt av at tilbakemelding fra andre kan være viktig i en endringsprosess, og at dette kan være med på å styrke den enkeltes motivasjonen til å opprettholde de målene vedkommende har satt seg. Han fremhevet, blant annet, det han kalte kompetente "mestringsbyggere". Disse strukturerer de enkelte aktivitetene underveis og unngår utfordringer som kan virke demotiverende. I dette arbeidet mente han at det kreves en sensitivitet fra hjelperen for å legge merke til styrker og svakheter, samt nødvendig kunnskap på områdene der mestringstroen skal styrkes.

En profesjonell hjelper vektlegger også den personlige muligheten hver enkelt har til å få til en endring mer enn å fokusere så mye på selve handlingen.

Betydningen av støtte fra andre fremheves også i en *review* der de har gjennomgått studier som har studert livsstilsendringsstrategier for mennesker med overvekt og fedme (49). Pearson mfl. fant at konstruktive tilbakemeldinger som blir gitt på en støttende måte kan være viktig for å styrke den enkeltes motivasjon, selvtillit, mestringstro og evne til selvregulering.

## 2.6 Varige endringer

Bandura mente at for å holde på en endring trengs det gode evner til selvregulering (41). Det er en utfordring for mange som forsøker å gå ned i vekt (50-52).

Dette kan i følge Bandura skyldes manglende evne til å tåle ubehagelige følelser som stress, depresjon, ensomhet, sosialt press, kjedsomhet og rastløshet (41).

Bandura fremhevet at det i forbindelse med behandling av fedme er viktig at den enkelte utvikler mer hensiktsmessige strategier for å håndtere sitt vektproblem. Blant metoder han oppgir er jevnlig selv-monitorering av spise- og treningsvaner samt betydningen av å endre dysfunksjonelle tanker som forhindrer god selvregulering. Det er de varige endringene som må tilstrebes. Det er derfor nødvendig å bruke tid på disse prosessene.

Bandura mente at i en atferdsendringsprosess går mennesker ofte gjennom flere sykluser av mestring og tilbakefall før de endelig lykkes. Tilbakefall kan gi nyttig informasjon på veien videre, og kan bidra til å styrke eller svekke mestringstroen avhengig av om det fører til henholdsvis økt innsats eller en opplevelse av inkompetanse.

### 3 Metode

Denne studien er en del av en større kvantitativ studie (se pkt. 3.2 Setting for detaljer) (16). Hensikten med hovedstudien var å sammenligne *gastric bypass operasjon* med tre ulike konservative metoder for behandling av fedme, deriblant et opphold på EK. I hovedstudien ble vektreduksjon, endringer i risikofaktorer og følgesykdommer registrert ett år etter intervensjonen. Vi ønsket i vår studie å utdype forståelsen for deltageres erfaringer med deltagelse på vektreduksjonsleiren EK ved å se på deres langtidserfaringer etter et slikt opphold.

I denne studien ble en kvalitativ metode valgt fordi den egner seg godt når det er den enkeltes erfaringer man ønsker å få frem (53). Effekten og de kliniske resultatene i de tidligere gjennomgåtte studiene sier ingenting om deltageres erfaringer og opplevelse av de ulike behandlingsmetodene (7, 16, 33-35). Det har vært vanskelig å finne kvalitative studier innenfor dette feltet, og vi har ikke funnet noen som har gjennomført dybdeintervjuer med voksne deltagere flere år etter et opphold på en vektreduksjonsleir. Malterud mener kvalitative studier kan bidra til å utdype spørsmål i etterkant av en kvantitativ studie når en slik studie viser uklarheter som man ønsker å undersøke nærmere (54).

#### 3.1 Etikk

Hovedstudiens protokoll ble gjennomgått og godkjent av REK-midt (Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt-Norge, Ref: 2010/1191), og studien ble gjennomført i henhold til retningslinjer fastsatt i Helsinkideklarasjonen<sup>2</sup> (16).

I forbindelse med studien som presenteres i denne masteroppgaven sendte ansvarlig for hovedstudien ved Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO), St. Olavs Hospital i Trondheim, en endringsmelding til REK-midt. Endringsmeldingen inneholdt blant annet en forespørsel om å få gjennomføre oppfølgingsintervjuer av deltagerne i hovedstudien. Studien ble godkjent av REK-midt 02.10.2012.

---

<sup>2</sup> Ethiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Utarbeidet av Verdens legeförening.

Alle deltagerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt, at deltagelsen var frivillig og at de sto fritt til å trekke seg fra studien når de selv ønsket uten å måtte oppgi en årsak. Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle informantene før intervjuene ble gjennomført (vedlegg 3). Alt publisert materiale er anonymisert for å ivareta deltagerens personlige opplysninger.

## 3.2 Setting

En gruppe hvite europeere, 154 kvinner og 52 menn, ble for syv år siden inkludert i en større studie i regi av RSSO (16). Hensikten med hovedstudien var som tidligere beskrevet, å sammenligne ulike fedmebehandlinger. Kriteriene for å delta var en alder på mellom 18 år og 60 år samt en sykkelig overvekt med BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> eller BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> med følgesykdom. Gravide, personer som var med i andre former for fedmebehandling eller som tidligere hadde gjennomgått vektreduserende kirurgi, stoff- eller alkoholmisbrukere og personer med mentale- og/eller psykiske lidelser ble ekskludert fra studien. Deltagerne som ble inkludert sto på venteliste for *gastric bypass* og ble fordelt ikke-randomisert til vektreduserende kirurgi eller tre ulike livsstilsbehandlinger.

Ett av de tre alternativene for livsstilsbehandling var et 18-ukers opphold på vektreduksjonsleiren EK (16). Det var kun 30 plasser, og disse ble tildelt etter en intervjurunde med ca. 60 aktuelle søkere. Alle søkerne ble intervjuet av representanter fra både St. Olavs og EK for å finne de 30 deltagerne de mente ville ha best utbytte av oppholdet.

### 3.2.1 Oppholdet på Ebeltoft Kurcenter og oppfølging etterpå

EK var, som tidligere nevnt, en vektreduksjonsleir ved Århus i Danmark (7, 16, 19). Dette var et behandlingstilbud til voksne mennesker med sykkelig overvekt. Varigheten på et opphold var på ca. 20 uker og hadde til hensikt å fremme livsstilsendring gjennom et intensivt program med lavkaloridiett, fysisk aktivitet, undervisning og atferdsterapi. En tverrfaglig gruppe med ernæringsfysiolog, fysioterapeut og psykoterapeut var

ansvarlig for gjennomføringen av programmet. Deltagerne bodde på området i små hus med soverom og kjøkken.

Alle deltagerne skulle ha et kosthold tilpasset nordiske anbefalinger med 55-60% karbohydrater, 15% protein og 30% fett. Ved hjelp av ukentlig veiing fikk deltagerne beregnet kaloriinntaket slik at en negativ energibalanse ble opprettholdt. Deltagerne lærte å lage sunn mat, beregne eget kaloriinntak og tilstrekkelig porsjonstørrelse. De lærte også om hvordan de kunne bruke ulike atferdsstrategier for å opprettholde livsstilsendringene over tid. I tillegg hadde deltagerne ukentlige økter ledet av en psykoterapeut med fokus på kognitiv terapi, selvfølelse, selvtillit og personlig utvikling. Et viktig tema var å finne årsaker til at de hadde utviklet en så stor overvekt. Undervisningen og veiledningen ble gitt både individuelt og i grupper.

Den fysiske aktiviteten hadde en helt sentral plass i programmet på EK (7). Alle deltagerne gjennomførte minst to timer daglig trening med en intensitet på mellom 50 og 60 % av  $VO_{2max}$ <sup>3</sup>. Treningen ble ledet av en fysioterapeut. Deltagerne kunne velge mellom flere ulike aktiviteter som svømming, aerobic, styrketrening, sykling eller turgåing. Kombinasjonen trening og diett skulle gi et vekttap på 1 til 1,5 kilo per uke. Programmet var lagt opp fra 07:30 til 16:00 fra mandag til fredag.

Etter oppholdet på vektreduksjonsleiren besto oppfølgingen blant annet av tilbud om individuelle konsultasjoner med psykiatrisk sykepleier fra RSSO hver andre uke i ett år (16). Under disse konsultasjonene ble deltagerens vekt registrert. Det ble også arrangert fellesmøter i regi av RSSO én til to ganger i året. Der fikk deltagerne mulighet for å utveksle erfaringer og snakke med de ansvarlige ved RSSO. I tillegg fikk de tilbud et årlig opphold på Røros rehabiliteringssenter i fem år frem til 2010. Opplegget der var, som på EK, tredelt med fokus på trening, kosthold og personlig utvikling. Hensikten var å motivere deltagerne til å opprettholde livsstilsendringene og vektreduksjonen fra EK. Det første oppholdet på Røros var ca. fire måneder etter hjemkomsten fra Ebeltoft og varte i fire uker. De senere oppholdene hadde en varighet på to uker.

---

<sup>3</sup>  $VO_{2max}$ , eller maksimalt oksygenopptak, refererer til den maksimale mengden oksygen som en person kan bruke under intens eller maksimal trening. Den måles som "milliliter oksygen brukes i ett minutt per kilo kroppsvekt." ([http://sportsmedicine.about.com/od/anatomyandphysiology/a/VO2\\_max.htm](http://sportsmedicine.about.com/od/anatomyandphysiology/a/VO2_max.htm))



### **3.3 Deltagere**

I studien tok vi utgangspunkt i de 30 personene som var på EK. Vi ønsket å få med informanter som varierte i forhold til alder, kjønn, grad av yrkesaktivitet, operert / ikke-operert og vektreduksjon siden oppholdet på EK.

Rekrutteringen skjedde ved at informantene mottok et brev med informasjon om denne studien fra ansvarlig for hovedstudien ved St. Olavs. Deretter ble de kontaktet pr. telefon av en ansatt ved RSSO for å høre om de ønsket å delta. Til slutt fikk vi overlevert en navneliste med de som hadde takket ja. Vi tok da kontakt med hver enkelt deltager for å avtale tid og sted for intervju. Til sammen 15 av de 30 deltagere (11 kvinner og 4 menn) takket ja, og ble inkludert i studien.

### **3.4 Datainnsamling**

I datainnsamlingen har vi benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer (54). Dette er en type intervju som ofte blir beskrevet som en samtale mellom informant og forsker. Sistnevnte styrer innholdet i samtalen etter en bestemt plan (intervjuguide) ut ifra hvilke temaer forskeren ønsker å belyse. Informantene får snakke fritt og forskeren introduserer temaer som informanten selv ikke berører. Forskeren skal ikke ha forutbestemte svaralternativer til temaene som introduseres i samtalen.

I vår studie kunne hver enkelt deltager selv bestemme om intervjuet skulle skje ved personlig oppmøte, og hvor det eventuelt skulle foregå, eller per telefon. Av de totalt 15 intervjuene som ble gjennomført var to hjemme hos informantene, to på deres arbeidsplass, to på hotell, fire på kafé og de resterende fem på ulike møterom ved St. Olavs. Vi var begge tilstede på 10 av intervjuene. På grunn av lang reisevei, jobb og andre praktiske hensyn i forhold til informantene gjennomførte hver av oss henholdsvis to og tre intervjuer alene. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

Intervjuguiden (vedlegg 1) ble utarbeidet før første intervju. Etter å ha snakket med fem informanter ble guiden endret noe slik at spørsmålene ble bedre tilpasset problemstillingen. I de første intervjuene ble det snakket mye om erfaringene fra EK og tiden rett etter oppholdet, men det kom ikke tydelig nok frem hvilken betydning denne

erfaringen hadde for informantene i det livet de lever i dag. Dette hadde vi et større fokus på etter intervjuguiden ble endret.

Vi startet intervjuene med et åpent spørsmål om hvilke erfaringer deltagerne hadde nå syv år etter oppholdet på EK. Deretter fulgte vi opp med spørsmål for å få mer utdypende svar. Vi la spesielt vekt på i hvilken grad og på hvilken måte den enkelte hadde integrert erfaringer og kunnskap fra vektreduksjonsleiren inn i sin livsstilsendring og egenomsorg.

Noen av deltagerne ble også intervjuet seks måneder etter oppholdet (Unni Dahl, personlig meddelelse). Det ble den gangen gjort et strategisk utvalg på 15 av de 30 som hadde vært på EK. Omkring halvparten av informantene ble intervjuet i en fokusgruppe (7 stk.), mens resten ble dybdeintervjuet (8 stk.). Da vi hadde fått navnene til de som hadde takket ja til å delta i vår studie, fikk vi gjennom Unni Dahl vite om de hadde vært intervjuet tidligere og hvilket intervju de hadde gjort. Vi fikk ingen personlige opplysninger om de som tidligere var intervjuet, men som ikke ønsket å delta igjen. Av de 15 som tidligere var intervjuet takket 12 ja til å delta igjen. Vi leste alle 6-måneders intervjuene før vi startet egen datainnsamling. Hensikten var å få en forståelse for erfaringene de hadde gjort seg kort tid etter oppholdet. Under våre intervjuer benyttet vi informasjonen fra disse til å kontrastere erfaringene på kort sikt med de erfaringene de satt igjen med nå syv år senere. Informantene som tidligere var intervjuet ble ikke konfrontert med hva de hadde sagt den gangen. Sammenligningen ble gjort på et generelt grunnlag, slik som: "Rett etter Ebeltoft sa mange...", "Seks måneder etter oppholdet mente noen...".

### **3.5 Dataanalyse**

I vår analyse har vi benyttet Malteruds metode "systematisk tekstkondensering", som er basert på Giorgis fenomenologiske metode for analyse av kvalitative data (54). Fra begynnelsen planla vi å gjennomføre analyseprosessen parallelt med datainnsamlingen. Det viste seg imidlertid at informantene meldte seg forholdsvis raskt, og i løpet av syv uker hadde vi gjennomført alle 15 intervjuene. Vi prioriterte da å transkribere intervjuene fortløpende, og delte denne jobben mellom oss.

Gjennom hele analyseprosessen har vi hatt jevnlig diskusjoner med veilederne våre via mail, skype og veiledningsmøter i Trondheim.

Analysen foregikk i fire trinn etter at intervjuene var transkribert:

1. *Å få et helhetsinntrykk:* Rett etter hvert intervju skrev vi ned en kort oppsummering om hva intervjuet handlet om. Dette var vårt førsteinntrykk. Sammen med transkriberingen av hvert enkelt intervju forsøkte vi i første omgang å få et overblikk og se helheten uten å tenke på temaer eller på å finne sammenhenger. I denne fasen var det viktig ikke å lete etter de svarene en forventer. Vi hadde derfor allerede før første intervju diskutert og skrevet ned egen forforståelse.
2. *Identifisere meningsdannende enheter:* I neste trinn jobbet vi hver for oss og forsøkte å finne de delene av teksten som var relevant i forhold til problemstillingen og de delene som ikke var det. Deretter sammenlignet vi det og ble enige om hvilke meningsbærende enheter som skulle være med videre i analysen. Det ble mye tekst, men Malterud skriver at på dette stadiet er det bedre med litt for mye enn litt for lite. Vi jobbet videre hver for oss med å kategorisere teksten i ulike grupper (tema) og undergrupper før vi igjen diskuterte og kom frem til et felles førsteutkast.
3. *Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og sammenfatte betydningen av dette:* Det neste vi gjorde var å trekke sammen teksten i hver gruppe og lage en fortelling i jeg-form. Ved å skrive teksten på denne måten ble datamaterialet veldig nært. Malterud sier at det på denne måten er lettere å se om de delene av teksten man har valgt ut havner i riktig gruppe. Underveis i denne prosessen laget vi også passende undergrupper. Vi hadde tett kontakt med hverandre i denne fasen da prosessen gikk frem og tilbake flere ganger før vi til slutt kom frem til de gruppene og undergruppene som vi syntes kom tydelig frem i teksten og som formidlet det informantene faktisk hadde sagt.
4. *Kondensering fra kode til mening:* Til slutt satte vi sammen gruppene og undergruppene til en helhet som kunne deles med leseren, og som representerte de overordnede funnene i datamaterialet. Det kom nå tydelig frem om det var flere som hadde formidlet det samme eller om det var kun en enkeltuttalelse.

