

Rebekka Josephine Kristiansen

Rehabilitering av sykkelig overvekt - En kvalitativ studie om hva som er viktig for pasientene i en livsstilsendring

Masteroppgave i Folkehelse

Veileder: Lene Aasdahl

Medveileder: Marit Solbjør

Mai 2024

Rebekka Josephine Kristiansen

Rehabilitering av sykkelig overvekt - En kvalitativ studie om hva som er viktig for pasientene i en livsstilsendring

Masteroppgave i Folkehelse
Veileder: Lene Aasdahl
Medveileder: Marit Solbjør
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på mine fem år ved NTNU i Trondheim. Det er mange spennende områder ved folkehelse som kunne vært av interesse å utforske. Arbeidet med masteroppgaven har ført til at jeg nå sitter med en økt kompetanse for et veldig spennende fagfelt. Det siste året har bestått av en bratt læringskurve, og det har vært lærerikt å utarbeide, utføre og produsere et endelig resultat av min studie. Ønsket mitt med denne masteroppgaven er å bidra til å utforske folkehelseutfordringen overvekt og fedme, om ikke annet så har jeg fått mange gode refleksjoner før, underveis og i etterkant av studien.

Først og fremst vil jeg takke alle studiedeltakerne som tok seg tid til å prate med meg. De har gitt verdifull innsikt om tema. Videre ønsker jeg å takke de ansatte ved rehabiliteringssenteret, spesielt Elisabeth Lien Brødreskift som har vært min kontaktperson ved Unicare i løpet av denne studien.

Tusen takk til mine gode venner som har holdt meg med selskap på lesesal og i pausene, og ikke minst takk til mine to veiledere Lene Aasdahl og Marit Solbjør for god veiledning. Til slutt ønsker jeg å takke mine foreldre som har støttet og motivert meg til å fullføre min mastergrad i folkehelse.

Trondheim, mai 2024

Rebekka Josephine Kristiansen

Sammendrag

Introduksjon: Fedme utgjør en stor helseutfordring for enkeltindivider, men også for samfunnet og helsesektoren. Det finnes ulike behandlingsalternativer for å behandle fedme. Et behandlingsalternativ er livsstilsendring i form av rehabilitering. Rehabiliteringen er sammensatt av ulike komponenter, og tar utgangspunkt i hver enkeltes livssituasjon og mål. Hensikten med rehabilitering er at individuell fysisk, kognitiv og sosial funksjon skal optimaliseres i etterkant av sykdom og/eller skade. Formålet med studien var å undersøke hva pasienter ved et rehabiliteringssenter for sykkelig overvekt opplevde som viktig for å klare å gjennomføre sin livsstilsendring.

Metode: Studien er en kvalitativ studie. Data ble innhentet via 14 semistrukturerte, individuelle intervju. Intervjuene ble gjennomført ved et rehabiliteringssenter i Norge. Alle deltakere var på sitt tredje opphold når intervjuene ble holdt. Intervjuene ble transkribert og datamaterialet ble analysert ved bruk av seks stegs modellen til Braun og Clarke.

Resultat: Det ble funnet tre hovedtemaer. Deltakerne opplevde at det var viktig med støtte, dette kom fra gruppen, familie, venner, kollegaer og behandlere. Videre var oppbygningen av rehabiliteringen viktig. Rehabiliteringen hadde et langsiktig forløp med personlig oppfølging og nettverksdagen var viktig for pasient-pårørende relasjonen. Til slutt var det betydningsfullt at deltakerne fikk undervisning i aksept og forpliktelsesterapi.

Konklusjon: Det er flere ting som oppleves som viktig i en livsstilsendring blant pasienter som deltar på døgnbasert rehabilitering for sykkelig overvekt, hvor mye var knyttet til rehabiliteringsprogrammet. Derfor burde rehabiliteringsprogram slik som dette fortsatt bli brukt.

Nøkkelord: Rehabilitering av sykkelig overvekt, fedme, erfaringer med rehabilitering, livsstilsendring, aksept og forpliktelsesterapi

Abstract

Introduction: Obesity poses a major health challenge for individuals as well as for society and the health sector. There are several treatment options for obesity. One treatment option is a lifestyle intervention in the form of rehabilitation. Rehabilitation consists of a combination of various interventions and is based on the individual's life situation and goals. Rehabilitation aims to optimize individual physical, cognitive, and social function following illness and/or injury. The study aimed to investigate what patients who are in an inpatient rehabilitative program for morbid obesity perceived as important to undergo a lifestyle change.

Method: The project is a qualitative study. Data collection was obtained through 14 individual semi-structured interviews. The interviews were held at a rehabilitation center in Norway during the participants' third stay. The interviews were transcribed and analyzed using the six-step model of Braun and Clarke.

Results: Three main themes were discovered. The participants felt that support was important during their rehabilitation. Support came from three different areas; the group they went through rehabilitation with, family, friends, colleagues, and lastly the staff at the rehabilitation center. Furthermore, the structural build of the rehabilitation program was important. The program consisted of long-term treatment and personal follow-up and the networking day was important for the patient-relative relationship. Lastly, acceptance and commitment therapy education was meaningful for their lifestyle change.

Conclusion: Several things are considered important during a lifestyle change among patients undergoing inpatient rehabilitation for morbid obesity, where several are connoted to the rehabilitative program. Therefore, rehabilitative programs such as this should continue to be used.

Keywords: Rehabilitation of morbid obesity, obesity, experiences with rehabilitation, lifestyle change, acceptance and commitment therapy