Dette var viktig med tanke på muligheten for å generalisere, eller om vi hos andre mennesker kan forvente eller lete etter den samme erfaringen.

Gjennom hele analyseprosessen har vi skrevet logg og dokumentert hva vi har tenkt, hvilke endringer vi har gjort og begrunnelsen for de valgene vi har tatt underveis. Loggen har gjort det lett for oss å gå tilbake når vi har hatt behov for det samtidig som dokumentasjonen er viktig for å gjøre vår tolkning av datamaterialet forståelig og tydelig for leseren. For å tydeliggjøre teksten har vi under hvert tema tatt med utvalgte sitater. Disse er skrevet av fra lydopptakene, men presenteres i oppgaven i skriftlig form. For å gjøre risikoen for gjenkjennelse så liten som mulig har vi i analysen valgt å benevne alle informantene med "hun".

### **3.6 Egen forforståelse**

I vårt arbeid som helsesøster og jordmor har vi møtt flere mennesker med sykkelig overvekt. Det har gitt oss kjennskap til problemene en så betydelig overvekt kan gi. Vår forforståelse er blant annet knyttet til at vi mener det må være mulig å behandle overvekt og fedme ved å jobbe langsiktig og målrettet med å gjennomføre varige livsstilsendringer.

Vi er opptatt av at både samfunn og individ har et ansvar for behandling og forebygging. Ulike samfunnsaktører bør og kan legge til rette for å utvikle gode behandlingstilbud, og for å skape et mindre fedmefremkallende miljø. Samtidig kommer vi ikke utenom at det enkelte individ har et selvstendig ansvar for egen helse. Det er ikke mulig å endre et menneske som selv ikke ønsker det, men vi tror det er mulig å legge til rette for å skape et ønske om endring. Vi tror også at evnen til å se egne muligheter og viljen til å gjennomføre planene kan øves opp. I en slik prosess er det viktig med kunnskap og støtte fra fagpersoner og "viktige" andre.

Vi tror ikke at det finnes enkle løsninger på denne problematikken. I løpet av vårt masterstudie i fedme og helse har vi virkelig fått en forståelse for hvor sammensatt og komplisert dette feltet er. Egne positive erfaringer med trening har påvirket vår oppfatning av at fysisk aktivitet er en av de viktigste faktorene for å kunne lykkes med en vektreduksjon på lang sikt.

## 4 Resultat

### 4.1 Informantene

I denne studien ble 15 norske deltagere mellom 33 og 61 år, 11 kvinner (73%) og 4 menn (27%), dybdeintervjuet (tabell 1). De var en del av en gruppe på 30 personer som for syv år siden deltok på en 18 ukers vektreduksjonsleir på Ebeltoft Kursenter (EK) i Danmark. Før de reiste til vektreduksjonsleiren var samtlige sykkelig overvektige med en BMI på  $> 40 \text{ kg/m}^2$  eller BMI  $> 35 \text{ kg/m}^2$  med følgesykdommer.

Alle våre informanter fortalte at de hadde kontaktet fastlegen for å få hjelp med sin overvekt, og at det var slik de fikk tilbud om oppholdet på vektreduksjonsleiren.

I intervjuene kom det frem at det var ulike grunner til at de ønsket hjelp og at de opplevde det å være overvektig svært forskjellig. Noen fortalte at de hadde følt seg attraktive og vært fornøyde med kroppen sin helt til de fikk ulike helseplager på grunn av den høye vekten. Andre sa at de lenge hadde følt overvekten som en stor fysisk og psykisk belastning og at overvekten hadde gjort dem utrygge i sosiale situasjoner.

Syv år etter, sa 14 av de 15 informantene at de var fornøyd med oppholdet på vektreduksjonsleiren og de fleste av dem ville reist tilbake hvis de hadde fått en ny mulighet. Enkelte syntes atten uker var for lenge, og ville derfor takket nei til et nytt opphold. Én av informantene sa hun husket tilbake på oppholdet som en traumatisk opplevelse, og at hun aldri ville valgt vektreduksjonsleir igjen.

De fleste av informantene sa at de veide mindre i dag enn før de reiste til vektreduksjonsleiren. Én veide det samme mens to ikke ønsket å oppgi vektutviklingen de siste syv årene. Mange fortalte at de hadde blitt operert med gastric bypass i årene etter oppholdet, den første ble operert to år etter oppholdet og den siste fem år etter.

**Tabell 1:** Informantene i dag

<b>Variabler</b>		<b>Antall (N=15)</b>
Kjønn	Kvinne	11
	Mann	4
Alder/år	30-39	2
	40-49	7
	>50	6
Fornøyd med oppholdet	Ja	14
	Nei	1
Ville valgt vektreduksjonsleir igjen	Ja	10
	Nei	5
Veier mindre i dag enn for syv år siden	Ja	12
	Nei	1
	Ikke oppgitt	2
Operert	Ja	10
	Nei	5

#### 4.1.1 Oppfølging etter oppholdet på vektreduksjonsleiren

Informantene fortalte at de etter oppholdet fikk tilbud om følgende oppfølging i regi av RSSO:

**Røros rehabiliteringssenter:** Det første året fikk deltagerne tilbud om to opphold på Røros Rehabiliteringssenter, deretter et årlig opphold de neste fire årene. Hvert opphold hadde varighet på 14 dager.

I følge våre informanter var de forespeilet at oppfølgingen skulle være på Ebeltoft Kurcenter, men at det ble erstattet med Røros Rehabiliteringssenter. De fleste sa at de hadde lite eller ingen utbytte av disse oppholdene, og valgte etter hvert å takke nei til flere. To informanter fortalte at de benyttet seg av hele tilbudet på Røros Rehabiliteringssenter.

**Psykiatrisk sykepleier:** Det første året fikk informantene tilbud om en telefonsamtale med en psykiatrisk sykepleier hver 14.dag. De fikk også tilbud om personlige møter, etter at dette ble ønsket fra enkelte av deltagerne. Én av informantene sa at disse samtalene hadde vært nyttige.

**Fellesmøter:** I tillegg fikk deltagerne tilbud om to fellesmøter i løpet av det første året. På møtene var et av samtaleemnene hvordan deltagerne klarte å holde på livsstilsendringene etter at de kom hjem. Der ble det i plenum snakket om hvordan det gikk med den enkelte. To av informantene fortalte at de i den forbindelse hadde følt seg latterliggjort, og ingen av informantene fremhevet denne delen av oppfølgingen som særlig bra.

#### 4.1.2 Endringer i informantenes livssituasjon

Hovedstudiens resultater viste at alle de 30 deltagerne gikk ned  $25,2 \pm 7,4$  kg under oppholdet på vektreduksjonsleiren (16). I løpet av det påfølgende året gikk de opp igjen  $4,4 \pm 8,6$  kg, noe som ga et samlet vekttap etter ett år på  $20,8 \pm 12,5$  kg. Vi har ikke eksakte vektdata på de som deltok i vår studie, men av historiene deres høres det ut som om resultatene for hele gruppen også var gyldige for de 15 vi intervjuet.

Under intervjuene kom det frem at det i årene etter vektreduksjonsleiren hadde skjedd mange endringer i informantenes livssituasjon. Noen av endringene var, i følge flere, direkte eller indirekte følge av oppholdet på EK. Disse er oppsummert i tabell 2.

I forhold til for syv år siden var flere i dag gift, samboer eller hadde en kjæreste. Når det gjaldt jobb var 13 av informantene i dag i fast arbeid sammenlignet med 9 før oppholdet på vektreduksjonsleiren. Antallet sykmeldte var omtrent det samme nå som for syv år siden, men sykmeldingene i dag skyldtes i mindre grad årsaker som var relatert til fedmen. Av de som var sykmeldt før de reiste til vektreduksjonsleiren fortalte flere at de på det tidspunktet var i ferd med å bli uføretrygdet som følge av overvekten. I dag var de i full jobb.

Sammenlignet med tiden før vektreduksjonsleiren var det betydelig flere som i dag trente regelmessig. Mange oppga også at de følte seg tryggere i sosiale sammenhenger,

opplevde større egenverd og mente at de var blitt flinkere til å sette grenser og ta hensyn til egne ønsker og behov.

Mange beskrev at de fortsatt hadde et vanskelig eller anstrengt forhold til mat, og at de visste at det for dem var en sammenheng mellom følelser og mat. En stor forskjell var likevel at de i dag kunne gjenkjenne disse situasjonene og hadde strategier for hva de kunne gjøre i stedet, slik at de nå i større grad unngikk å trøste- eller overspise.

**Tabell 2:** Endringer i deltagerens livssituasjon fra tiden før/like etter vektreduksjonsleiren og frem til i dag (N=15)

	<b>Før vektreduksjonsleiren</b>	<b>I dag</b>
Gift/samboer	7	11
Kjæreste	0	2
Enslig	8	2
Barn	11	12
Yrkesaktiv	9	8
Sykemeldt (helt/delvis)	4	5 (3/2)
Ikke fast jobb	1	0
Ufør	0	1
Student	1	0
Pensjonist/vikariat	0	1
Trente regelmessig	3	9
Tryggere sosialt	1	9
Opplevelse av større egenverd	1	10
Bedre til å sette grenser	-	9
Vanskelig forhold til mat	9	7
	<b>Rett etter vektreduksjonsleiren</b>	<b>I dag</b>
Vektreduksjon <10 kilo	0	4
Vektreduksjon 10-20 kilo	1	1
Vektreduksjon 20-30 kilo	7	1
Vektreduksjon 30-40 kilo	3	3
Vektreduksjon > 40 kilo	2	4
Ikke oppgitt	2	2



## 4.2 Overordnede funn

Selv nå syv år etter husket alle informantene tiden på vektreduksjonsleiren svært godt. Oppholdet innebar at informantene var borte hjemmefra i atten uker, og mange sa at det for lenge. Likevel nevnte de fleste at de trodde et langt opphold var nødvendig for at de skulle kunne oppleve livsstilsendringenes innvirkning på vekten og den fysiske formen.

De fleste fortalte at det i årene etter oppholdet hadde vært mange opp- og nedturer med hensyn til både vekt og motivasjon. Likevel sa de fleste at vektreduksjonsleiren hadde vært viktig for hvordan livet deres var i dag. De sa at oppholdet hadde vært avgjørende for at de i dag hadde innarbeidet en annen og sunnere livsstil, og derfor hadde en lavere og mer stabil vekt.

Nesten alle informantene fremhevet mestringsgleden og mestringstroen, spesielt i forhold til fysisk aktivitet, som en av de viktigste erfaringene fra vektreduksjonsleiren.

Flere av informantene sa at de fortsatt husket gleden de hadde fått gjennom treningen. De mente den satte i gang en positiv prosess som hadde ført til at de i dag hadde bedre selvfølelse, selvtillit og livskvalitet.

Nesten alle informantene fremhevet at de profesjonelle på EK hadde bidratt til at de fikk en styrket mestringstro. Spesielt ble trenerne trukket frem. Mange mente også at samværet med de andre hadde vært medvirkende til dette. Informantene var også opptatt av betydningen av kunnskapen de fikk om kosthold og trening på EK. Den hadde gjort det mulig for dem å gjøre de riktige livsstilsendringene.

Flere av informantene snakket om at de livsstilsendringene de hadde gjort etter vektreduksjonsleiren hadde vært en gradvis prosess. En av informantene sa at det ene hadde ført det andre med seg, og at vektreduksjonsleiren for hennes del hadde vært starten på en læringsprosess hvor kunnskap og erfaring fra oppholdet hadde ført til at hun nå hadde greid å opprettholde livsstilsendringene over tid.

*Jeg har gjort små endringer som har ført til andre endringer og som igjen har åpnet for en tredje endring. Ting har på en måte skjedd gradvis.*

Av de som var operert etter oppholdet på vektreduksjonsleiren sa nesten alle at den kunnskapen og de erfaringene de hadde fått var viktig for at resultatet etter operasjonen hadde blitt vellykket.

De fleste informantene fremhevet at de under oppholdet lærte mye om kosthold og trening.

Etter å ha analysert de 15 intervjuene, valgte vi å dele resultatet inn i seks hovedtema; *livsstilsendringer, livskvalitet og selvbilde, erkjennelse, viktige andre, operasjon og kunnskap*. Fem av disse temaene har vi igjen delt inn i to til tre undergrupper.

Hovedtemaene med undergrupper mener vi beskriver hvilken betydning oppholdet på vektreduksjonsleieren hadde hatt for livet informantene levde i dag.

## **4.3 Livsstilsendringer**

### **4.3.1 Fysisk aktivitet og trening**

De fleste informantene mente at treningen var den viktigste erfaringen de fikk på vektreduksjonsleiren. De fremhevet at det de hadde lært der hadde vært vesentlig for de livsstilsendringene de hadde klart å gjennomføre i løpet av årene etter oppholdet.

Fem av informantene fortalte at de hadde drevet organisert idrett i oppveksten, men for de resterende var det å ha glede av fysisk aktivitet en ny opplevelse. De forklarte at de hadde opplevd overvekten som en begrensing, og hadde en tanke om at det var både vondt og farlig å trene så hardt som de senere erfarte å gjøre på vektreduksjonsleiren. Alle informantene trakk frem hvor grusomt, men samtidig deilig det hadde vært å presse kroppen til å yte mye mer enn de hadde trodd var mulig, og i tillegg erfare at det gikk bra til tross for den betydelige overvekten. En av informantene sa at hun husket at hun trodde hun "skulle dø" på noen av de første treningsøktene. Flere fortalte at de husket at de var så støle den første tiden at de måtte gå baklengs ned trappene. En annen fortalte at den eneste gangen hun gråt i løpet av den tiden hun var på vektreduksjonsleiren var da hun hadde gjennomført en hel aerobic time uten stopp. Hun gråt av glede.

Noen av informantene sa at de tidligere hadde forsøkt å trene på vanlige treningsstudio, men hadde følt seg både ukomfortable og svært synlige. Følelsen av mislykkethet og

engstelse for ikke å klare det hadde vært mest fremtredende. Flere av informantene uttalte hvor befriende det hadde vært å trene sammen med andre overvektige på vektreduksjonsleiren hvor alle var i samme situasjon, og ingen følte seg ille til mote selv om "flesket disset". De fleste fortalte at de på vektreduksjonsleiren opplevde at alle mestret på sin måte. Flere av informantene sa at nettopp de positive erfaringene og mestringsopplevelsene de hadde fått gjennom treningen på vektreduksjonsleiren, gjorde det i dag lettere å trene på et offentlig sted eller å gå i bassenget sammen med normalvektige.

Informantene beskrev hvordan de husket trenerne på vektreduksjonsleiren som entusiastiske, utfordrende, støttende og omsorgsfulle. De sa at deres væremåte hadde gjort at de fikk tro på seg selv, og følte en forpliktelse til å delta aktivt og gjøre sitt ytterste. En av informantene sa at hun fortsatt husket veldig godt at en av trenerne hadde sagt at han hadde spesielt tro på henne og at hun skulle lykkes. Hun sa videre at dette var noe hun fremdeles tenkte tilbake på med en god følelse.

*Jeg glemmer det aldri, for det er sånne ord jeg har tatt med meg fra en av trenerne på vektreduksjonsleiren. Han sa: "Jeg tror på deg, jeg tror spesielt på deg og at du kan lykkes." Det er sånne ord som man tar med seg videre og gjemmer på.*

Deltagerne fortalte at de på vektreduksjonsleiren ble presentert for mange ulike former for trening, og at de der fikk velge hva de ønsket å delta på. En informant sa at hun bevisst valgte de aktivitetene hun visste hun kunne fortsette med hjemme. Flere sa at det å prøve ulike treningsformer på vektreduksjonsleiren var viktig for at de i dag hadde funnet aktiviteter de trivdes med, og som gjorde at fysisk aktivitet hadde blitt en naturlig del av hverdagen. Mange av informantene fortalte at treningsgleden og opplevelsen av å komme i bedre fysisk form, gjorde at de fikk en helt annen tillitt til egen kropp og egne prestasjoner.

Flere av informantene sa at de ikke trodde de hadde oppnådd den samme treningsgleden hvis oppholdet hadde vært kortere, og derfor ikke ville hatt det samme utbytte av vektreduksjonsleiren på lang sikt.

### 4.3.2 Mestringsglede

Nesten alle informantene ga en levende beskrivelse av hvor tilfredsstillende det hadde vært å kjenne seg lettere og å komme i så god fysisk form som de gjorde i løpet av den tiden de var på vektreduksjonsleiren for syv år siden. Svært mange beskrev at de i løpet av sin oppvekst og voksenliv hadde samlet mye erfaring knyttet til det å ikke mestre og ikke strekke til. De fortalte at de derfor hadde lite erfaring med å tro på egne mestringsevner da de reiste til vektreduksjonsleiren.

Flere fortalte at de i løpet av oppholdet hadde opplevd en enorm mestringsglede både på egne og endres vegne. En informant sa at det mest rørende hun var vitne til, var da en av de andre deltagerne, en ung jente på over 250 kilo, kom i mål etter en duatlon med sykling og løping/gange. Mestringsgleden beskrives av nesten alle informantene som sentral i forhold til at de i dag har et bedre liv, en bedre selvfølelse og at de er fysisk aktive til tross for sin overvekt.

*Før hadde jeg mere fokus på alle gangene jeg ikke holdt. Nå har jeg mere fokus på at i morgen skal jeg holde igjen, og det er noe som har forandret seg drastisk. Handler sikkert litt om å bli voksen, men også fordi at jeg har vært gjennom de utfordringene jeg har. Jeg har blitt avkledd så mange ganger, og har måttet ta stilling til hvilken vei jeg ville gå. Det har nok vært med på å hjulpet meg veldig mye til å velge litt annerledes.*

### 4.3.3 Tro på endring

I årene som hadde gått etter oppholdet på vektreduksjonsleiren hadde mange av informantene endret syn på hva som skulle til for å lykkes med vektreduksjon og en varig livsstilsendring. Noen sa at det å gjennomføre og opprettholde en endring over tid krevde mer enn kunnskap og motivasjon. De uttalte at en også måtte ha tro på seg selv og tro på at endring var mulig å gjennomføre. Flere sa at troen var nødvendig for å kunne mobilisere nok krefter i forhold til endringsarbeidet. En av informantene sa at en god hjelper av og til kunne være ens "stedfortredende tro og håp" inntil en selv klarte å opparbeide seg tilstrekkelig med egen tro. Når de i dag så tilbake fortalte mange at de

hadde fått denne troen og dette håpet av de ansatte på vektreduksjonsleiren. Dette hadde fremdeles betydning med tanke på de livsstilsendringene de fortsatt jobbet med.

Alle informantene snakket om den vanskelige overgangen da de kom tilbake og skulle innlemme livsstilsendringene fra vektreduksjonsleiren i hverdagen hjemme. Likevel sa flere at de hadde fått en styrket selvtillit og tro på at de kunne få til de nødvendige endringene nettopp fordi de under oppholdet på vektreduksjonsleiren hadde sett og selv opplevd at det nyttet. I følge informantene var denne erfaringen viktig for at de fleste også i dag hadde tro på, og benyttet seg av kostholds- og treningsprinsippene fra vektreduksjonsleiren.

De fleste informantene fortalte at de underveis hadde justert sin opprinnelige målsetting. De sa at de i utgangspunktet hadde håpet på å bli normalvektig, men målene hadde etter hvert blitt mer knyttet opp mot det å ha en god helse, kunne jobbe, klare å bevege seg uanstrengt samt å være aktiv med venner og familie. Da vi spurte om vektreduksjonsleirens betydning i forhold til dette fortalte informantene at de under oppholdet hadde kjent på hvor mye lettere alt ble da de hadde gått ned i vekt til tross for at de fortsatt var mange kilo unna normalvekt.

## **4.4 Kunnskap**

### **4.4.1 Mat**

Mange av informantene fortalte at de hadde vært overvektige store deler av livet og at de hadde forsøkt utallige kurer og dietter. De fortalte selv at de trodde de kunne "alt" om kosthold og ernæring før de reiste til vektreduksjonsleiren. Likevel sa de at de lærte mye nytt og fikk mange nye erfaringer i løpet av ukene der nede. Blant annet nevnte flere av deltagerne at det var første gangen de hadde gått ned i vekt uten å være plagsomt sulten. De fleste kommenterte den positive opplevelsen de hadde med små hyppige måltider og at dette var en vane de derfor hadde beholdt siden.

*Jeg var vant til at når jeg skulle gå ned noen kilo, så gikk jeg konstant sulten. Det jeg tidligere hadde gjort feil var at jeg spiste for sjelden, og når jeg spiste så var det store*

*måltider. På Ebeltoft følte jeg at vi spiste hele tiden, og jeg fantes ikke sulten noen av dagene. Det var en helt ny opplevelse å spise hyppige måltider, ikke være sulten og samtidig gå ned i vekt.*

I dag fortalte nesten alle deltagerne at de husket maten på vektreduksjonsleiren som svært god. De fremhevet at både den maten de laget selv, og den de fikk servert, ga dem mye kunnskap og inspirasjon. Flere sa at de ble overrasket over at mager mat kunne være så fristende og velsmakende, og flere benytter fremdeles oppskrifter og tips de hadde fått på vektreduksjonsleiren.

*For eksempel saus og supper, jeg jevner aldri med smør. Jeg rister det bare med vann. Det er sånne tips vi lærte på Ebeltoft. Jeg reduserer også litt på sukker fordi jeg nå vet at det går an, i kaker for eksempel. Ja, og denne uken så tok jeg faktisk fram det oppskriftsheftet fra Ebeltoft. Jeg kom på at det er en kakeoppskrift der, og tenkte at nå skal jeg prøve den igjen. Jeg har beholdt det der.*

Noen snakket om at de nå drakk mye mer vann enn tidligere. Flere fortalte at de før hadde brukt mye olje eller smør til steking, og som regel bare tømte på uten å tenke på hvor mye de brukte. Nå var de mer bevisste og tok bare en teskje. Mange fortalte at de nå bevisst erstattet fete produkter med magrere. Kjøttdeig var erstattet med karbonadedeig, pølse eller farsemat var erstattet med rent kjøtt og de hadde lært å lage saus med jevning istedenfor smør og mel.

På spørsmål om kostnaden ved å legge om til en sunnere livsstil svarte en av informantene:

*Vi har nok bedre råd i dag, fordi vi har mindre utgifter til kjøtt nå enn tidligere. Når vi kjøper en kilo karbonadedeig nå, deler vi den jo opp i 200 grams pakker og sper på med linser, bønner og grønnsaker. Dette er både sunt, mettende og billigere.*

En informant sa at hun husket at de fikk beskjed om å tenke som en normalvektig i forhold til valg av mat og porsjonsstørrelse. Hun fortalte at dette var et tips hun siden hadde forsøkt å være bevisst på.

#### 4.4.2 Grensesetting

Samtlige informanter sa at det på vektreduksjonsleiren var mye fokus på grensesetting. De fortalte at de der fikk høre at mange mennesker med sykkelig overvekt var typiske jamennesker som ofte stilte opp for andre og sjelden tok hensyn til egne behov. Dette var en beskrivelse noen av informantene sa de kjente seg igjen i. Det var også flere som uttalte at dette var en helt ny forståelse, og at de aldri tidligere hadde tenkt slik om seg selv. Flere fortalte at denne bevisstgjøringen førte til en større forståelse for seg selv og egne reaksjoner. Nesten alle informantene nevnte uttrykket "Å være skipper på egen skute", som de hadde hørt på vektreduksjonsleiren. De forklarte at dette innebar å ta egne valg samt å kunne si nei til andre hvis det kom i konflikt med egne behov og prioriteringer.

*Du blir tvunget til å kjenne på alt, se på deg selv, ta valg og stå for det. Du skal være skipper på egen skute, så de på vektreduksjonsleiren. Du er ansvarlig for at skuta kommer trygt i havn og det var en ny tenkning for meg.*

Flere informanter sa i dag at de syntes de var blitt flinkere til å si nei som en følge av oppholdet på vektreduksjonsleiren, mens andre uttalte at dette fortsatt var en utfordring. To av informantene fortalte at det å hjelpe andre var en stor del av deres identitet og at de trivdes i denne rollen. De sa videre at det å sette grenser for andres bruk av ens tid fortsatt var vanskelig og noe de hele tiden måtte jobbe aktivt med.

*Det er en utfordring å si nei, for det er ikke i min natur å gjøre det. Og det har vært en utfordring å begrense andres bruk av min tid slik at jeg selv kan definere hva jeg ønsker å bruke tiden min på.*

En av informantene fortalte at hennes hjem alltid hadde vært et samlingspunkt for venner og god mat. Hun var den i familien som stilte opp med flest kaker når noe skulle feires. Dette endret hun på etter vektreduksjonsleiren. I dag var hun fornøyd med at hun hadde klart å sette disse grensene, og klart å prioritere seg selv og sine egne behov.

#### 4.4.3 Andre verktøy

God struktur var en annen faktor som flere av informantene sa at de husket fra vektreduksjonsleiren. De fortalte at det å være strukturert hadde gjort det lettere å innføre en ny livsstil.

Flere informanter ga eksempler på tiltak de hadde iverksatt for å gjøre det enklere å følge livstilen de hadde lært på vektreduksjonsleieren. En sa at hun hadde byttet ut alle tallerkenene med asjetter for å forsikre seg om at hun ikke spiste for mye. Andre oppga at de var nøye med å ikke ha mat i huset som de ikke skulle spise. En informant sa at hun alltid passet på å ha spist før hun skulle handle mat, mens en annen fortalte at hun unngikk å gå i gater med matbutikker hvis hun hadde behov for å trøstespise. Andre informanter fortalte at de passet på å ha noen å trene sammen med for å gjøre treningen mer forpliktende og lystbetont. En av informantene sa at hun kombinerte turer i marka med sin lidenskap for fotografering.

Flere av informantene fortalte at de på vektreduksjonsleiren lærte mye om betydningen av hverdagsaktivitet og det å benytte enhver anledning til å bevege seg. De sa at dette var noe de nå var bevisst på. Som eksempler nevnte de at de parkerte bilen langt fra inngangen til kjøpesenteret, tok buss istedenfor bil, gikk av bussen en holdeplass før de måtte og gikk trappen istedenfor å ta heisen.

Noen av informantene fortalte at mat fortsatt fylte mange følelsesmessige funksjoner hos dem. De hadde derfor brukt lang tid på å finne andre og mer hensiktsmessige måter å takle egne følelser på. Flere av dem fortalte at de til en viss grad fremdeles brukte mat som trøst. Likevel sa de at mengde og type mat var annerledes i dag på grunn av kunnskap om ulike strategier som de hadde tilegnet seg på vektreduksjonsleiren.



## 4.5 Livskvalitet og selvbilde

13 av våre 15 informanter uttalte at de hadde en bedre livskvalitet i dag enn før de reiste til vektreduksjonsleiren, og at oppholdet der hadde vært medvirkende til dette. Flere av informantene sa at dette vedvarte selv om de etter oppholdet la på seg nesten alt igjen. Deres forklaring var at de i løpet av tiden på vektreduksjonsleiren hadde fått en følelse av egenverd som de ikke hadde hatt tidligere.

*Livskvaliteten min ble bedre etter vektreduksjonsleiren da jeg hadde gått ned tretti kilo. Selv om jeg gikk opp nesten alt igjen, eller fem og tjue kilo, har personligheten min forandret seg til det positive for meg.*

De fleste informantene fortalte at oppholdet på vektreduksjonsleiren hadde vært viktig for de livsstilsendringene de hadde klart å gjøre i årene som fulgte. Denne oppfatningen var uavhengig av om de senere valgte operasjon eller ikke. En av informantene fortalte at hun hadde vært i sterk tvil om hun skulle velge operasjon eller opphold på vektreduksjonsleiren. Hun fortalte at hun for syv år siden hadde oppfattet operasjon som en "lettvin" løsning, men at det i dag ikke lenger var et alternativ. Hun sa at de livsstilsendringene hun hadde gjennomført etter vektreduksjonsleiren nå var så innarbeidet at det ikke lenger var snakk om en endring, men en ny måte å leve på. Selv om hun fremdeles var overvektig, fortalte hun at hun hadde oppnådd mange av sine mål, og at hun følte at hun hadde lyktes med sitt prosjekt.

*For meg har det vært en kjempeseier. Mye av det skyldes at jeg nå for det første har et helt annet selvbilde og for det andre har en helt annen funksjonalitet. Jeg har kommet langt og synes at jeg i dag har et godt liv. Jeg ville uten tvil takket ja til vektreduksjonsleiren igjen.*

### 4.5.1 Anerkjennelse

Flere av våre informanter fortalte at de, i møte med de profesjonelle på vektreduksjonsleiren, følte de fikk aksept for at overvekten var et problem og ikke bare

et uttrykk for latskap og manglende viljestyrke. De fortalte videre at dette var nytt for dem, og flere opplevde det som en lettelse å få en slik anerkjennelse. De uttalte at det hadde vært avgjørende å møte profesjonelle som forstod dem, kjente problematikken og som var optimistiske når det gjaldt muligheten for å få til en varig livsstilsendring. Informantene sa også at dette bidro til at de følte seg verdsatt og respektert, og at de ble mer optimistiske med hensyn til at dette var noe de kunne klare.

#### 4.5.2 Betydningen av økt selvtillit og selvfølelse i sosiale sammenhenger

Nå syv år etter oppholdet på vektreduksjonsleiren, fortalte flere av informantene om hvordan de tidligere forsøkte å ta minst mulig plass i sosiale sammenhenger. De sa at de følte at kroppen var så dominerende at de ikke hadde mot til å ta mer oppmerksomhet. For mange hadde dette endret seg etter oppholdet. Når de nå tenkte tilbake sa flere at både vektreduksjon, mestringsglede og erfaringen fra det sosiale livet på vektreduksjonsleiren hadde gitt dem bedre selvtillit og selvfølelse.