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 <i>Hvorfor er overvekt og fedme et problem?</i>	7
1.2 <i>Konsekvenser av fedme</i>	8
1.3 <i>De ulike behandlingstilnærmingene for sykelig overvekt</i>	10
2. Tidligere forskning	12
2.1 <i>Å leve med sykelig overvekt før livsstilsendringer</i>	12
2.2 <i>De ulike livsstilsintervensjonene og erfaringene med dem</i>	13
2.3 <i>Hva gjør at noen lykkes, men andre ikke?</i>	15
2.4 <i>Hensikt og problemstilling</i>	16
3 Metode	17
3.1 <i>Studiedesign</i>	17
3.2 <i>Min bakgrunn og forforståelse</i>	17
3.3 <i>Setting</i>	18
3.4 <i>Rekruttering</i>	19
3.5 <i>Utvalg</i>	20
3.6 <i>Utforming av intervjuguide</i>	21
3.7 <i>Gjennomføring av intervju</i>	22
3.8 <i>Transkripsjon</i>	23
3.9 <i>Analyse</i>	24
3.9.1 <i>Bli kjent med datamaterialet</i>	24
3.9.2 <i>Formulering av koder</i>	24
3.9.3 <i>Generering av de første temaene</i>	25
3.9.4 <i>Revidere temaer</i>	25
3.9.5 <i>Definering og navngi temaene</i>	25
3.9.6 <i>Produsering av rapporten</i>	25
3.10 <i>Forskningsetiske overveielser</i>	26
4 Resultater	28
4.1 <i>Å bli støttet var viktig for livsstilsendringen</i>	28
4.1.1 <i>Gruppen som forstår deg og som kan relatere til deg og din livsstilsendring</i>	28
4.1.2 <i>Familie og venner var en viktig ressurs for deltakerne</i>	31
4.1.3 <i>God ivaretagelse av behandlere utgjorde en forskjell</i>	34
4.2 <i>Rehabiliteringsprogrammet var av stor betydning for deltakerne</i>	35
4.2.1 <i>Å delta på oppholdene gjorde det enkelt å fokusere på livsstilsendringen</i>	35
4.2.2 <i>Å få personlig og langsiktig oppfølging fra helsepersonell gjorde rehabiliteringen unik i forhold til tidligere forsøk på livsstilsendring</i>	38
4.2.3 <i>Nettverksdagen for pårørende var av betydning for tiden hjemme</i>	39
4.3 <i>Verdien av ACT og hvordan ACT bidro til å endre livslang adferd</i>	40
5 Diskusjon	45

5.1	<i>Oppsummering av funnene</i>	45
5.2	<i>Medmenneskelige og åpne behandlere utgjør en forskjell</i>	45
5.3	<i>Kan oppfølging over lengre tid bidra til å vedlikeholde vektta?</i>	47
5.4	<i>Balansen mellom hverdagslivet og opphold</i>	49
5.5	<i>Er rehabilitering av sykkelig overvekt folkehelsearbeid?</i>	52
5.6	<i>Metodediskusjon</i>	54
5.6.1	Validitet	54
5.6.2	Troverdighet	57
5.6.3	Generaliserbarhet.....	59
6	Oppsummering	60
7	Litteratur	61
	VEDLEGG	76
	<i>VEDLEGG 1 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring</i>	76
	<i>VEDLEGG 2 – Intervjuguide, oktober</i>	79
	<i>VEDLEGG 3 – Intervjuguide, desember og januar</i>	82
	<i>VEDLEGG 4 – Sikt godkjenning</i>	85

1. Innledning

En av de store folkehelseutfordringene vi står ovenfor i dag, overvekt og fedme, har gradvis utviklet seg over de siste årene og kan i stor grad knyttes til vår livsstil (Meyer & Bergh, 2023). Overvekt og fedme påvirker og rammer en stor andel av befolkningen, både nasjonalt og globalt (WHO, 2000). Tilstanden kan føre til en økt risiko for ikke-smittsomme sykdommer, dårligere livskvalitet og ha en negativ økonomisk belastning, både for individet og for samfunnet (Meyer & Bergh, 2023).

Folkehelsearbeid har flere formål. Folkehelsearbeid kan ses på som den innsatsen samfunnet legger ned for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte påvirker befolkningens helse for det bedre (Regjeringen, u.å.). I tillegg skal folkehelsearbeid forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse. Til slutt fokuserer folkehelsearbeid på å utjevne direkte eller indirekte faktorer som kan påvirke helsen til befolkningen, også kjent som sosiale ulikheter i helse (Regjeringen, u.å.). Arbeidet med folkehelse er også lovfestet, og både stat, fylkeskommune og kommune er pliktet å drive med folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011). I dag jobber vi primært på to måter når det kommer til folkehelsearbeid, via helsefremmende arbeid og via sykdomsforebyggende arbeid (Mæland, 2021). To vanlige prinsipper som blir fulgt ved utforming av nye tiltak er høyrisiko- og befolkningsstrategier (Helsedirektoratet, 2018 a). En høyrisikostrategi er når innsatsen blir konsentrert rundt relativt få personer, og befolkningsstrategier derimot har til hensikt å påvirke hele eller store deler av befolkningen (Mæland, 2021). Derfor vil jeg i denne studien undersøke ulike tilnærminger for å møte folkehelseutfordringen med overvekt og fedme.

I 2015 drøftet Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenester den økende problematikken, og behovet for tiltak rettet mot overvekt og fedme. Rådet kom frem til at det var behov for befolkningsrettede tiltak, men også at det var et behov for individuelle, ikke-kirurgiske tilbud for individer som sliter med overvekt og fedme (Meld.St. Nr. 15 (2022-2023)). Det kan derfor være viktig å undersøke hvordan man kan angripe folkehelseproblemet for å stoppe utviklingen, men også utforske løsninger for å kunne behandle mennesker som allerede har overvekt og fedme.

1.1 Hvorfor er overvekt og fedme et problem?

Overvekt og fedme er en alvorlig, kronisk sykdom som består av komplekse sammenhenger (CDC, 2022; Writers, 2020). Tilstanden kan føre til individuelle fysiske, psykologiske og sosiale konsekvenser, gi redusert livskvalitet og føre til økte kostnader for enkeltindividet, men også for samfunnet (WHO, 2000). I dag står ikke-smittsomme sykdommer for over halvparten av den globale sykdomsbyrden, og fedme gir økt risiko for ikke-smittsomme sykdommer (Benziger et al., 2016). Fedme skyldes ofte en ubalanse mellom inntak av energi og forbruk av energi (Writers, 2020). Ubalansen skyldes sjeldent bare én faktor, men ofte en sammensetning av flere faktorer. Normalt er det sammensatt av miljø, genetikk og psykososiale faktorer (Helsedirektoratet, 2018 b). Våre levevaner er av stor betydning for utviklingen av vår helse, blant annet vil matvaner, tobakk-, alkohol-, og rusforbruk, fysisk aktivitet og seksualadferd påvirke helsen (Farhud, 2015; Mæland, 2021; WHO, 2000).

Definisjonen på overvekt og fedme er unormale og/eller overflødige mengder med fett på kroppen som kan ha en negativ effekt på helsen (Meyer & Berg, 2023). Det er sett en sammenheng mellom utviklingen av gradvis økende kroppsmasse og samfunnets utvikling (Mæland, 2021). I dagens samfunn er det et redusert behov for fysisk aktivitet i hverdagen, i tillegg til at det er økt tilgang på både mat og drikke. Dette kan være med på å påvirke ubalansen i vårt energiinntak og forbruk (Mæland, 2021).