En av informantene fortalte at hun trivdes veldig godt sosialt på vektreduksjonsleiren, og at det på mange måter var en ny opplevelse for henne. Vennskapet med de andre førte til økt sosial trygghet, noe hun sa var avgjørende for at hun i dag både hadde samboer og barn.

Det kom frem at informantene var noe delt i hva de syntes om det sosiale livet på vektreduksjonsleiren. Mange opplevde at det hadde vært nyttig. Blant annet fordi de ble klar over egne uheldige atferdsmønstre gjennom å observere hvordan andre benyttet unnskyldninger og bortforklaringer når de ikke klarte å følge opplegget på vektreduksjonsleiren.

Til tross for nytten var det også tøft å leve så tett sammen med andre over så lang tid, og alle snakket om grupperinger, konflikter og intriger.

Flere sa at det å veie mindre gjorde dem tryggere og mer selvsikre i møte med andre og at denne tryggheten førte til at de forventet å bli møtt på en annen måte. To av informantene snakket om at stigmatisering ikke bare handlet om hvordan de faktisk ble oppfattet av andre, men også om hvilke forventninger de selv hadde til hvordan andre så på dem. De sa at hvis man er trygg på seg selv og forventer å bli behandlet med respekt

er det større sannsynlighet for at man blir det. Begge fortalte at de opplevde at det var lettere å ha denne tryggheten etter vekttapet på vektreduksjonsleiren og at denne innsikten i forhold til stigmatisering var viktig for at de nå opplevde å ha en større sosial trygghet.

Flere snakket om viktigheten av å akseptere og godta seg selv. De fortalte at de tidligere hadde vært plaget med mange selvnedvurderende tanker, noe som hadde gjort det vanskeligere å lykkes med livsstilsendringer og vektreduksjon.

*Det er en sånn tankerekke som går i en nedadgående spiral. Jo flere drypp man får mot selvfølelsen, jo verre blir det å tro på at man kan greie å gjennomføre en endring. Når det gjelder motivasjon så tenker jeg at det er ikke nok å ha vilje. Du må ha tro på at du kan klare det også.*

En av deltagerne beskrev at hun hadde hatt tilbakevendende depresjoner før vektreduksjonsleiren. Nå hadde hun ikke vært deprimert de siste fem årene, og sa at dette skyldtes vektreduksjonen i seg selv og den personlige utviklingen hun hadde hatt på vektreduksjonsleiren og i tiden etterpå.

## **4.6 Erkjennelse**

### **4.6.1 Årsak til overvekt og betydningen av terapi som en del av fedmebehandling**

Syv år etter vektreduksjonsleiren hadde våre informanter svært ulik oppfatning av årsaken til at de var overvektige. Noen (2 stk.) fortalte at de hadde gått i terapi før de reiste til vektreduksjonsleiren og sa at dette hadde hjulpet dem å se sammenhengen mellom egen livshistorie, vanskelige følelser og eget vektproblem. Når de tenkte tilbake, mente de at dette hadde vært avgjørende for at de klarte å nyttiggjøre seg av tilbudet på vektreduksjonsleiren.

Flere av de andre informantene (6 stk.) fortalte at de hadde gått i terapi etter vektreduksjonsleiren. For to av dem kom det frem at disse samtalene hadde vært viktige

i prosessen som startet for syv år siden, og som nå gjorde at de følte at de håndterte sitt vektproblem.

To uttalte helt klart at det var årsaker i egen historie som hadde gjort at de slet med fedme. De fortalte at til tross for terapi hadde ingen av dem klart å komme inn på de følsomme temaene. Disse to sa at de i løpet av de siste syv årene ikke opplevde at de hadde kommet særlig mye lengre i forhold til sin overvektsproblematikk.

To av informantene, som aldri hadde gått i terapi, sa at de var også overbevist om at det alltid er en årsak til at man blir så stor. En av dem sa at det ikke trengte å være de store traumene, men at det alltid var en årsak. Begge fortalte om gripende historier fra egen oppvekst som de selv mente forklarte mye av årsaken til deres overvekt. De sa også at alle som slet med overvekt burde få tilbud om terapi. Selv hadde de ikke fått det, men sa at de hadde vært heldige og hatt andre gode samtalepartnere.

*Alt foregår i hodet. Det var vel noen som trodde at det bare var komme til vektreduksjonsleiren, begynne å trene, få rette matvaner og så er det gjort. Jeg tror ikke det er ikke så enkelt. Folk som er operert legger jo også på seg igjen. Det må være noe mer, og når du ikke skjønner den, eller ikke greier å gjøre noe med den biten så hjelper det ikke uansett hva du gjør.*

Fem av informantene sa at de absolutt ikke trodde at det var en sammenheng mellom deres livshistorie, deres måte å takle følelser på og egen overvektsproblematikk. Flere av dem fremhevet at de hadde hatt en fin oppvekst på alle måter. De mente overvekten kunne forklares ut ifra kombinasjonen av uheldige vaner og at de var arvelig disponert for fedme.

#### **4.6.2 Oppfølging og eget ansvar**

Mange av informantene fortalte om hvor utrolig vanskelig de syntes det var å komme hjem til hverdagen etter vektreduksjonsleiren og fortsette livsstilsendringene der. Flere sa at de trente regelmessig og spiste "riktig" det første året etter oppholdet, men at de likevel opplevde å legge på seg igjen. Mange forklarte at dette, kombinert med lite

informasjon fra de profesjonelle om at det var normalt å gå litt opp igjen etter en så stor vektreduksjon, var mye av årsaken til at de ga opp og gradvis gikk tilbake til gamle vaner. Andre sa at de etter vektreduksjonsleiren hadde hatt så store utfordringer i privatlivet at de aldri hadde klart å introdusere den nye livstilen i egen hverdag.

*Da griper du tak i den håndteringsmåten du kan og føler du har.*

Mange av informantene fortalte at de syntes at oppfølgingen fra RSSO hadde vært for dårlig. Samtlige sa at de hadde vært skuffet over det første oppholdet på Røros Rehabiliteringssenter (RRS). Mange av informantene fortalte at det ble mye syting og klaging blant deltagerne og til personalet på RRS og RSSO. Flere sa at de ble oppfattet som en krevende og misfornøyd gjeng. En informant fortalte at hun i forbindelse med en slik "klagerunde" begynte å stille seg selv spørsmålene: "Hva er det jeg holder på med?" og "hvem er det sitt ansvar?" Hun mente at det var lett å skylde på alle andre, men at det til syvende og sist kun var henne selv som kunne foreta endringene. Lignende forståelse fikk flere av de andre deltagerne i tiden etter vektreduksjonsleiren.

Når de nå tenkte tilbake på sin prosess i forhold til det å endre livsstil og få kontroll på vekten, sa flere av informantene at det ikke var mangel på kunnskap som gjorde det vanskelig. De forklarte at det i større grad var det at de trengte hjelp og støtte for å mobilisere denne kunnskapen. Flere trakk frem viktigheten av at de selv og omgivelsene rundt dem trodde at de kunne klare å gjøre de nødvendige endringene og at anstrengelse nyttet. Mange sa at de i dag tenkte at de hadde trengt mye hjelp på veien, men at det til syvende og sist var de selv som hadde ansvaret.

*Man kan forklare og bortforklare så mye man vil, men vekten din er DIN, og den er det bare du som kan gjøre noe med. Det er veldig lett å tenke at det ikke er så rart at jeg er overvektig fordi jeg hadde jo en mor som var syk, og at alt er så tungt når en er så stor, og at jeg har vondt i ryggen og i foten. Til syvende og sist så er det er jo bare meg selv likevel.*

*For uansett hvor mange flotte opplegg du har, et aller annet sted så sitter du igjen alene. Og hvis ikke du har fått redskapene så klarer du det ikke.*

Blant deltagerne var det ulik oppfatning av hvor mye de nå måtte anstrenge seg for å ta de riktige valgene. To av informantene fortalte at endringene nå var godt integrert, mens andre derimot sa at de følte de stadig måtte hente seg inn igjen. Alle informantene uttalte at de så på fedme som en kronisk tilstand, og at de resten av livet måtte ha en bevissthet rundt vekt og livsstil.

#### **4.7 Viktige andre (familie, venner, arbeidskollegaer og andre deltagere fra vektreduksjonsleiren)**

De av informantene som hadde fått støtte fra sine omgivelser fortalte at dette hadde vært viktig for dem. Enkelte sa at familiemedlemmene var de viktigste støttespillerne, andre sa at det var arbeidsgiver og arbeidskollegaer, mens andre igjen fortalte at vennene fra vektreduksjonsleiren hadde betydd mest i den sammenhengen. Uavhengig av hvor støtten kom fra, fortalte de fleste at den var avgjørende for at de i løpet av disse syv årene hadde greid å gå ned i vekt og klart å gjennomføre de nødvendige livsstilsendringene.

De sa at støtten bidro til at de stort sett klarte å opprettholde motivasjonen underveis, og at de i perioder hvor motivasjonen var liten, greide å mobilisere på nytt. Flere av informantene fortalte at det hadde vært viktig at støttespillerne hadde vist forståelse for at dette var en langvarig prosess, og ikke noe som tok slutt etter vektreduksjonsleiren.

Noen sa at de fikk praktisk hjelp fra sine nærmeste til å handle og lage sunn mat. En av informantene fortalte at mannen spiste sjokolade på jobben for å unngå å friste henne. Hun fortalte også at barna hennes hadde integrert livstilen hun hadde lært på vektreduksjonsleiren, og at et sunt kosthold og regelmessig trening i dag var en naturlig del av familiens liv.

*Jeg husker spesielt datteren min, og hva hun sa da jeg hadde lagt på meg kiloene igjen året etter vektreduksjonsleiren. Hun kom ned i stua og sa: "Mamma, har du sluttet å trene du? Du legger jo på deg igjen." Det var tydelig at hun hadde tenkt veldig mye på dette, og da var hun 15 år. Jeg tror kanskje bare det at hun stilte det spørsmålet var med på å motivere meg til å fortsette. Barna våre var veldig glad for at jeg gjorde noe med vekten min, og datteren min var veldig redd for at jeg skulle falle tilbake.*

Flere sa at de i dag hadde familie eller venner de trente fast sammen med. En av informantene fortalte at hun stadig ble oppringt av venner som ville ha henne med ut på tur. En annen sa at hun i dag hadde tilrettelagt for trening i arbeidstiden og at dette var avgjørende for at hun skulle ha overskudd til å trene med en såpass høy intensitet som hun lærte på vektreduksjonsleiren. Flere fortalte om tilrettelegging på arbeidsplassen, og om god støtte fra arbeidskollegaer.

Noen fortalte at de til tider kunne synes det ble for mye oppmerksomhet rundt overvektsproblematikken. De sa at de følte seg splittet fordi de gjerne ville at folk skulle se at de hadde gått ned i vekt, samtidig som de ikke ønsket å ha så mye fokus på kropp og antall kilo. I tillegg sa de at de var redde for at vektreduksjonen ikke skulle vare.

Ikke alle informantene hadde opplevd å få viktig støtte fra andre i tiden etter oppholdet på EK. Flere beskrev at de hadde vært ganske alene om gjennomføringen av livsstilsendringene i de syv årene som har gått etter vektreduksjonsleiren. En av informantene fortalte om en sabotør i nærmeste familie. Vedkommende handlet konsekvent inn usunn mat og insisterte på kos i sofaen fremfor en mer aktiv fritid. Dette gjorde det vanskelig for henne å holde på livsstilsendringene fra vektreduksjonsleiren.

## **4.8 Operasjon**

### **4.8.1 Avgjørelsen om operasjon**

Av våre 15 informanter hadde 10 valgt operasjon i årene etter vektreduksjonsleiren. Alle fortalte at de takket ja til vektreduksjonsleiren fordi de ønsket å unngå operasjon,

og nesten samtlige sa at de før oppholdet hadde som mål å bli normalvektige. Alle opplevde at de gikk betydelig ned i vekt under oppholdet og hadde tro på at de denne gangen skulle lykkes. Flere beskrev derfor at det var tøft å erkjenne nok et nederlag da de la på seg igjen i årene etter oppholdet. Enkelte sa at det var tungt og vanskelig å bestemme seg for å søke om operasjon, mens andre fortalte at det var en naturlig konsekvens av at vektreduksjonsleiren ikke hadde førte til det resultatet de hadde håpet og forventet.

*Jeg mislyktes jo med vektreduksjonsleiren i forhold til målsettingen min om en varig vektreduksjon. Likevel er det å ta hardt i, for egentlig synes jeg ikke at jeg mislyktes helt. Vektreduksjonsleiren har vært ett skritt på veien selv om jeg i ettertid valgte å ta operasjon.*

Selv om alle våre informanter la på seg igjen etter vektreduksjonsleiren, trekker flere frem at det i årene etter hadde virket motiverende at de visste hvordan det var å være godt trent og å ha en lettere kropp. En av informantene sa at dette hadde vært motiverende for henne da hun senere valgte operasjon. En annen som var operert sa at man godt kan ha som mål å endre livsstil uten å fokusere så mye på vekt, men at hun tross alt hadde kjent på det å veie mindre og hvor mye lettere livet føltes da.

#### **4.8.2 Vektreduksjonsleirens betydning etter operasjon**

I intervjuene kom det frem at de av våre informanter som var blitt operert hadde gjort det fra to til fem år etter vektreduksjonsleieren. Av dem som ikke var operert sa fire at operasjon ikke lenger var et ønske. En av de opererte fortalte at hun hele tiden hadde vært forberedt på å gjennomgå en operasjon hvis hun ikke lyktes på vektreduksjonsleiren. Hun sa at oppholdet uansett ville være nyttig fordi hun også ville ha glede av kunnskapen etter en eventuell operasjon.

Av de ti opererte sa åtte av dem at de hadde hatt uvurderlig nytte av det de lærte og erfarte på vektreduksjonsleiren. De fleste fortalte at de etter operasjonen brukte den kunnskapen og de strategiene som de hadde lært og praktisert der. En av informantene



sa at hun fikk kunnskapen der, men at hun trengte de fysiske begrensningene som operasjonen ga henne for å kunne bruke denne kunnskapen. Et eksempel flere nevnte var at de syntes det var vanskelig å få spist små hyppige måltider da de kom hjem fra vektreduksjonsleiren, men at det etter operasjonen var uproblematisk fordi kroppen nå måtte ha det. Mange av informantene opplevde også at det etter operasjonen var lettere å komme i gang igjen med fysisk aktivitet. De forklarte at vektreduksjonen sammen med de positive erfaringene fra vektreduksjonsleiren hadde betydning i forhold til dette.

*Jeg er veldig glad jeg fikk oppholdet på vektreduksjonsleiren selv om jeg har tatt operasjon i senere tid. Jeg tror ikke jeg hadde valgt operasjon uten vektreduksjonsleiren først. Jeg er veldig glad for både vektreduksjonsleiren og Røros, men spesielt vektreduksjonsleiren. Hadde jeg tatt operasjon først, tror jeg at jeg vært tilbake til utgangspunktet i dag.*

Flere av de som hadde blitt operert fortalte at de var opptatt av at det ikke var noen automatikk i at man greier å holde på vektreduksjonen etter en operasjon, og at det derfor ikke blir rett og snakke om at operasjon alene er et godt vektreduserende tiltak. Informantene uttalte at det på lang sikt kreves mer for å lykkes. En av dem sa at det ikke hjelper å operere magen hvis ikke hodet er med.

*Jeg synes jeg har hatt det perfekte opplegget med vektreduksjonsleiren før operasjon. Jeg fikk både livsstilsbehandling og operasjon, og føler virkelig at jeg har lyktes.*

En annen informant beskrev at hun hadde vært på møter med andre opererte, som ikke hadde hatt noen form for livsstilsbehandling før operasjonen. Hun sa at hun var den eneste i den gruppen som i dag trente regelmessig, og hadde den nødvendige kunnskapen om hva kroppen trengte av næringsstoffer.

Nesten alle som var operert etter vektreduksjonsleiren fortalte at de nå var utrolig takknemlige for at de hadde fått både oppholdet og operasjon. Flere av informantene beskrev denne kombinasjonen som en gavepakke.

## 5 Diskusjon av resultat

De fleste av våre informanter opplevde at de hadde hatt stor nytte av oppholdet på EK, selv om både vekt og motivasjon svingte en del i de påfølgende årene. Oppholdet hadde ifølge mange vært avgjørende for at de i dag hadde innarbeidet en annen og sunnere livsstil, og oppnådde en lavere og mer stabil vekt. Dette gjaldt både de som i tiden etter vektreduksjonsleiren hadde valgt operasjon og de som ikke var operert.

I dette kapittelet diskuterer vi hvordan vi kan tolke de overordnede resultatene og betydningen av vektreduksjonsleiren i forhold til de endringene deltagerne hadde gjennomført de siste syv årene. Vi har videre sammenholdt våre resultater med relevant forskning og teori.

### 5.1 Sammenligning med andre studier

I en nylig publisert studie fra EK undersøkte de deltagerne erfaringer seks år etter oppholdet samt erfaringer de hadde med oppfølgingen de fikk fra Helse Førde i tiden etter hjemkomsten (19). I studien benyttet de standardiserte telefonintervju og deltagerne ble blant annet bedt om å gi en generell vurdering av behandlingsopplegget. I studien undersøkte de også deltagerne egenopplevde helse. De benyttet da et livskvalitetsskjema *Short Form Health Survey 36 (SF-36)*<sup>4</sup>.

Denne studien har mange likhetstrekk med vår, selv om deltagererfaringene bare var en liten del av denne studien i motsetning til vår studie, der det var deltagerne erfaringer vi undersøkte. Vi møtte alle informantene personlig og alle ble dybdeintervjuet. Metodiske forskjeller kan ha hatt betydning for at forståelsen av resultatet i disse to studiene ble så forskjellig. Andersen mfl. konkluderte med at oppholdet var nyttig der og da, men at deres inntrykk var at det de lærte og erfarte på EK fort ble glemt. Det at så mange i ettertid hadde blitt operert ble benyttet som argument for at oppholdet ikke hadde hatt en langvarig betydning for deltagerne livsstil. I tillegg fant de, som tidligere nevnt, at de som var operert hadde bedre helse og livskvalitet enn de som ikke var

---

<sup>4</sup> Short Form Health Survey 36 (SF-36) er et flerdimensjonalt selvrapporteringskjema for å måle helserelatert livskvalitet. Det er et av de mest benyttede og validerte spørreskjema for helse mål både i Norge og internasjonalt.

operert.

Likevel var funnene til Andersen mfl. sammenfallende med våre på en rekke områder (19). Blant annet fant de at mange av deltagerne på EK syntes de fikk mye nyttig kunnskap om trening og et sunt kosthold. I begge studiene erfarte informantene at det å gå betydelig ned i vekt, og å komme i god fysiske form ga økt selvfølelse og mestringstro. Dette virket igjen som motivasjon for å opprettholde livsstilsendringene og vektreduksjonen da de kom hjem.

I følge Andersen mfl. har resultatene fra studien ført til endringer i behandlingsprogrammet som gis ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter (RKHR). De tilbyr i dag flere kortere opphold istedenfor to lengre. Vi tenker derimot at nettopp lengden på oppholdet var viktig for tilegnelsen og forståelsen av ny kunnskap, og at de i løpet av den tiden også fikk oppleve at livsstilsendringene førte til store positive endringer i forhold til vekt og fysisk form. Buclin-Thiebaud mfl. har derimot antydnet at lengden på et livsstilsendringsopphold muligens ikke er det viktigste, men at innholdet og oppfølgingen er vel så viktig (34).

## 5.2 Trening

Christiansen mfl. beskrev i en kvalitativ studie hvordan mennesker med sykkelig overvekt i alle år har forsøkt å unngå fysisk aktivitet, "Life long story of escape" (55). Mange av våre informanter hadde aldri trent regelmessig og for de fleste var det lenge siden de hadde trent da de reiste til EK. Bandura beskriver at mennesker har lett for å unngå oppgaver på områder der de har liten mestringstro. Hvis de likevel prøver er utholdenheten ofte lav.

Forskning har også vist at det er vanskelig for mennesker med fedme å gjennomføre regelmessig trening fordi de har mange barrierer som skal overvinnes. Barrierene er av fysiske-, psykiske-, miljømessige- og mentale karakter (56-60). De mest typiske barrierene som overvektige selv har rapportert er: "Å være for feit, sjenert eller flau for å trene", "å være for lat eller umotivert", "å ha en skade eller funksjonshemming", eller "ikke å være den sporty typen" (59). Disse barrierene kan være vanskelig å overvinne for den enkelte (61), men mange opplever det lettere når de trener sammen med andre med sykkelig overvekt (61, 62). En forklaring på det siste kan være at både

tilbakemeldinger på egne prestasjoner, og det å se andre mestre ulike oppgaver kan styrke egen mestringsstro i følge Bandura.

Dette stemmer godt med hvordan våre informanter opplevde treningen på EK. De overvart mange barrierer, og de beskrev at de hadde stor nytte av treningssamværet og ikke minst av tilbakemeldingene fra trenerne.

I intervjuene kom det frem at deltagerne er mer fysisk aktive nå enn før de reiste til EK, og at det er den viktigste livsstilsendringen som har skjedd etter oppholdet. Enkelte av informantene har fremdeles gode og mindre gode perioder, men av de som har lyktes best med livsstilsendringene er fysisk aktivitet en viktig del av hverdagen. "Lyktes" i denne sammenhengen er ikke antall kilo vektreduksjon, men at livsstilsendringene de har gjennomført og opprettholdt etter EK er godt integrert i hverdagen deres.

Betydningen av regelmessig trening bekreftes i flere studier. Studiene viser at fysisk aktivitet er én av de viktigste faktorene for å kunne lykkes med å vedlikeholde en vektreduksjon (63-65). Martins mfl. fant i en gjennomgang av flere studier støtte for antagelsen om at trening har en gunstig effekt på appetittkontrollen (23). Den samme effekten har andre studier også vist (66, 67). Oaten mfl. så at regelmessig fysisk aktivitet hadde en positiv effekt på en rekke ulike selvreguleringsferdigheter, blant annet diett (43). En annen studie viste en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse (68). Annesi mfl. fant at selv små mengder fysisk aktivitet hadde en gunstig effekt på depresjonssymptomer hos mennesker med sykelig overvekt. De mente at den fysiske aktiviteten førte til en styrket mestringsstro og bedre selvreguleringsmekanismer knyttet til emosjonell spising.

### 5.2.1 Mestringsglede og mestringsstro

Det var i forhold til trening våre informanter klarest uttrykte mestringsglede og mestringsstro. Bandura beskriver at mennesker bygger opp selvoppfatningsskjemaer i forhold til hva vi mestrer og kan utrette (41). Disse skjemaene er vanskelige å endre. Likevel klarte hjelperne på EK å få de fleste til å oppleve og lykkes med trening, og derigjennom endre den enkeltes selvoppfatning i forhold til fysisk aktivitet.

På EK opplevde informantene å mestre mange krevende fysiske utfordringer. Disse erfaringene mener vi var sentrale for at deltagerne bygget opp både mestringsglede og

mestringstro. Dette var igjen med på å sette i gang prosessen som har ført deltagerne dit de er i dag, og som gjør at de fleste nå opplever å ha det bedre. Bandura mente at en i løpet av en atferdsendringsprosess må gjennom flere sykluser med mestring og tilbakefall (41). Dette var en prosess mange av våre informanter beskrev som en stor fremgang på EK, etterfulgt av en nedtur da de kom hjem, for så å finne tilbake til motivasjon, mestringsglede og mestringstro til å fortsette arbeidet.

Annesi mfl. fulgte en kvinne over tre år fra å være sykkelig overvektig til å bli normalvektig (69). Studien viste at forbedret mestringstro, selvreguleringsferdigheter og et bedret humør opparbeidet ved regelmessig trening kan overføres til tilsvarende psykososiale faktorer knyttet til spising. I diskusjonen er forskerne opptatt av betydningen av å vektlegge selvreguleringsferdigheter og mestringstro for å få den enkelte til å forstå at en selv har mulighet til å påvirke egen helse. I en annen studie ble det konkludert med at det ikke hjelper å være motivert hvis en ikke har tilstrekkelig mestringstro (70). Det er da viktigst å arbeide med å styrke den. Denne forståelsen støttes ikke i en studie av Wingo mfl. (71). Der var de overrasket over at en styrket mestringstro i tilknytning til fysisk aktivitet og diett ikke endret deltagerens atferd på de samme områdene. De mente derfor at det er nødvendig å forske mer for å finne de faktorene som gjør at en styrket mestringstro stimulerer til en endret atferd. Som tidligere referert viste Oaten og Cheng at regelmessig fysisk aktivitet førte til bedre selvregulering på en rekke områder (43). De fant likevel ikke at det medførte økt generell mestringstro. De tenkte imidlertid at resultatet kunne vært annerledes hvis de hadde målt mestringstro mer spesifikt for eksempel i tilknytning til trening.

Annen forskning gjort av Annesi støtter antakelsen om at det å klare å trene regelmessig kan påvirke den enkeltes selvvurdering og kroppsbilde utover de faktiske fysiske endringene som skjer (51). Dette bekreftes i våre funn der deltagerne opplevde at regelmessig trening var viktig for deres livskvalitet også uavhengig av vekten. Vi har en tanke om at våre informanter i løpet av oppholdet på EK fikk en styrket mestringstro knyttet til fysisk aktivitet, og at det kan ha bidratt til en bedre mestringstro også på andre områder.

### 5.3 Motivasjon og målsetting

Det er ulik forståelse for hvilken betydning motivasjon har i bestrebelsen for å gå ned i vekt og vedlikeholde en vektreduksjon over tid (72). Likevel er det få av de som arbeider med forskning og behandling av fedme som vil betvile viktigheten av motivasjon for å kunne lykkes med en varig livsstilsendring og vektreduksjon. Noen studier kan vise til at indre motivasjon knyttet til å gå ned i vekt kan forutsi en vellykket vektkontroll (10, 44). Indre motivasjon vil si å ha et eget ønske om endring, og ikke et ønske som kommer fra omgivelsene.

I en gjennomgang av ulike vektkontrollprogram fokuserer Teixeira mfl. på "*Self-determination theory*" eller selvbestemmelsesteori som vesentlig for motivasjon (72). De mener at mye av forskningen viser til ulike teknikker for atferdsendring uten at motivasjon er tatt med som en viktig grunnleggende faktor. I den grad studiene har sagt noe om motivasjon har det vært som et kvantitativt mål som skal opprettholdes eller økes ved hjelp av ulike atferdsendringsteknikker. Teixeira mfl. mener at den kvalitative dimensjonen av motivasjon har vært underkjent i forskning og arbeidet med overvekt og fedme, og at potensialet i ulike vektreduksjonsprogram derfor ikke utnyttes. De mener at det kan være mange motiver for å ønske å gå ned i vekt. Hvorvidt ønsket har bakgrunn i egen autonomi, det vil si ut ifra ens opplevelse av å ha kontroll og valgmuligheter, eller på bakgrunn av hva en synes en burde eller skulle, er vesentlig for kvaliteten på motivasjonen. De mener at motivasjon som tar utgangspunkt i et grunnleggende psykologisk behov er mer robust enn annen motivasjon. Som eksempel trekker de her frem at ønsket om en bedre helse eller personlig vekst er en motivasjonen som tåler større utfordringer enn et ønske om å se bedre ut. Teixeira mfl. mener at kvaliteten på motivasjonen kan endre seg i løpet av et behandlingsforløp.

Da våre informanter reiste til EK var målet for de fleste å bli normalvektig. I årene etter oppholdet hadde imidlertid flere av dem blitt mer bevisst på hva som gjorde vektnedgangen viktig for dem. Vi synes å se at de av våre informanter som selv mente de hadde lyktes i å endre livstil, hadde en motivasjon som handlet om grunnleggende psykologiske behov slik Teixeira mfl. fremhever (72). Det som motiverte dem var blant annet knyttet til helse, samvær med familien, muligheter for å kunne arbeide og ha en aktiv fritid.

Betydningen av at motivasjonen bunnar i grunnleggende psykologiske behov støttes i en

annen studie (11). Deltagerne i denne kvalitative studien hadde flere mislykkede forsøk på å endre vekt og livsstil bak seg. Det at de til slutt klarte det, mente deltagerne handlet om at det nå var svært viktig for dem. Ofte var motivasjonen knyttet til å bevare eller bedre helsen.

Teixera mfl. viser til at mange studier konkluderer med betydningen av langvarig oppfølging, og at prosessen med endret livsstil og vektnedgang stopper opp når behandlingen avsluttes (72). Dette mener Teixera mfl. er lært hjelpeløshet. Det må tilrettelegges og forskes mer på hvordan behandlingen kan bidra til å bygge opp den enkeltes indre motivasjon og på den måten gjøre langvarig behandling overflødig. I følge dem er det verken mulig eller ønskelig at mennesker behandles over lang tid.

Middelton et al. konkluderer annerledes i sin metaanalyse (5). I studiene de gjennomgikk fant de en signifikant effekt av en utvidet oppfølging selv om effekten så ut til å bli mindre etter hvert. I sin analyse skriver de at det ikke er et spørsmål om oppfølging er nødvendig, men om hvordan den best kan tilrettelegges.

Mange av våre informanter kunne tenkt seg lengre og mer intensiv oppfølging enn det de fikk. Andre opplevde nå syv år etter at de klarte å holde på vektnedgangen ved egen hjelp. Til tross for Teixera mfl. sterke tro på at riktig arbeid med motivasjon kan gjøre at den enkelte finner kraften i seg selv, kan det likevel være slik at noen stadig vil trenge hjelp til å finne frem til sin indre motivasjon (72).