Alvorlighetsgraden av overvekt og fedme er inndelt i ulike kategorier, og denne fordelingen blir oftest gjort med bruk av Body Mass Index (BMI) eller kroppsmasse indeks (KMI) på norsk (Meyer & Berg, 2023). KMI for voksne regnes ut ved å dele kroppsvekten på høyde x høyde (kg/m^2) (Engin & Engin, 2017). Mennesker som har en KMI lik 25 eller mer anses som overvektig, og alle som har en KMI lik 30 eller over anses som å ha fedme (Meyer & Berg, 2023; WHO, 2021). Fedme kan videre inndeles i tre undergrupper basert på KMI; fedme grad I, fedme grad II og fedme grad III. Mennesker som har en KMI lik 40 eller mer, eller en KMI lik 35 kombinert med minst en vektrelatert sykdom vil gå inn under betegnelsen fedme grad III også kjent som sykelig overvekt (Meyer & Berg, 2023; Helse Norge, 2022). Heretter vil begrepet fedme bli brukt som samlebetegnelse for KMI lik 30 og opp, og begrepet sykelig overvekt bli brukt som samlebetegnelse for KMI lik 40 og opp eller KMI lik 35 med minst en vektrelatert

helseplage. Vektrelaterte helseplager forstås i denne sammenhengen som en underkategori av ikke-smittsomme sykdommer. Dette er basert på at ikke alle ikke-smittsomme sykdommer kommer av overvekt eller fedme (Næss, 2023).

På verdensbasis har overvekt og fedme utviklet seg til å bli en global epidemi i løpet av de siste 50 årene, hvor forekomsten nesten har triplet seg siden 1975 (WHO, 2021). I 2016 rapporterte WHO at mer enn 2.5 milliarder mennesker over 18 år var overvektige, hvor 890 millioner av disse igjen hadde høy nok KMI for å ha fedme (WHO, 2021). Dette tilsvarer at 43% av den globale populasjonen er overvektig og 16% har fedme. I Norge viser Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) 2006-2008 at tilsvarende tall for overvekt i Norge ligger på 74,5% for menn og 60,8% for kvinner, hvorav 22,1% av menn og 23,1% av kvinner hadde fedme (Midthjel et al., 2013). Det er derimot sett en tendens til at utviklingen av overvekt og fedme avtar, da det tidligere har vært større økninger (Midthjel et al., 2013).

1.2 Konsekvenser av fedme

Det er mange personlige konsekvenser og ulemper med å ha fedme (Safaei et al., 2021). Blant annet vil fedme over tid gi økt risiko for ikke-smittsomme sykdommer. Mennesker med fedme har en økt risiko for diabetes type II, hjerte- og karsykdommer, søvnapné, enkelte former for kreft, i tillegg til muskel- og skjelettplager (Meyer & Berg, 2023; Poirier et al., 2009). En gradvis økende KMI vil også øke risikoen for tidlig død, uavhengig av kjønn og aldersgruppe (Must et al., 1999). Økende KMI øker risikoen for ikke-smittsomme sykdommer, og risikoen øker ytterligere når KMI'en er lik 40 eller mer (Must et al., 1999).

De som har fedme, kan også oppleve en psykisk belastning. Psykiske plager kan både føre til overvekt og fedme, men psykiske plager kan også være en konsekvens av overvekt og fedme (Berkowitz & Fabricatore, 2005; De Wit et al., 2010). Av psykiske plager er det blant annet en økt risiko for angst og depresjon (De Wit et al., 2010). Angst og depresjon er i større grad sett hos kvinner med fedme enn menn med fedme (De Wit et al., 2010). Mennesker med fedme kan videre oppleve å bli diskriminert på grunn av vekt og/eller størrelsen sin, noe som igjen kan være en prediktor for angst og depresjon (Christiansen et al., 2012; Robinson et al., 2017). Opplevd vektstigma kan også føre til lavere egenverdi, som videre kan føre til økte psykologiske plager,

høyere opplevd nivå av ensomhet og redusert tilfredshet med eget liv (Forbes & Donovan, 2019). Psykiske plager kan til slutt føre til redusert livskvalitet (Jaison et al., 2024).

Andre konsekvenser av fedme kan være nedsatt mobilitet, noe som kan påvirke hverdagslivet og nivået fysisk aktivitet som gjennomføres, noe som igjen kan redusere livskvaliteten (Forhan et al., 2013). Høy KMI vil også ha en økonomisk belastning for individet, både i form av behandling og fravær fra jobb/muligheten til å jobbe (Tremmel et al., 2017). Selv om det finnes mange ulike personlige konsekvenser av overvekt og fedme, så er det viktig å huske på at hvilke konsekvenser som preger hvert enkelt individ vil variere da det er avhengig av en rekke individuelle faktorer (Helsedirektoratet, 2018 b).

Overvekt og fedme har store samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det er derimot ikke mulig å gjennomføre en nøyaktig beregning av samfunnskostnadene. For å beregne samfunnskostnadene er det derfor gjort estimat (Aamo et al., 2019). Estimater av samfunnskostnadene for fedme er inndelt i tre kategorier: sykdomsbyrde, produksjonstap og helsetjenestekostnader. I 2018 ble det anslått at helsetjenestekostnadene var 12 milliarder kroner, produksjonstap var 17 milliarder kroner og sykdomsbyrden var 40 milliarder kroner (Aamo et al., 2023). Dette gir en samfunnskostnad på ca. 70 milliarder kroner per år. Inkludert i helsetjenestekostnader regnes summen av alle ressurser brukt i forbindelse med helse- og omsorgstjenester relatert til overvekt og fedme. For produksjonstap ble fravær fra jobb, redusert produktivitet og skattedrevet effektivitetstap brukt. Sykdomsbyrden ble regnet ut ved bruk av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap (Aamo et al., 2023). Nyere tall viste at samfunnskostnadene var estimert til 238 milliarder kroner (Skogli et al., 2023). De oppdaterte tallene derimot inkluderer både overvekt og fedme, noe tidligere estimat ikke gjorde.

Overvekt og fedme er en av de primære årsakene til dårlig helse og/eller synkende livskvalitet hos en stor andel av befolkningen (Djalalinia et al., 2015; Stephenson et al., 2021). En moderat vektreduksjon på bare fem til ti prosent kan gi betydelig helsegevinst for individer med overvekt og fedme (Fruh, 2017; Magkos et al., 2016; Warkentin et al., 2014). Det er allerede gjort studier for å redusere forekomsten av økende KMI på skoler, arbeidsplasser og i samfunnet generelt uten at det har hatt stor effekt (Sturm & An, 2014). Når forebygging av overvekt og fedme viser seg å

ha liten effekt, er det indikert at behandling av overvekt og fedme må til (Bray et al., 2016). Basert på de individuelle og samfunnsmessige konsekvensene av fedme kan det være lurt å investere tid, ressurser og økonomiske midler for å redusere forekomsten og utviklingen av fedme. Det kan også være hensiktsmessig å undersøke hvordan en kan behandle de som allerede har fedme da statistikken tilsier at en av fem nordmenn har fedme (Ulset et al., 2007; Folkehelseinstituttet, 2014).