Når det gjelder vedlikehold av vektreduksjon kan mangel på motivasjon ofte føre til vanskeligheter med å følge opp livsstilsendringene på lang sikt, og har blitt brukt som en begrunnelse for å inkludere motiverende intervju (MI) i vektkontrollprogrammer (73). Blant annet har Røde Kors Haugeland Rehabiliteringssenter innført MI som en del av behandlingsopplegget (19) som en følge av de erfaringene de har gjort seg med fedmebehandling blant annet på EK. MI er en samtalemetode basert på selvbestemmelsesteori, hvor pasienten skal utforske egen motivasjon og ambivalens i forhold til ulike livsstilsendringer (74). MI skal styrke den enkeltes motivasjon, og bidra til et økt vekttap hos pasienter med overvekt og fedme (75). I en review gjennomgikk de 24 artikler som så på sammenhengen mellom bruk av MI og endringer mht. diett og fysisk aktivitet (76). Der fant de at MI hadde en positiv effekt. To artikler så en forbindelse mellom MI og økt mestringstro på disse områdene, og flere artikler fant at deltagerne som mottok MI fikk en lavere BMI. I en annen review skriver Bodenheimer

mfl. at det er skummelt at det finnes mye faglitteratur om MI uten at forskning har vist at det virker (77). Våre informanter syntes det var vanskelig å holde motivasjonen oppe da de begynte å legge på seg igjen etter oppholdet på EK. Kanskje et større fokus på motivasjon både under oppholdet og under oppfølgingen etterpå kunne hjelpet.

I en studie ble to program som skulle bidra til å vedlikeholde en vektreduksjon sammenlignet (78). Deltagerne ble randomisert til et motivasjonsstimulerende program eller et ferdighetsbasert program. Etter 18 måneder var det ingen forskjell på gruppene når det gjaldt opprettholdelse av livsstilsendringene. I studien så de imidlertid at de to gruppene var forskjellige med hensyn til sammenhengen mellom vekt og oppmøte. I ferdighetsgruppen var oppmøte signifikant korrelert med redusert vektøppgang og bedre total vektreduksjon. Denne sammenhengen fant de ikke i gruppen hvor det ble fokusert på motivasjon. Forskerne tenkte at denne gruppen kunne ha tilegnet seg en indre drevet motivasjon som var ulik den gruppen hvor det ble fokusert på ferdigheter. Dette støtter Teixeira mfl. sine tanker om betydningen av å bygge opp en egen autonom motivasjon som driver seg selv (72). Bandura derimot tenkte at motivasjon utvikles ved å styrke mestringstroen gjennom å opparbeide seg kompetanse og kunnskap, som igjen vil kunne endre de etablerte selvoppfatningsskjemaene (41).

Begge disse forståelsene kan forklare noe av erfaringene våre informanter hadde med oppholdet på EK. Banduras teori kan blant annet gi en forståelse av motivasjon slik vi tenker at våre informanter opplevde det på selve oppholdet. De samlet seg mange seire som bidro til å styrke motivasjonen. Det som muligens manglet i behandlingsopplegget var fokus på den indre motivasjonen slik Teixeira mfl. beskriver den (72). Vi mener at flere av våre informanter i løpet av årene etter oppholdet på ulikt vis hadde funnet frem til den drivkraften som en autonom indre motivasjon representerer.

## **5.4 Anerkjennelse**

I forbindelse med oppholdet på EK var det flere som nevnte at det var første gang de fikk annerkjennelse for at fedme er et sammensatt problem som er vanskelig å løse. Det er nærliggende å tenke at det å få en slik annerkjennelse tok vekk en del skam og stress som igjen frigjorde krefter til jobben som skulle gjøres på EK. Vi tenker at denne aksepten også har vært viktig i forhold til at flere av våre informanter i dag sa at de



hadde en bedre selvfølelse enn for syv år siden. Forskning viser at det sosiale stresset knyttet til fedme i seg selv kan forverre fedmen (79).

Malterud mfl. mener at fastlegen, altså de profesjonelle, kan motvirke stigmatiseringen ved å gi pasientene god og profesjonell behandling (80). I dette ligger det å vise interesse og forståelse for den enkelte. En slik betydning hadde personalet på EK i følge våre informanter. Alle beskrev dem som svært profesjonelle og dyktige, og trakk spesielt frem de som hadde ansvaret for den fysiske aktiviteten. Informantene opplevde at de hadde en genuin interesse for hver og en, samtidig som de utfordret og støttet den enkelte til å yte langt over det de selv trodde var mulig. Betydningen av de profesjonelle bekreftes i en kvalitativ studie av Groven mfl. hvor fem kvinner med fedme deltok i et treningsprogram ledet av en fysioterapeut (62). Informantene mente at hennes tilstedeværelse var viktig for deres motivasjon.

Det at hjelperne på EK trodde på dem gjorde at informantene fikk styrket sin mestringstro. Bandura skriver om "kompetente mestringsbyggere" og betydningen av å utfordre på riktig måte og å være sensitiv i forhold til hvilke utfordringer som bygger mestringstro og hvilke som virker motsatt (41). Bandura mente også at tilbakemelding på egen dyktighet er spesielt viktig i begynnelsen av innlæringen av en ny ferdighet. Han skriver videre at tilbakemeldinger fra andre er viktig. Det forutsetter at man har tiltro til vedkommende som gir dem og at man selv er fornøyd med egen innsats. Etter hvert blir handlingene mer automatisert og da kreves det ikke lenger den samme anstrengelsen. En studie har vist at det kan være nyttig å støtte den enkeltes selvstendighet i sitt forsøk på å vedlikeholde en vektreduksjon (81).

Det er en kjensgjerning at utviklingen av fedme har mange og ulike årsaker (2, 8). Likevel tillegges det enkelte individ et stort personlig ansvar, noe som kan oppleves svært belastende for den enkelte (82). Denne belastningen ga flere av våre informanter uttrykk for da de fortalte om lettelsen de følte da de fikk anerkjennelse for at fedme er et sammensatt problem.

I behandling av fedme er, som tidligere nevnt, betydningen av selvregulering vel kjent (41, 72, 83). Selvregulering handler om å avstå fra umiddelbare handlinger og impulser for å opprettholde en balanse og en normal fungering. Mange programmer innen fedmebehandling inneholder ulike atferdsteknikker der også selvregulering er en viktig komponent (83).

Nesten alle våre informanter fortalte at de hadde fått en sunnere livsstil i årene etter at de var på EK. De hadde blitt flinkere til å ta valg som var bra for dem også på litt lengre sikt. Likevel utrykte flere at de fortsatt strevde med dette.

Det er helt klart nødvendig at den enkelte har en indre drivkraft og motivasjon for å klare å endre livsstil. Flere av våre informanter hadde kommet til en indre erkjennelse av at det til syvende og sist var de selv som måtte ta de riktige valgene. Likevel er det kanskje urealistisk å forvente at behandling av det enkelte individ vil være tilstrekkelig til å overvinne utfordringene en kombinasjon av genetisk disposisjon og et fedmefremkallende miljø gir.

Selv om det er utenfor vår problemstilling vil vi kort nevne at for å forebygge og behandle overvekt og fedme er det nødvendig med tiltak også på samfunnsnivå. Det bør blant annet være knyttet til økte muligheter for fysisk aktivitet og innføring av ulike reguleringsmekanismer i forbindelse med tilgang på næringsmidler.

## **5.5 Livskvalitet**

Flertallet av våre informanter sa at de hadde en bedre livskvalitet i dag enn før de reiste til EK. De mente bestemt at oppholdet der hadde vært medvirkende til det.

*Helserelatert livskvalitet (HRQL)* er et kvantitativt mål som sier noe om livskvalitet knyttet til helse. Det finnes flere spesifikke måleinstrumenter utviklet for å måle livskvaliteten til mennesker med fedme (84). Vi benyttet ikke det i våre intervjuer, men for å sammenligne våre funn med annen forskning har vi valgt å referere studier som har brukt måleinstrumentene.

Mange studier har vist en bedring i HRQL etter vektreduksjon hos personer med sykkelig overvekt (19, 85-89). Det er sannsynligvis en dose-respons sammenheng mellom størrelsen på vekttapet og bedring i HRQL. I en intervensjonsstudie ble endringer i HRQL undersøkt hos mennesker med sykkelig overvekt (90). Observasjonstiden var på 10 år. I løpet av denne perioden fulgte HRQL i stor grad vektkurven, og forbedringer og reduksjon i HRQL var assosiert med størrelsen på vektreduksjonen, bortsett fra når det gjaldt angst.

Kauvka mfl. viste at bedring av HRQL i forhold til fedme og fysisk fungering kunne ses ved en vektreduksjon på mindre enn 10% (91). De fant også at HRQL bare delvis fulgte vektendringene. De mente derfor at det er nærliggende å tro at også andre terapeutiske effekter påvirket HRQL. Dette støttes i en studie av Paxman mfl. der de arrangerte et gruppetilbud for mennesker med fedme (92). Blant funnene de gjorde var at deltagerens generelle velvære steg uten at det hadde en sammenheng med vekten. De mente derfor at selve deltagelsen i programmet økte følelsen av velvære uavhengig av vekten. I studien understreker de at ytterligere forskning trengs for å se på om dette er en effekt som vedvarer. Karlsen mfl. fant i sin studie at det å styrke den enkeltes mestringstro kan ha en positiv innvirkning på den enkeltes livskvalitet uavhengig av vektnedgangen (47). Funnene stemmer godt overens med det flere av våre informanter sa om opplevelsen av å ha en bedre selvfølelse og selvtillit etter oppholdet på EK. Dette til tross for at de la på seg igjen nesten alt. Slik vi forstod våre informanter hadde mange av erfaringene de fikk på EK en terapeutisk effekt som også hadde en betydning nå syv år etterpå.

## **5.6 Stigmatisering**

Selv om det er store variasjoner i hvilke utfordringer mennesker med sykkelig overvekt møter, finnes det klare funn som viser at de er betydelig mer utsatt for stigmatisering enn normalvektige (15, 93-95). De fleste av våre informanter sa at de ikke hadde vært utsatt for stigmatisering, men fortalte likevel om ubehagelige episoder de hadde opplevd i tilknytning til sin høye vekt.

Flere studier viser at det derfor kan være godt for mennesker med fedme å møte andre i samme situasjon (96, 97). Fra et forberedende kurs før fedmeoperasjon beskrev informantene kurset som en arena ulikt samfunnet ellers (96). Oppfatningen av fedme nådde dem ikke på samme måte, og de fikk et sted å være sosiale og oppleve seg selv som akseptable mennesker. Betydningen av den sosiale støtten bekreftes også i andre studier (92, 97, 98). Det stemmer godt med erfaringene våre informanter hadde fra oppholdet på EK. De mente det var bra å være sammen, selv om det også var utfordrende å bo så tett over så lang tid.

Stigmatiseringen mange med fedme opplever gjør at de lettere tolker signaler fra omgivelsene sine på en negativ måte (95, 99, 100). Bandura mente at mennesker som blir vurdert som underlegne av andre også selv vil oppfatte seg som mindre kompetent (41). Prestasjonene blir dårligere enn de ville vært hvis mestringstroen fra andre og en selv var sterkere.

I en annen studie så de at deltagerne sendte andre signaler i sosiale situasjoner når de gikk ned i vekt (101). Tilsvarende funn kom frem i vår studie. En av våre informanter fortalte at hun i årene før EK hadde vært plaget med depresjon. Hun så nå tydelig at overvekten tidligere hadde gjort henne usikker i sosiale sammenhenger og at vektreduksjonen, sammen med den personlige utviklingen på vektreduksjonsleiren og i tiden etterpå, hadde gitt henne en helt annen trygghet.

## **5.7 Erkjennelse av årsaken til overvekten**

Enkelte med fedme bruker mat i stor grad til å regulere følelser (98, 102). Burke mfl. viste i sin studie at de deltagerne som hadde emosjonelle matvaner hadde større vanskeligheter med å holde på en vekt nedgang enn de deltagerne som ikke hadde det. Disse funnene bekreftes i en annen studie (103). Fabricatore og Wadden mener at fedme ikke nødvendigvis er assosiert med psykopatologi, men at enkelte har større risiko for å pådra seg psykiske lidelser, og da spesielt depresjon (104).

De fleste av våre informanter fikk en økt forståelse for sammenhengen mellom mat og følelser i forbindelse med oppholdet på EK. Denne bevisstheten kan synes å være avgjørende for å opprettholde livsstilsendringene og å lykkes med en varig vektreduksjon. Selv om fedme nødvendigvis ikke er assosiert med psykopatologi, syntes vi å kunne se en forskjell på de av informantene som hadde jobbet aktivt med å forstå årsaken til sin fedmeproblematikk og de som ikke hadde det. For de som hadde jobbet med å forstå årsaken var livsstilsendringene godt innarbeidet og de hadde en stabil vekt.

## 5.8 Viktige andre

I vårt studie varierte det veldig hvilken støtte den enkelte informant opplevde å få blant "viktige andre". Flere studier viser at sosial støtte kan være viktig i en slik endringsprosess (10, 11, 98, 105).

I en kvalitativt studie kom det frem at støtte fra profesjonelle, familie og venner var en viktig grunn til at deltagerne hadde klart å holde på vektreduksjonen (11). Noen familiemedlemmer hadde også selv blitt inspirert til å gjøre noe med egen livsstil. Dette beskrives også i andre studier (97, 98).

Det samme skjedde i familien til en av våre informanter hvor hele familien hadde lagt om livsstilen. Dette følte som en viktig støtte for denne informanten. Flere av de andre informantene fremhevet også betydningen av støtten de fikk fra venner og familie.

Våre informanter fortalte også om at enkelte "viktige andre" gjorde endringsarbeidet vanskeligere på ulike måter. Adolfsen og Arnold skriver i sin bok "Behavioural approaches to treating obesity" at en familie kan forstås som et system hvor en har ulike forventninger til hverandre og at dette skaper en trygghet for medlemmene (46). Når et medlem derimot endrer seg så kreves det en tilpasning også fra de andre i systemet. Det kan være med på å skape uforutsigbarhet og utrygghet, og kan være noe av forklaringen på at det finnes familie og venner som ikke støtter opp om også tilsynelatende positive endringer. En annen studie har funnet samme effekten (11).

## 5.9 Operasjon

De aller fleste av våre informanter syntes at de hadde hatt stor nytte av oppholdet på EK, uavhengig av om de senere valgte operasjon eller ikke. I Andersen et al. studie fra EK konkluderte de annerledes (19). De mente at oppholdet ikke hadde noen langsiktig effekt fordi så mange som 80% i ettertid hadde blitt operert.

I både Andersen mfl. og vår studie fortalte informantene at oppholdet på EK hadde virket som motivasjon for senere operasjon, fordi de hadde fått kjent på hvor godt det var å være lettere og i bedre fysisk form. Andersen mfl. viste at de som var operert i ettertid hadde en bedre livskvalitet, lavere BMI, høyere yrkesdeltagelse og færre følgesykdommer sammenlignet med de som ikke var operert. Disse hadde også en

betydelig reduksjon i kroppsvekt og BMI, men uten en signifikant bedring i følgesykdommer, livskvalitet og yrkesaktivitet. Andersen mfl. sier i sin studie ingenting om muligheten for at oppholdet på EK kunne vært medvirkende til at de av informantene som var fedmeoperert hadde klart seg så bra. De stiller heller ikke spørsmål ved om resultatene for de som ikke var operert ville vært annerledes hvis de ikke hadde hatt oppholdet på EK.

Forskning viser at de fleste fedmeopererte går betydelig ned i vekt, men at mange av dem gradvis i løpet av flere år vil legge på seg igjen (28, 106-108). Karlsson mfl. viste i sin studie store variasjoner i vektreduksjon blant de som hadde operert gastric bypass (90). Vekttapet var størst ett år etter operasjonen. I de påfølgende årene skjedde det en gradvis vektøkning til kurven flatet ut etter seks år. Gjennomsnittlig vektreduksjonen etter seks år var 16,9% mens den etter ti år var 16%.

I likhet med informantene i Andersen mfl. sin studie (19), er det mellom to og fem år siden våre informanter ble operert. Med tanke på vektutviklingen etter en fedmeoperasjon (90), og dose-respons sammenheng mellom vektreduksjon og livskvalitet (84, 87), er det ikke usannsynlig at informantene i begge studiene kan ha en bedre psykososial fungering nå enn de vil ha hvis vektkurven stiger igjen i årene fremover.

Wadden mfl. gjennomgikk studier som så på atferdsendring og betydningen av livsstilsendring ved fedmekirurgi (109). De fant at 10-15% av pasientene som gjennomgår fedmekirurgi ikke lykkes med et akseptabelt vekttap, dvs. mindre enn 40% reduksjon av overvekten. Årsaken er at de på ulike måter får i seg for mange kalorier. Wadden mfl. var derfor opptatt av at et livsstilsprogram ville kunne tilføre de som hadde operert et verktøy for å lykkes med å følge en bedre diett og være mer fysisk aktive. En av våre informanter fortalte at hun på et møte med andre fedmeopererte, som ikke hadde vært på EK eller hatt andre typer livsstilsintervensjon før operasjonen, var den eneste som trente.

I et studie av Steffen mfl. kombinerte de fedmeoperasjon og intensiv livsstilsintervensjon (110). I studien konkluderte de med at en langsiktig og sammensatt behandling av pasienter med alvorlig fedme kan gi et varig vekttap og dermed bedre livskvalitet for en stor andel av alvorlig overvektige pasienter som i utgangspunktet hadde en BMI mellom 35 og 55 kg/m<sup>2</sup>.

Forskjellen på konklusjonen i Andersen mfl. sin studie og i vår kan også skyldes ulike syn på kirurgi kontra konservativ behandling. Vi har registrert at Andersen har utgitt flere artikler som viser at fedmekirurgi er den behandlingen som per i dag gir best resultater for mennesker med sykelig overvekt (89, 111). Flere studier konkluderer med det samme (16, 28, 90). Likevel tenker vi at det er nødvendig å finne virksomme alternativer til kirurgi for mennesker med sykelig overvekt, noe Andersen mfl. også fremhevet i sin konklusjon (19). Det vi savnet i deres artikkel var en diskusjon om hva de som gjennomgår en fedmeoperasjon trenger av forberedelser og oppfølging for å ha større mulighet til å lykkes med en varig livsstilsendring. Samt hvordan vektreduksjon kan vedlikeholdes på lang sikt.

Hva som er det optimale programmet og oppfølgingen i fedmebehandlingen er vanskelig å fastsette, men de positive erfaringene og resultatene fra EK viser at et lignende opplegg kan være en vei å gå (7, 16, 19). Flere av våre informanter som ble operert etter oppholdet på EK mente at kombinasjonen hadde vært en gavepakke.

## **5.10 Metodediskusjon**

Vi valgte en kvalitativ metode fordi vi ønsket å få kunnskap om hvilke erfaringer deltagerne hadde syv år etter at de deltok på en vektreduksjonsleir. Det finnes få kvalitative studier som har undersøkt slike langtidserfaringer. Vi mente derfor at vår studie ville kunne bidra til å forstå hvordan et slikt opphold kan være med på å skape livsstilsendringer.

Gjennom forskningsprosessen har vi vært nøye med å følge metodebeskrivelsen vi redegjorde for i introduksjonen. Vi har hele tiden gått tilbake til intervjuene for å være sikre på at det som har blitt gjengitt har blitt riktig i forhold til det informantene faktisk har fortalt. Det var også bakgrunnen for at vi valgte å presentere tabellene i resultatdelen. I et kvalitativt studie er det imidlertid ikke spørsmål om forskeren påvirker resultatet, men på hvilken måte resultatet blir påvirket (54).

Tidligere i oppgaven har vi forsøkt å gi en beskrivelse av vår forforståelse slik at leseren har en viss mulighet for å vurdere våre valg. Det er vanskelig for oss å vite akkurat hvordan våre valg har påvirket denne oppgaven. Imidlertid er hensikten med en kvalitativ studie først og fremst å få en større forståelse for det fenomenet som studeres

(54). Vi har i løpet av dette året hatt mange fruktbare samtaler og diskusjoner som vi håper gjenspeiles i den ferdige i oppgaven. Vi tenker at det har vært en styrke for forskningsarbeidet at vi har vært to.

I vår studie benyttet vi dybdeintervju. Målet med en slik intervjuform er at informanten skal få tid og mulighet til å gi en mest mulig riktig beskrivelse av den problemstillingen som studeres. Likevel er én samtale på en til to timer lite, og det er ikke gitt at alle informantene opplevde samtalen like fortrolig som vi gjorde. Det er også slik at de fleste mennesker ønsker å gi et godt førsteinntrykk, og at enkelte av informantene derfor kan ha unnlatt å nevne tanker eller hendelser som kom i konflikt med det. Vi kan også ha påvirket samtalen slik at enkelte temaer ble utelatt eller begrenset mens andre fikk uforholdsmessig stor plass.

Det er syv år siden våre informanter var på EK. Det kan derfor ha vært vanskelig å skille de ulike livshendelsene fra hverandre og vite hvilken betydning de ulike hendelsene har hatt for livet deres i dag. Informasjonen informantene ga kan også ha vært påvirket av hvordan de hadde det på intervjuetidspunktet. Blant annet kan informantenes stemningsleie ha preget hvilke erfaringer de husket. Våre informanter var 15 av totalt 30 deltagere på EK. Det er derfor en mulighet for at de som opplevde at de har klart seg best også var de som takket ja til å bli intervjuet. I så fall kan det ha påvirket våre resultater.

I vår studie har vi ikke benyttet noen måleinstrumenter for å beregne informantenes livskvalitet eller mestringstro. Det gjør at våre analyser ikke direkte kan sammenlignes med studier hvor det har blitt brukt. Likevel har vi i diskusjonsdelen valgt å sammenligne også slike studier opp mot våre funn. Det kan være en svakhet ved studien. Vår vurdering var som tidligere nevnt at hensikten med en kvalitativ studie først og fremst er å få en større forståelse for den problemstillingen som undersøkes. Videre at inkludering av ulike studier kan bidra til dette.

Vi valgte å inkludere Banduras teori om mestringstro fordi vi gjenkjente hans tenkning i våre resultater. Selv om vi mener at det var et bra valg forstår vi at det kan ha fortrenget andre viktige perspektiver.

Studien er basert på 15 menneskers opplevelser og erfaringer omkring deltagelse på en vektreduksjonsleir. På mange måter representerte informantene et mangfold. De varierte med hensyn til alder, yrke, arbeidssituasjon, livssituasjon og kjønn. Hvert enkelt



intervju ga verdifull kunnskap til studien. Vår vurdering er at antallet på 15 var tilstrekkelig til å få belyst vår problemstilling, og at flere intervjuer ikke ville tilført mer kunnskap.

Selv om studien har sine begrensinger mener vi at den tilfører relevant kunnskap om hvilke erfaringer deltakere hadde syv år etter at de deltok på en vektreduksjonsleir.

## 6 Konklusjon

Målet med denne masteroppgaven var å undersøke hvilke erfaringer voksne personer med sykkelig overvekt hadde syv år etter at de deltok på et atten ukers opphold på vektreduksjonsleiren Ebeltoft Kurcenter i Danmark. I studien har vi fokusert på hvilken betydning disse erfaringene har hatt, og fortsatt har, for deltagerne.

De fleste deltagerne mente at oppholdet på EK hadde vært viktig. Det var noen faktorer som spesielt ble trukket frem. En faktor var betydningen av å kjenne treningsglede. Gjennom treningen opplevde de å mestre utfordringer de ikke trodde var mulig. En annen faktor var kunnskapen de fikk om kosthold og ernæring. En tredje faktor var betydningen av relasjonen til de profesjonelle. Mange av informantene mente at disse erfaringene var viktige for at de i dag hadde en bedret selvfølelse og en større tro på egne mestringsevner. Nesten alle informantene sa at oppholdet på Ebeltoft hadde hatt betydning for at de i dag opplevde å ha en vesentlig bedre livskvalitet enn før de reiste dit. For mange av informantene var det starten på en lang endringsprosess. Senere har ti av informantene gjennomgått fedmeoperasjon. Av disse mente ni at den kunnskapen og de erfaringene de fikk ved oppholdet på Ebeltoft bidro til at operasjonsresultatet ble vellykket.

Et opphold på en vektreduksjonsleir kan være med på å skape varige livsstilsendringer. Det kan synes som om mestringstro og kunnskap er viktig i et slikt endringsarbeid. Studien støtter Banduras teori om at opparbeidelse av mestringstro på et område kan ha betydning også på andre aktuelle mestringsområder. Endringsarbeid tar tid og det er nødvendig med støtte fra andre underveis.

## Referanser

1. Jeffery RW, Harnack LJ. Evidence implicating eating as a primary driver for the obesity epidemic. *Diabetes*. 2007;56(11):2673-6.
2. WHO. Obesity and overweight - Fact sheet N°311. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>: World Health Organization; 2013 [updated March 2013; cited 2013 27. August].
3. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*. 1999;282(16):1523-9.
4. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW, Jr. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*. 1999;341(15):1097-105.
5. Middleton KM, Patidar SM, Perri MG. The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2012;13(6):509-17.
6. Kopelman PG, Caterson ID, Dietz WH. *Clinical Obesity in Adults and Children*. 2010. p. 267-74, Kap 20.
7. Christiansen T, Bruun JM, Madsen EL, Richelsen B. Weight loss maintenance in severely obese adults after an intensive lifestyle intervention: 2- to 4-year follow-up. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2007;15(2):413-20.
8. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Oslo: 2010.
9. Foster GD, Wadden TA, Phelan S, Sarwer DB, Sanderson RS. Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *Arch Intern Med*. 2001;161(17):2133-9.
10. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2005;6(1):67-85.
11. Hindle L, Carpenter C. An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2011;24(4):342-50.
12. Anderson JW, Conley SB, Nicholas AS. One hundred pound weight losses with an intensive behavioral program: changes in risk factors in 118 patients with long-term follow-up. *Am J Clin Nutr*. 2007;86(2):301-7.
13. Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*. 2007;132(6):2226-38.
14. Authority CNRH. Behandling av sykkelig overvekt hos voksne. Stjørdal: 2005 Rapport sykkelig overvekt 040505.
15. Williams G, Frühbeck G. *Obesity: Science to Practice*. 1, editor. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
16. Martins C, Strommen M, Stavne OA, Nossum R, Marvik R, Kulseng B. Bariatric surgery versus lifestyle interventions for morbid obesity--changes in body weight, risk factors and comorbidities at 1 year. *Obes Surg*. 2011;21(7):841-9.
17. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjostrom L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care*. 2004;27(1):155-61.

18. Sjostrom CD, Lystig T, Lindroos AK. Impact of weight change, secular trends and ageing on cardiovascular risk factors: 10-year experiences from the SOS study. *International journal of obesity* (2005). 2011;35(11):1413-20.
19. Andersen JR, Stokke MH, Tøsdal MB, Robertson L, Våge V. Six-year Follow-up of a Residential Lifestyle Intervention Program for Morbid Obesity  
Sykelig overvekt: Livsstilsbehandling i institusjon - oppfølging seks år etter. *Sykepleien*. 2013;8:36-44.
20. Rossner S, Hammarstrand M, Hemmingsson E, Neovius M, Johansson K. Long-term weight loss and weight-loss maintenance strategies. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2008;9(6):624-30.
21. Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(1 Suppl):230S-5S.
22. Saris WH, Blair SN, van Baak MA, Eaton SB, Davies PS, Di Pietro L, et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2003;4(2):101-14.
23. Martins C, Morgan L, Truby H. A review of the effects of exercise on appetite regulation: an obesity perspective. *International journal of obesity* (2005). 2008;32(9):1337-47.
24. Hills AP, Byrne NM, Lindstrom R, Hill JO. 'Small changes' to diet and physical activity behaviors for weight management. *Obesity facts*. 2013;6(3):228-38.
25. Wadden TA, Phelan S. Behavioral Assessment og the Obese Patient. In: 1, editor. *Handbook Of Obesity Treatment*. New York: The Guilford Press  
A Division of Guilford Publications, Inc; 2002.
26. Richelsen B, Tonstad S, Rossner S, Toubro S, Niskanen L, Madsbad S, et al. Effect of orlistat on weight regain and cardiovascular risk factors following a very-low-energy diet in abdominally obese patients: a 3-year randomized, placebo-controlled study. *Diabetes Care*. 2007;30(1):27-32.
27. Excellence NifHaC. Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. 2006 December. Report No.: NICE clinical guideline 43.
28. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2004;351(26):2683-93.
29. Elder KA, Wolfe BM. Bariatric surgery: a review of procedures and outcomes. *Gastroenterology*. 2007;132(6):2253-71.
30. Strømme M, Kulseng B, Vedul-Kjelsås E, Johnsen H, Johnsen G, Mårvik R. Bariatric surgery or lifestyle intervention? An exploratory study of severely obese patients' motivation for two different treatment. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2009;3:193-201.
31. Anderson JW, Grant L, Gotthelf L, Stifler LT. Weight loss and long-term follow-up of severely obese individuals treated with an intense behavioral program. *International journal of obesity* (2005). 2007;31(3):488-93.
32. Hester JR, McKenna J, Gately PJ. Obese young people's accounts of intervention impact. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):306-14.
33. Sjostrom M, Karlsson AB, Kaati G, Yngve A, Green LW, Bygren LO. A four week residential program for primary health care patients to control obesity and related heart risk factors: effective application of principles of learning and lifestyle change. *Eur J Clin Nutr*. 1999;53 Suppl 2:S72-7.

34. Buclin-Thiebaud S, Pataky Z, Bruchez V, Golay A. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: a 5-year follow-up. *Patient Educ Couns.* 2010;79(3):333-7.
35. Maffiuletti NA, Agosti F, Marinone PG, Silvestri G, Lafortuna CL, Sartorio A. Changes in body composition, physical performance and cardiovascular risk factors after a 3-week integrated body weight reduction program and after 1-y follow-up in severely obese men and women. *Eur J Clin Nutr.* 2005;59(5):685-94.
36. Chang MW, Nitzke S, Guilford E, Adair CH, Hazard DL. Motivators and barriers to healthful eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers. *J Am Diet Assoc.* 2008;108(6):1023-8.
37. Chan RS, Lok KY, Sea MM, Woo J. Clients' experiences of a community based lifestyle modification program: a qualitative study. *International journal of environmental research and public health.* 2009;6(10):2608-22.
38. Jones N, Furlanetto DL, Jackson JA, Kinn S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association.* 2007;20(5):486-94.
39. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Kausman R, Komesaroff PA. "They all work...when you stick to them": a qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. *Nutrition journal.* 2008;7:34.
40. Cioffi J. Factors that enable and inhibit transition from a weight management program: a qualitative study. *Health Educ Res.* 2002;17(1):19-26.
41. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control.* 1, editor: Worth Publishers; 1997.
42. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:1-26.
43. Oaten M, Cheng K. Longitudinal gains in self-regulation from regular physical exercise. *British journal of health psychology.* 2006;11(Pt 4):717-33.
44. Teixeira PJ, Goings SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2005;6(1):43-65.
45. Lippke S, Wiedemann AU, Ziegelmann JP, Reuter T, Schwarzer R. Self-efficacy moderates the mediation of intentions into behavior via plans. *American journal of health behavior.* 2009;33(5):521-9.
46. Adolfsen B, Arnold MS. *Behavioral Approaches to Treating Obesity: Helping Your Patients Make Changes That Last.* 2, editor: American Diabetes Association; 2011.
47. Karlsen TI, Lund RS, Roislien J, Tonstad S, Natvig GK, Sandbu R, et al. Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and quality of life outcomes.* 2013;11:17.
48. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *Am Psychol.* 2002;57(9):705-17.
49. Pearson ES. Goal setting as a health behavior change strategy in overweight and obese adults: a systematic literature review examining intervention components. *Patient Educ Couns.* 2012;87(1):32-42.
50. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J Med.* 2006;355(15):1563-71.
51. Annesi JJ. Relations of changes in self-regulatory efficacy and physical self-concept with improvements in body satisfaction in obese women initiating exercise with cognitive-behavioral support. *Body image.* 2010;7(4):356-9.