1.3 De ulike behandlingstilnærmingene for sykelig overvekt

I dag finnes det flere måter å behandle fedme på (Elmaleh-Sachs et al., 2023; Zinöcker et al., 2020). Det er i hovedsak fem behandlingstilnærminger for sykelig overvekt som er evidensbasert; kostholdsendringer, fysisk aktivitet, adferdsrettet behandling, medikamentell behandling og fedmeoperasjoner (Elmaleh-Sachs et al., 2023; Ingersoll, 2021; Laddu et al., 2011).

Ifølge Baker et al. (2022) kan fedmebehandling deles inn i en pyramide. Pyramidens inndeling bygger på hvilke intervensjoner som prioriteres før mer omfattende intervensjoner settes i gang med. Andre intervensjoner blir derimot kun iverksatt om ønsket resultat ikke oppnås av andre, mindre omfattende intervensjoner. Førstevalget er kostholdsendringer med tilretteleggelse av fysisk aktivitet, etterfulgt av strategier for adferdsendring og medikamentell behandling, og fedmeoperasjoner anses som sistevalget (Baker et al., 2022). Adferdsendring, medikamentell behandling og fedmeoperasjoner er de mest effektive for vektnedgang (Elmaleh-Sachs et al., 2023; Ruban et al., 2019). En livsstilsintervensjon som fokuserer på et endret kosthold og tilretteleggelse av fysisk aktivitet er mindre invaderende enn andre tiltak. Det kan være derfor kostholds- og et økt nivå av fysisk aktivitet er de foretrukne behandlingstilnærmingene til å begynne med, til tross for at andre behandlingstilnærminger er vist å være mer effektiv for vektnedgang.

En av de mer effektive behandlingstilnærmingene er strategier for adferdsendring (Elmaleh-Sachs et al., 2023). Ett eksempel er aksept og forpliktelsesterapi adferdsterapi (ACT) (Chew et al., 2023; Iturbe et al., 2022). Ett av kjernebudskapene ved ACT er å akseptere det man ikke kan kontrollere, akseptere livssituasjonen slik den er og heller engasjere seg i ting som beriker livet (Harris & Thorbjørnsen, 2013; Holden 2007). ACT har som hensikt å kartlegge kjerneverdiene

og la kjerneverdiene være drivkraften i hvordan hverdagen leves (Harris, 2019). Videre forteller Harris at hensikten med ACT er å være oppmerksom i alle handlinger som blir utført, være bevisst over egne valg og utførelsen av arbeidsoppgaver.

Medikamentell behandling av fedme har fått mye mediaoppmerksomhet i det siste, og det er stor utvikling i effektiviteten av medikamentell behandling. Tidligere studier har vist at medikamentell behandling har hatt en begrenset effekt for vektnedgang, med en nedgang mellom fem til ti prosent (Coutinho & Halpern, 2024)). Nyere studier derimot viser til en vektnedgang opp mot 15 prosent og en signifikant andel som går ned mer enn 20 prosent (Coutinho & Halpern, 2024; Ryan, 2022). Medikamentell behandling har ofte vært, og er aktuelt for mennesker som har en KMI lik 30 eller mer, hvor ønsket resultat ikke oppnås med endret kosthold og mer fysisk aktivitet (Zinöcker et al., 2020). Den siste evidensbaserte behandlingstilnærmingen er fedmeoperasjoner. Fedmeoperasjoner har vist å være gunstig når det kommer til vektreduksjon, men det å gjennomgå en fedmeoperasjon er også kjent å være veldig omfattende, og kan ha flere bivirkninger i etterkant (Baker et al., 2022; Topart, 2023).

Det anbefales å kombinere to eller flere behandlingstilnærminger (Baker et al., 2022). En måte dette kan gjøres på er ved bruk av rehabilitering. Rehabilitering skal ta utgangspunkt i hver enkeltes livssituasjon og mål, og skal bestå av koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator 2011). Et rehabiliteringsopphold for sykkelig overvekt har til hensikt å hjelpe enkeltindivider med å gjennomføre en livsstilsendring (Helse Norge, u.å.). I etterkant av fullført rehabilitering skal den enkelte ha oppnådd best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i eget liv. Det er ofte mulig å velge mellom dag- og døgnbasert rehabilitering, hvor forskjellen ligger i at døgnrehabilitering foregår over flere sammenhengende dager. Rehabilitering av fedme kan derfor være en mulig løsning for å kombinere flere av de evidensbaserte intervensjonene. Videre i denne studien vil jeg fokusere på døgnbasert rehabilitering for sykkelig overvekt.

2. Tidligere forskning

Litteratursøk ble gjort av meg i PubMed, Web of Science, Google Scholar og Oria i perioden 01.01.2023 til og med 26.04.2024. Den studerte populasjonen måtte være over 18 år, og jeg tilstrebet å kun inkludere fagfellevurderte artikler. Søkeord som ble brukt var: experiences, healthy life center, inpatient rehabilitation, lifestyle intervention, obesity, rehabilitation. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner. Det ble også gjennomført søk med tilsvarende norske ord. I tillegg ble litteraturlister av aktuelle artikler lest for å finne nye, aktuelle artikler.

2.1 Å leve med sykkelig overvekt før livsstilsendringer

Det å begynne med en livsstilsendring kan for mange være krevende. Endringer av levevaner og livsstil blir først gjennomført når helseplagene blir for store (Borge et al., 2012). I studien av Sobzak og Leoniuk (2020) ble det derimot funnet at 61.5 prosent av studiedeltakerne i studien vurderte sin egen helse som veldig god eller ganske god. I studien var det mange som ønsket å begynne med en form for behandling, men at det ble sett på som for utfordrende å starte (Sobzak & Leoniuk, 2020). Andre deltakere i den studien hadde en oppfatning om endret livsstil hadde for liten effekt (Sobzak & Leoniuk, 2020).

Å leve med sykkelig overvekt svekker selvtilliten og kroppsbildet, og det er ikke uvanlig å ha skyldfølelse over å ikke mestre vektnedgang på egenhånd (Salemonsens et al., 2018). Det er observert at de som sliter med overvekt eller fedme ofte har gjort det store deler av livet, og at det har medført en psykisk belastning (Imhagen et al., 2023). I tillegg til dette er det vanlig at mennesker med fedme har mange dårlige erfaringer og relasjoner til helsevesenet (Christiansen et al, 2017; Mold & Forbes, 2013; Ryan et al., 2023; Sánchez-Carracedo, 2022), og det er sett at et godt møte med helsevesenet er viktig og avgjørende for å endre levevaner (Borge et al., 2012; Dahl et al., 2014). Det har også vært et behov for å motta støtte, noe som kan bidra med en økt grad av forpliktelse og motivasjon (Gjertsen et al., 2021; Imhagen et al., 2023). Derimot er det ikke alle relasjoner som har vært positive når det kommer til ønsket om å endre levevaner, noe som har vært belastende (Gjertsen et al., 2021).

Det finnes ulike barrierer når det kommer til å gjennomføre fysisk aktivitet hos de med sykkelig overvekt. Barrierer som dårlig helse, smerte, stress, andre forpliktelser og psykisk uhelse er med

på å påvirke mestringstroen og selvtilliten for å mestre fysisk aktivitet (Hussien et al., 2022; Vincent et al., 2010). I tillegg til disse barrierene kan det oppstå andre barrierer på grunn av høy kroppsvekt, redusert mobilitet og/eller andre vektrelaterte problemer (Christiansen et al., 2012; Grønning et al., 2013). Til tross for dette var det aktiviteter som gange, sykling og svømming som var de foretrukne formene for fysisk aktivitet blant de med fedme (Hussien et al., 2022).

Hos de med overvekt og fedme kan internalisert vektstigma og selvmedfølelse føre til redusert psykisk velvære, noe som videre kan påvirke livskvaliteten (Forbes & Donovan, 2019). Selvmedfølelse kan beskrives som måten mennesker forholder seg positiv til seg selv, til tross for opplevde personlige feil og mangler (Neff, 2003). Videre kan opplevd vektstigma føre til lavere egenverdi, noe som kan gi psykologiske plager, et høyere nivå av ensomhet og lavere tilfredshet med eget liv (Forbes & Donovan, 2019). En norsk studie fra Christiansen et al. (2017) fant at mennesker som plages av sykkelig overvekt opplevde stigmatisering, mangel på å passe inn og mangel på respekt fra helsevesenet.

2.2 De ulike livsstilsintervensjonene og erfaringene med dem

Forskning tilsier at både dag- og døgnrehabilitering har effekt på vekttap blant mennesker med sykkelig overvekt (Aadland & Robertson, 2012; Gjevestad et al., 2013; Goodpaster et al., 2010). Døgnbasert rehabilitering derimot har bedre effekt når det kommer til vekttap og økt livskvalitet (Gjevestad et al., 2013). Multikomponent og/eller omfattende livsstilsintervensjoner er et viktig tilskudd når det kommer til behandlingen av fedme (Baker et al., 2022; Bray et al., 2016).

Tidligere livserfaringer kan være med på å påvirke hvilken behandlingsintervensjon som blir valgt. I studien av Rønningen et al. (2019) ble assosiasjonene mellom selvrapportert motgang i livet og valgt behandlingsintervensjon blant mennesker med sykkelig overvekt undersøkt. Behandlingsintervensjonene var inndelt i tre kategorier; lav-intensiv livsstilsintervensjon, høy-intensiv livsstilsintervensjon og fedmekirurgi. Hvor de fleste valgte lav-intensiv livsstilsintervensjon, etterfulgt av fedmekirurgi og til slutt høy-intensiv livsstilsintervensjon (Rønningen et al., 2019). Resultatene viste at majoriteten med diabetes type II og leddsmerter valgte fedmekirurgi fremfor de andre alternativene, og at lav- og høy-intensiv livsstilsintervensjoner var mer populært blant de som hadde rapportert om mer motgang i livet

(Rønningen et al., 2019). Studien presenterer derimot ikke hva forskjellen på lav- og høy-intensiv livsstilsintervensjon er, og det kan derfor være vanskelig å vite hvordan de ble skilt fra hverandre. Det finnes også barrierer generelt i forbindelse med livsstilsendringer og underveis i en livsstilsendring. Spesifikke barrierer kan være dårlige vaner med kosthold og fysisk aktivitet, generelt dårlige valg i hverdagen og usikkerhet om hvor det er hensiktsmessig å begynne (Følling et al., 2015).

ACT har tidligere blitt brukt i livsstilintervensjoner (Iturbe et al., 2022). I en metaanalyse er det sett at ACT kan ha en positiv effekt på vektnedgang og føre til en redusert opplevelse av vektrelatert stigma (Chew et al., 2023), og i en systematisk analyse ble det sett at ACT gir økt psykologisk velvære (Iturbe et al., 2022). Tidligere studier om ACT har vist seg å ha lovende resultater når terapien gjennomføres med fysisk oppmøte, men det er også undersøkt om det er mulig å gjennomføre ACT med bruk av digitale hjelpemidler (Bricker et al., 2021; Levin et al., 2021). Foreløpige funn viser at ACT gjennomført med bruk av digitale hjelpemidler kan være effektivt for vekttap, et sunnere kosthold og bedre selvbilde (Bricker et al., 2021; Levin et al., 2021).

Fysisk aktivitet ses på som en fundamental del av en livsstilsendring. Nivå av fysisk aktivitet kan også påvirke vekttap (Goodpaster et al., 2010). I en studie av Danielsen et al. (2016) og en av Toft, Galvin et al. (2020) ble erfaringene rundt fysisk aktivitet undersøkt før, under og etter en livsstilsintervensjon blant de med sykkelig overvekt. Før livsstilsintervensjonen var fysisk aktivitet sett på som noe anstrengende og krevende på bakgrunn av de kroppslige restriksjoner (Danielsen et al., 2016; Toft, Galvin et al., 2020). Underveis endret det seg til at fysisk aktivitet ble mindre anstrengende og krevende, noe som økte kroppslige ferdigheter, sosiale relasjoner og ga økt innsyn i egne muligheter (Toft, Galvin et al., 2020). Økt velvære ga også en ny form for besluttsomhet blant studiedeltakerne. I tillegg til en erkjennelse om at de må gjennomgå noe som er midlertidig ubehagelig for å få oppleve gevinster av fysisk aktivitet (Toft, Galvin et al., 2020). I en annen studie ble fysisk aktivitet i større grad knyttet til glede underveis i en livsstilsendring (Dahl et al., 2014), men i studien av Danielsen et al. (2016) var delte meninger og fysisk aktivitet kunne bli opplevd som en plikt. Nivået av fysisk aktivitet i hverdagen kan i stor grad variere i

tråd med varierende humør (Toft, Nielsen et al., 2020). Dårlig humør skygget ofte over initiativet til fysisk aktivitet når energinivå eller motivasjon var lav (Toft, Nielsen et al., 2020).