52. Annesi JJ. Self-regulatory skills usage strengthens the relations of self-efficacy for improved eating, exercise, and weight in the severely obese: toward an explanatory model. *Behav Med.* 2011;37(3):71-6.
53. Øen G. Overvekt hos barn - forstå, forebygge, behandle og fremme helse. 1, editor. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS; 2012.
54. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring 3, editor. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
55. Christiansen B, Borge L, Fagermoen MS. Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International journal of qualitative studies on health and well-being.* 2012;7:17255.
56. Ekkekakis P, Lind E. Exercise does not feel the same when you are overweight: the impact of self-selected and imposed intensity on affect and exertion. *International journal of obesity (2005).* 2006;30(4):652-60.
57. Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annu Rev Nutr.* 2000;20:21-44.
58. Atlantis E, Barnes EH, Ball K. Weight status and perception barriers to healthy physical activity and diet behavior. *International journal of obesity (2005).* 2008;32(2):343-52.
59. Ball K, Crawford D, Owen N. Too fat to exercise? Obesity as a barrier to physical activity. *Aust N Z J Public Health.* 2000;24(3):331-3.
60. Wadden TA, Crerand CE, Brock J. Behavioral treatment of obesity. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28(1):151-70.
61. Dalle Grave R, Calugi S, Centis E, El Ghoch M, Marchesini G. Cognitive-behavioral strategies to increase the adherence to exercise in the management of obesity. *Journal of obesity.* 2011;2011:348293.
62. Groven KS, Engelsrud G. Dilemmas in the process of weight reduction: Exploring how women experience training as a means of losing weight. *International journal of qualitative studies on health and well-being.* 2010;5.
63. Wing RR, Hill JO. Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr.* 2001;21:323-41.
64. Jeffery RW, Wing RR, Sherwood NE, Tate DF. Physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activity goals improve outcome? *Am J Clin Nutr.* 2003;78(4):684-9.
65. Jakicic JM, Marcus BH, Gallagher KI, Napolitano M, Lang W. Effect of exercise duration and intensity on weight loss in overweight, sedentary women: a randomized trial. *JAMA.* 2003;290(10):1323-30.
66. Sim AY, Wallman KE, Fairchild TJ, Guelfi KJ. High-intensity intermittent exercise attenuates ad-libitum energy intake. *International journal of obesity (2005).* 2013.
67. Guelfi KJ, Donges CE, Duffield R. Beneficial effects of 12 weeks of aerobic compared with resistance exercise training on perceived appetite in previously sedentary overweight and obese men. *Metabolism.* 2013;62(2):235-43. Epub 2012/09/11.
68. Annesi JJ, Vaughn LL. Relationship of exercise volume with change in depression and its association with self-efficacy to control emotional eating in severely obese women. *Advances in preventive medicine.* 2011;2011:514271.
69. Annesi JJ, Tennant GA. From morbid obesity to a healthy weight using cognitive-behavioral methods: a woman's three-year process with one and one-half years of weight maintenance. *The Permanente journal.* 2012;16(4):54-9.

70. Luszczynska A, Schwarzer R, Lippke S, Mazurkiewicz M. Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology & health*. 2011;26(2):151-66.
71. Wingo BC, Desmond RA, Brantley P, Appel L, Svetkey L, Stevens VJ, et al. Self-efficacy as a Predictor of Weight Change and Behavior Change in the PREMIER Trial. *Journal of nutrition education and behavior*. 2013;45(4):314-21.
72. Teixeira PJ, Silva MN, Mata J, Palmeira AL, Markland D. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2012;9:22.
73. Befort CA, Nollen N, Ellerbeck EF, Sullivan DK, Thomas JL, Ahluwalia JS. Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. *J Behav Med*. 2008;31(5):367-77.
74. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3, editor. New York: The Guilford Press  
A Division of Guilford Publication, Inc; 2013.
75. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011;12(9):709-23.
76. Martins RK, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(4):283-93.
77. Bodenheimer T, Handley MA. Goal-setting for behavior change in primary care: an exploration and status report. *Patient Educ Couns*. 2009;76(2):174-80.
78. West DS, Gorin AA, Subak LL, Foster G, Bragg C, Hecht J, et al. A motivation-focused weight loss maintenance program is an effective alternative to a skill-based approach. *International journal of obesity (2005)*. 2011;35(2):259-69.
79. Muennig P, Jia H, Lee R, Lubetkin E. I think therefore I am: perceived ideal weight as a determinant of health. *Am J Public Health*. 2008;98(3):501-6.
80. Malterud K, Ulriksen K. "Norwegians fear fatness more than anything else"--a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Educ Couns*. 2010;81(1):47-52.
81. Silva MN, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, Matos MG, Sardinha LB, et al. Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *J Behav Med*. 2010;33(2):110-22.
82. Brownell KD, Kersh R, Ludwig DS, Post RC, Puhl RM, Schwartz MB, et al. Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(3):379-87.
83. Lowe MR. Self-regulation of energy intake in the prevention and treatment of obesity: is it feasible? *Obes Res*. 2003;11 Suppl:44S-59S.
84. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2001;2(3):173-82.
85. Karlsson J, Sjostrom L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1998;22(2):113-26.

86. Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG, Nicol S. The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obes Res.* 2001;9(9):564-71.
87. Karlsson J, Taft C, Sjostrom L, Torgerson JS, Sullivan M. Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(5):617-30.
88. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res.* 2005;13(4):639-48.
89. Aasprang A, Andersen JR, Vage V, Kolotkin RL, Natvig GK. Five-year Changes in Health-Related Quality of Life after Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch. *Obes Surg.* 2013.
90. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjostrom L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International journal of obesity (2005).* 2007;31(8):1248-61.
91. Kaukua J, Pekkarinen T, Sane T, Mustajoki P. Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification--a 2-y follow-up study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(10):1233-41.
92. Paxman JR, Hall AC, Harden CJ, O'Keeffe J, Simper TN. Weight loss is coupled with improvements to affective state in obese participants engaged in behavior change therapy based on incremental, self-selected "small changes". *Nutrition research (New York, NY).* 2011;31(5):327-37.
93. Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2003;4(4):213-27.
94. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring, Md).* 2006;14(10):1802-15.
95. Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity (Silver Spring, Md).* 2006;14(3):440-7.
96. Knutsen IR, Terragni L, Foss C. Morbidly obese patients and lifestyle change: constructing ethical selves. *Nurs Inq.* 2011;18(4):348-58.
97. Ostberg AL, Wikstrand I, Bengtsson Bostrom K. Group treatment of obesity in primary care practice: a qualitative study of patients' perspectives. *Scandinavian journal of public health.* 2011;39(1):98-105.
98. Burke LE, Swigart V, Warziski Turk M, Derro N, Ewing LJ. Experiences of self-monitoring: successes and struggles during treatment for weight loss. *Qual Health Res.* 2009;19(6):815-28.
99. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res.* 2001;9(12):788-805.
100. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring, Md).* 2009;17(5):941-64.
101. Knutsen IR, Terragni L, Foss C. Empowerment and bariatric surgery: negotiations of credibility and control. *Qual Health Res.* 2013;23(1):66-77.
102. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2012;45(5):657-63.
103. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(8):955-62.



104. Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological aspects of obesity. *Clin Dermatol.* 2004;22(4):332-7.
105. Fabricatore AN, Wadden TA, Higginbotham AJ, Faulconbridge LF, Nguyen AM, Heymsfield SB, et al. Intentional weight loss and changes in symptoms of depression: a systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity (2005).* 2011;35(11):1363-76.
106. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med.* 1998;60(3):338-46.
107. Hofso D, Nordstrand N, Johnson LK, Karlsen TI, Hager H, Jenssen T, et al. Obesity-related cardiovascular risk factors after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. *Eur J Endocrinol.* 2010;163(5):735-45.
108. Sjostrom L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med.* 2013;273(3):219-34.
109. Wadden TA, McGuckin BG, Rothman RA, Sargent SL. Lifestyle modification in the management of obesity. *J Gastrointest Surg.* 2003;7(4):452-63.
110. Steffen R, Potoczna N, Bieri N, Horber FF. Successful multi-intervention treatment of severe obesity: a 7-year prospective study with 96% follow-up. *Obes Surg.* 2009;19(1):3-12.
111. Andersen RJ, Aasprang A, Bergsholm P, Sletteskog N, Vage V, Karin Natvig G. Health-related quality of life and paid work participation after duodenal switch. *Obes Surg.* 2010;20(3):340-5.

## **Intervjuguide**

### **Mål:**

Hvilke langtidserfaringer har personer med sykkelig overvekt syv år etter en 18-ukers intensiv vektreduksjonsleir på Ebeltoft Kurcenter?

### **Operasjonalisering:**

Målet er å få informantene til å snakke om hva de har gjort i sine liv de siste årene og se dette i relasjon til oppholdet de hadde på Ebeltoft Kurcenter. Fokuset er på hva de har gjort relatert til overvekt og dermed livsstilsendringer. Det skal også inkluderes hva de har gjort som ikke er relatert til Ebeltoft Kurcenter slik at den relative betydningen av oppholdet kan komme fram.

### **Innledning:**

Informere om prosjektet og at hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer de har gjort seg etter oppholdet på Ebeltoft Kurcenter. Vi ønsker å få frem hvilke faktorer de synes har vært til hjelp og hvilke som har vært til hinder i endringsarbeidet.

### ***Informere om at:***

*Lydbånd slettes etter at prosjektet er avsluttet.*

*Deltakelsen er frivillig og de har anledning til å trekke seg fra intervjuet når som helst.*

## **Intervju:**

Det har nå gått syv år siden du hadde et opphold på Ebeltoft Kurcenter. Kan du fortelle litt om de erfaringene du har gjort deg etter det?

### ***Oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å fortsette og komme med egne bidrag:***

*Er det andre erfaringer du har gjort deg?*

*Utdyping av de svarene som allerede har kommet frem.*

*Legg vekt på ting knyttet til overvekt og Ebeltoft.*

Hvilke erfaringer har du gjort deg etter oppholdet på Ebeltoft med tanke på:

- Venner
- Familie
- Arbeid
- Oppfølging av behandlere RSSO, fastlege og andre
- Livshendelser
- Psykisk helse
- Livsstilsendring (kosthold og fysisk aktivitet)
- Følelsen av å ha lyktes/mislyktes
- Selvfølelse og selvtillit

*Tema fra 6-måneders intervju*

Vedlegg 2

## Pasientinformasjonsskriv

17.09.2012

Kjære Ebeltoftere.

Det har nå blitt flere år siden dere satt på bussen til Ebeltoft. Dere var med på det første behandlingsprosjektet, slik at jeg godt kan kalle dere for pionerer i behandlingen. Dere har bidratt på mange vis hele veien disse årene. Det er jeg takknemlig for. Vi har lært mye av det første prosjektet og det har dannet grunnlag for videre forskning og fagutvikling. Dere har gjennomgått forskjellige behandlinger og har hatt forskjellige erfaringer i løpet av disse år. Det hadde vært fint å få ta del i disse erfaringene slik at vi kan få til et bedre behandlingstilbud i framtiden.

Det jeg nå ber dere om er å delta i et intervju der vi nettopp ønsker å få fram erfaringer og tanker nå flere år i etterkant av oppholdet på Ebeltoft. Intervjuene vil bli gjort av to masterstudenter som er knyttet opp mot RSSO prosjektet og som veiledes av Unni Dahl som var med på bussen. Vi får ikke til å intervju alle slik at vi må gjøre en utvelgelse. Vi ønsker derfor å intervju dere som blei intervjuet i starten av prosjektet men også noen av dere som ikke tidligere har vært til slikt intervju. Det har derfor vært fint om alle sammen kunne tenke seg å være med. Dere kan da sende en bekreftelse på deltakelse til **Sissel Salater** pr mail eller pr telefon, SMS eller brev. Dere vil etter dette få mer informasjon om prosjektet. Om det er noe uklart kan dere bare kontakte Sissel eller meg for mer informasjon.

Sissel Salater      Mobil Telefon: +47 92058078      Mail: [Sissel.Salater@stolav.no](mailto:Sissel.Salater@stolav.no)  
RSSO, Kirurgisk Klinik  
Olav Kyrres gt 17  
7006 Trondheim

Med vennlig hilsen  
Bård Kulseng, Leder RSSO

## **Samtykkeerklæring**

### **Forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt**

**”Hvilke langtidserfaringer har personer med sykkelig overvekt 7 år etter en 18 ukers intensiv vektreduksjonsleir på Ebeltoft Kurcenter?”**

#### **Bakgrunn og hensikt:**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. For syv år siden deltok du i en studie i regi av RSSO. Som ledd i studien, ble du seks måneder etter oppholdet intervjuet av Unni A. Dahl om dine erfaringer med selve oppholdet, og hvordan tiden etter hjemreise hadde vært. Vi ønsker å følge opp dette arbeidet med en undersøkelse av langtidserfaringene. Hvilke erfaringer du har nå syv år etter deltakelse. Vi vil benytte svarene som ble gitt seks måneder etter for å få en forståelse av om erfaringene er annerledes nå.

Det er ingen studier vi kjenner til som har undersøkt erfaringene så lenge etter et slikt opphold. Derfor er kunnskapen du har viktig for å kunne utvikle gode og virksomme tilbud til mennesker med overvekt.

#### **Hva innebærer studien?**

Vi vil gjerne intervju deg om dine erfaringer. Det vil bli tatt lydopptak av samtalen som vil bli slettet når studien er ferdig. Vi har taushetsplikt og svarene du gir vil bli anonymisert. Eventuelle utgifter til transport eller lignende vil bli dekket.

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

Intervjuet du gir vil få en kode. Svarene vil bli anonymisert og skal ikke kunne kjennes igjen i teksten.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

**Frivillig deltakelse:**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Sissel Salater på regionalt senter for sykkelig overvekt RSSO, mobil 920 58 078

Anne- Grethe Berg masterstudent, mobil 950 36 422

Inger Bergmann-Paulsen masterstudent mobil 976 84 126

**Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg:**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

**Informasjon om utfallet av studien:**

Når studien er avsluttet kan du, om du ønsker, få informasjon om funnene i studien.

**Samtykke til deltakelse i studien:**

Jeg er villig til å delta i studien

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----

(Signert, rolle i studien, dato)