Underveis i en livsstilsintervensjon er det viktig med helsepersonell som ser, hører og utviser respekt ovenfor deltakere i rehabiliteringen av sykkelig overvekt (Dahl et al., 2014; Jøranli et al.; 2023). En god relasjon til helsepersonalet ga økt motivasjon, selvtillit og egenverdi (Dahl et al., 2014), og økt tillit og trygghet (Jøranli et al., 2023). Enkelte krediterte også endringene i adferd til den eksepsjonelle støtten fra helsepersonellet (Jøranli et al., 2023).

2.3 Hva gjør at noen lykkes, men andre ikke?

Tilbakefall av gamle levevaner etter en livsstilsintervensjon som inkluderer adferdsendringer og vektendring er høy (Salemonsens et al., 2020; Teixeira et al., 2015). Det kan derfor være lurt å identifisere hva som gjør at noen lykkes mens andre ikke gjør det. På den måten kan ulike livsstilsintervensjoner tilpasse behandlinger etter suksessfaktorene, men også sørge for bedre ressursallokering.

Noen prediktorer for å lykkes blant de selvstendige ferdigheter er høyere autonom motivasjon, økt mestringsevne og selvregulering (Teixeira et al., 2015). I tillegg kan et positivt kroppsbilde, og et fleksibelt kosthold være av ytterligere hjelp for å kontrollere egen vekt (Teixeira et al., 2015). Sosial støtte er viktig for en livsstilsendring, både for vektreduksjon og vedlikeholdelse av vekttapet (Hindle & Carpenter, 2011; Rogerson et al., 2016).

Frisklivsentraler som bistår med livsstilsendringer gir mennesker med overvekt og fedme en opplevelse av inkludering, respekt og annerkjennelse (Salemonsens et al., 2020). I tillegg til dette skapes det et samhold av å dra på samlinger og/eller kurs, men også ansvar for egen helse (Salemonsens et al., 2020). Å gjøre endringer over tid som er tilpasset den enkeltes livssituasjon, mål og hverdag er avgjørende (Følling et al., 2022). En travel hverdag og uforutsette hendelser er med på å gjøre det vanskeligere å vedlikeholde livsstilsendringer (Følling et al., 2022). Ifølge Følling et al. (2022) var det også mye enklere å vedlikeholde endringene når frisklivsentralen fulgte med, og det var planlagt fremtidige møter sammenliknet med når de sto på selvstendige bein i etterkant av intervensjonen. I studien av Gryte et al. (2024) ble nivået av fysisk aktivitet undersøkt ved intervensjonsstart, intervensjonsslutt og to år etter intervensjonsslutt. Det ble observert at nivået av fysisk aktivitet ble vedlikeholdt, men at de fleste (79 prosent) av deltakerne

oppfylte myndighetens anbefalinger om fysisk aktivitet før intervensjonen tok plass. Studien observerte at menn var mer aktive enn kvinner (Gryte et al., 2024).

I studien av Karlsen et al. (2013) ble det undersøkt hvilke faktorer som påvirket vektnedgangen ett år etter å ha deltatt på en livsstilsintervensjon. Faktorene som påvirket vektnedgang etter fullført livsstilsintervensjon etter ett år var et større vekttap etter 12 uker, å være i arbeid, lavere livskvalitet og økt alder. Dette forutsa ett større vekttap blant deltakerne med sykelig overvekt.. Det som påvirket vekttapet ved 12 uker var fraværet av diabetes type II og bruk av dagbok i kombinasjon med oppfølging fra fastlege (Karlsen et al., 2013).

2.4 Hensikt og problemstilling

Det er mange behandlingsalternativer for sykelig overvekt, og forskningen viser at en kombinasjon av flere tiltak kan gi bedre resultater. Ut ifra mitt litteratursøk er det publisert lite forskning om opplevelser og erfaringer rundt det å gjennomføre en livsstilsendring ved et rehabiliteringssenter for sykelig overvekt, men det er publisert en del fra frisklivsentraler i Norge. Jeg observerte at det mangler forskning på opplevelser underveis i rehabiliteringen av sykelig overvekt, og hva pasienter vektlegger som viktig for å klare å gjennomføre en livsstilsendring. Det var derfor av interesse å undersøke hva som oppleves som viktig i en livsstilsendring blant de som gjennomgår døgnbasert rehabilitering for sykelig overvekt. Denne oppgaven vil besvare følgende problemstilling:

Hva opplever mennesker som deltar på rehabilitering for sykelig overvekt som viktig for å gjennomføre sin livsstilsendring?

3 Metode

3.1 Studiedesign

For å undersøke hva deltakere av rehabilitering for sykkelig overvekt opplever som viktig for gjennomførelse av egen livsstilsendring benyttet jeg meg av en kvalitativ forskningsmetode med individuelle semistrukturerte intervju. Kvalitativ forskning kan brukes for å få et innblikk i menneskers opplevelser, adferdsmønstre, holdninger, erfaring og tanker. Det er primært problemstillingen som bestemmer hva slags metode som skal benyttes (Flick, 2022).

I denne studien er det intervjudeltakerne som er eksperter på området om sine egne opplevelser, og det er kun de som kan fortelle hva som oppleves som viktig for dem når det gjelder å gjennomføre en livsstilsendring i kombinasjon med et døgnbasert rehabiliteringsprogram. Ved bruk av semistrukturerte intervju blir det ofte produsert mye datamateriale, både i form av observasjoner, lydopptak og transkripsjoner (Malterud, 2011). I denne studien ble lydopptak og transkripsjoner vektlagt fremfor observasjoner, og det er lydopptakene og transkripsjonene som dannet datamaterialet for min studie.

Kvalitative forskningsmetoder ser på mangfoldet av perspektiver, subjektive og sosiale betydninger av en valgt tematikk (Flick, 2022). Alle studiedeltakerne ble intervjuet en gang i løpet av opphold nummer tre. Ved å bruke en kvalitativ metode får jeg muligheten til å vise likheter og ulikheter i opplevelsene til deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved bruk av kvalitative forskningsintervju fikk intervjudeltakerne muligheten til å fortelle om sine erfaringer, tanker og holdninger knyttet til det å delta på rehabilitering ved et rehabiliteringssenter, og hva de opplever som viktig for å klare å gjennomføre en livsstilsendring. Derfor kan kvalitative forskningsintervju bidra med økt dybdeforståelse og innsikt i denne aktuelle tematikken.

3.2 Min bakgrunn og forforståelse

Forforståelse er den forståelsen som en forsker tar med seg inn i et forskningsprosjekt (Kvale & Brinkmann, 2015). Forforståelse kan forstås som de tankene, oppfatningene og erfaringene som en forsker har i forkant av begynnelsen på en ny studie, men kan også være motivasjonsgrunnlaget for å gjennomføre akkurat den studien (Malterud, 2011). Det er viktig at

jeg som forsker er åpen og reflektert over hvordan mine egne perspektiver og tidligere erfaringer kan påvirke studien (Kvale & Brinkmann, 2015).

Motivasjonen for å gjennomføre denne studien var mine interesser for rehabilitering og forebyggende helsearbeid. I tillegg til egen erfaring med overvekt. Jeg hadde også et ønske om at studien skal være et bidrag til at individuell fedmebehandling får mer oppmerksomhet. Med min bakgrunn som bevegelsesviter har jeg bred forståelse for kroppens bevegelse og kroppslige aktiviteter. Bacheloren fokuserte på at behandling av overvekt og fedme i stor grad handlet om kostholdsendringer og et økt aktivitetsnivå. I løpet av masteren i folkehelse fikk jeg innblikk i de mer komplekse sammensetningene, som stemte mer overens med egne erfaringer.

På bakgrunn av tidligere erfaringer forventet jeg at de som takket ja til å delta, ønsket å dele om sine erfaringer og opplevelser. I forkant og underveis i intervjuene var det viktig for meg å ikke danne konklusjoner, men lytte til de ulike erfaringene og opplevelsene med en imøtekommende væremåte ovenfor deltakerne. Etter å ha lest forskning om at mennesker med overvekt har dårlige erfaringer med helsetjenesten, ønsket jeg å bidra med en god erfaring med å delta i forskning. Denne litteraturen gjorde at jeg også ble spent på hvilke erfaringer deltakerne hadde med helsepersonalet ved rehabiliteringssenteret (Christiansen et al, 2017; Fruh et al., 2016; Mold & Forbes, 2013; Ryan et al., 2023; Sánchez-Carracedo, 2022).

3.3 Setting

Rehabiliteringssenteret som pasientene er rekruttert fra tilbyr tverrfaglig, spesialisert rehabilitering for mennesker med diverse helseutfordringer, blant annet rehabilitering for sykkelig overvekt. Rehabilitering for sykkelig overvekt er egnet for de som plages med sykkelig overvekt, og ønsker å få ha et tverrfaglig behandlingsforløp med mål om en varig livsstilsendring. For å bli henvist til rehabiliteringssenteret må pasienten ha en KMI lik 40 eller mer, eventuelt en KMI lik 35 eller mer i tillegg til andre vektrelaterte helseplager.

Rehabiliteringsforløpet består av døgnbaserte opphold etterfulgt av en hjemmeperiode. Det første oppholdet har en varighet på tre uker etterfulgt av en hjemmeperiode på ca. seks til åtte uker. Det andre oppholdet har varighet på én uke etterfulgt av en hjemmeperiode på ca. seks til åtte uker. Det tredje oppholdet har varighet på én uke etterfulgt av en lengre hjemmeperiode over flere

måneder. Når det nærmer seg ett år etter oppstart av rehabiliteringsforløpet, får pasientene én ny uke ved rehabiliteringssenteret som fungerer som en «oppfriskingsuke». Enkelte kan også ha deltatt på et kartleggingsopphold i forkant av det første oppholdet.

Intensjonen med oppholdet er at hverdagen ved rehabiliteringssenteret skal gjenspeile hverdagen hjemme med tanke på arbeid, fritid, søvn og hvile, hvor planlagt undervisning og aktiviteter primært foregår på dagtid. En typisk dag ved rehabiliteringssenteret inneholder flere aktiviteter, både i gruppe og individuelt. Det er blant annet gruppe- og individuell undervisning og samtaler. Det undervises i adferdsterapi, ACT, i tillegg til timer med primær- og treningskontakten. I ukedagene starter dagen med et morgenmøte for alle pasientene ved rehabilitering for sykkelig overvekt og aktuelle ansatte ved rehabiliteringssenteret. Annen planlagt aktivitet kan være endringsarbeid, samtaler og veiledning, tilpasset fysisk aktivitet inne og ute, undervisning om relevante temaer og arbeid med eget nettverk hjemme.

Underveis vil den enkelte pasient ha én primærkontakt og én treningskontakt gjennom hele forløpet. Primær- og treningskontakt er i utgangspunktet to ulike personer, men ved sykdom og fravær vil den ene tre inn for den andre i en kortere periode. Primærkontakten og treningskontakten vil bistå med personlig veiledning, undervisning og samtale. Videre vil hver enkelt deltaker ha tilgang på et tverrfaglig team rundt seg, dette teamet kan bestå av: Treningskontakt, primærkontakt, fysioterapeut, sosionom, lege, psykolog, idrettspedagog, ernæringsfysiolog og ergoterapeut. I hvilken grad de ulike fagfolkene kobles opp mot pasienten avhenger av pasientens behov for bistand. I hjemmeperiodene får hver pasient en ukentlig telefonsamtale fra sin primærkontakt, dette for å hjelpe pasienten med å stå i prosessen og høre hvordan det går med dem. Hensikten med dette er at deltakerne skal ha oppfølging når de også er hjemme.

3.4 Rekruttering

Rekruttering av deltakere er gjennomført ved et rehabiliteringssenter tilhørende Unicare, ved avdelingen for rehabilitering av sykkelig overvekt. Det er gjennomført et strategisk utvalg med intensjon om å belyse problemstillingen best mulig. Basert på det ble det kun invitert pasienter som gjennomgår rehabilitering for sykkelig overvekt ved et rehabiliteringssenter. Det ble valgt et

strategisk utvalg fordi det ikke var hensiktsmessig å intervju mennesker som ikke har erfaringer fra å delta på rehabilitering for sykelig overvekt, da det ikke ville belyse problemstillingen. Rekrutteringen bestod videre kun av pasienter som var på det tredje oppholdet. På det tidspunktet hadde mulige deltakere gjennomført tre opphold og to hjemmeperioder. Det kan derfor ha utviklet seg flere opplevelser om hva som var viktig for dem, enn om de ble intervjuet på et tidligere tidspunkt. I tillegg til det, var det disse gruppene som var tilgjengelig innenfor ønsket tidsperspektiv. På bakgrunn av prosjektets omfang og begrensinger ble det satt noen inklusjons- og eksklusjonskriterier, hvor de fleste allerede var forhåndsbestemt for å kunne delta på rehabilitering for sykelig overvekt. Deltakerne måtte være 18 år, ingen øvre aldersgrense, ha en KMI lik 40 eller mer, eventuelt en KMI lik 35 eller mer i tillegg til andre vektrelaterte helseplager ved oppstart, videre måtte deltakere forstå og prate norsk.

Det var ansatte ved avdelingen for sykelig overvekt som i hovedsak gjennomførte rekruttering til studien. De ansatte leverte ut informasjonsskriv om prosjektet (se vedlegg 1), og innhentet skriftlig, informert samtykke i forkant av intervjudagen. Jeg kjente ikke til pasientene før selve intervjudagen, og hadde ingen kontakt med dem før lunsjtider på intervjudagen. Under lunsjpausen til pasientene ble jeg invitert til å presentere meg selv og studien min, dette ga meg muligheten til å besvare ulike spørsmål de hadde i forkant. Dette resulterte i at en ekstra person ønsket å delta i studien. Intervjuene ble gjennomført i tidsperioden oktober 2023 til januar 2024 ved rehabiliteringssenteret i etterkant av deltakerens daglige program. Det var originalt planlagt to runder med intervju i 2023, men på grunn av lav deltakelse (åtte deltakere) ble det åpnet for en tredje runde i 2024 som resulterte i seks ekstra deltakere.

3.5 Utvalg

Alle deltakerne ved rehabilitering for sykelig overvekt ble invitert for å delta i studien. Av 33 pasienter på rehabilitering for sykelig overvekt på riktig sted i rehabiliteringen var det 14 pasienter som takket ja til å delta i studien og stille til intervju. I kvalitative intervjuprosjekt er det ikke et fastsatt tall på hvor mange deltakere det trengs for å besvare problemstillingen. Antall deltakere vil variere ut ifra ressurser og tidsperspektivet på studien (Kvale & Brinkmann, 2015).

Av de 14 deltakerne så var det 13 kvinner og én mann. Aldersspennet var forholdsvis stort, fra 29 år til 65 år. Utvalget er preget av et flertall kvinner i alderen 40-60 år. Åtte deltakere var i arbeid, hvorav to deltakere var delvis uføre, fire deltakere var helt uføre, én deltaker var sykemeldt og én deltaker var arbeidssøkende. 11 deltakere hadde barn og 12 deltakere hadde enten kjæreste, samboer eller ektefelle. Det var ulike begrunnelser for at de ønsket å delta på rehabilitering for sykelig overvekt, men alle ønsket å aktivt jobbe med å forbedre egen helse.

De fleste hadde gjennomført tidligere forsøk for å gå ned i vekt eller endre livsstil. Tidligere forsøk har inkludert ulike dietter slik som pulver-, knekkebrød og suppediet, Grete Roede kurs, diverse kurs via Frisk Liv og Mestring. Det var også variasjoner i tidligere forsøk av evidensbaserte behandlingstilnæringer. Én var tidligere fedmeoperert. Noen hadde forsøkt medikamentell behandling, men valgt å avslutte på grunn av bivirkninger, manglende effekt og/eller økonomiske årsaker. Det var også deltakere som benyttet seg av medikamentell behandling i kombinasjon med rehabiliteringen.

3.6 Utforming av intervjuguide

For å innhente data til prosjektet ble en intervjuguide utformet (se vedlegg 2). Intervjuguiden var preget av en semistrukturert stil med åpne spørsmål. Det ble valgt en semistrukturert stil for at det skulle være rom for å ha en samtale rundt det jeg lurte på, det ga også muligheten til å stille oppfølgende spørsmål når jeg opplevde at det var nødvendig. Det ble blant annet spurt om deltakerne kunne fortelle mer om enkelte svar de ga. Intervjuguiden hadde som formål å fungere som en guide (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden gjorde det enklere å huske alle spørsmål, i tillegg til at jeg skulle få deltakerne inn på riktig spor i forhold til problemstilling. I etterkant av den første intervjurunden i 2023 ble intervjuguiden noe endret for å bedre rekkefølgen på spørsmålene, da den første runden ble preget av for personlige spørsmål for tidlig (se vedlegg 3). Ved utformingen av intervjuguiden var det en annen, mer åpen formulering på problemstilling. På daværende tidspunkt var følgende problemstilling: Hvilke erfaringer har individer som er på et døgnbasert rehabiliteringstilbud for sykelig overvekt, og hvordan har tilbudet hjulpet i møte med hverdagen?

Intervjuguiden inneholdt spørsmål om hvordan hverdagen så ut før oppstart og mellom hvert opphold, i tillegg til hvordan det var å komme hjem etter oppholdene. Jeg ønsket å få innsikt i hva som var viktig, hva de gjorde og om de gjorde ting annerledes fra hjemmeperiode til hjemmeperiode. Videre var det også spørsmål rundt det å være på opphold og hvordan de opplevde det. Det ble ikke spurt om faktorer som psykisk helse eller andre bakenforliggende årsaker da det ble vurdert til å være utenfor min kompetanse. I tillegg ble det ikke spurt om familiesituasjoner eller privatliv som kan påvirke livsstilsendringen annet enn hvordan det var å komme hjem, og hva som ble gjort hjemme mellom oppholdene.

3.7 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene gjennomførte jeg to pilotintervju, hvor formålet var at jeg skulle få trene meg på intervjuet, og se om rekkefølgen så ut til å være ok. Øvingen var lærerik i form av å lytte til det som ble sagt og stille oppfølgende spørsmål. Det var derimot vanskelig å sette seg inn i situasjonen blant de jeg gjennomførte pilotintervju med, og jeg valgte derfor å ikke justere rekkefølgen på spørsmålene. Enkelte spørsmål fikk derimot flere stikkord eller oppfølgende spørsmål til seg.

Intervjuene ble gjennomført ved rehabiliteringssenteret på en fredag eller tirsdag, i etterkant av endt undervisning. Valget om å intervju deltakerne mens de var på opphold var for å redusere terskelen for å delta fordi de allerede var til stede, og de ikke hadde andre hverdagslige gjøremål. Rehabiliteringssenteret var også et område de var kjent med. Det ble gjennomført individuelle intervju på et grupperom, hvor deltakeren satt på en side av bordet og jeg som intervjuer på den andre siden. Jeg gjennomførte alle intervju. Intervjuene startet med å gi informasjon om studien, innhente muntlig samtykke og takke for deltakelsen til studien. I forkant av intervjuene hadde ansatte ved rehabiliteringssenteret innhentet skriftlig samtykke og overlevert dette til meg. Jeg hadde tilegnet meg relevant kunnskap, noe som styrket mine forutsetninger for å kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål. I tillegg fikk jeg mer erfaring i å holde intervju for hvert intervju som ble gjennomført.

Det var satt av 60 minutter til hvert intervju. Alle spørsmålene i intervjuguiden ble stilt til alle intervjudeltakerne. Det var variasjoner i hvor mye deltakerne ønsket å fortelle til de ulike

spørsmålene, og hvor fort de svarte. Intervjuene hadde en varighet fra ni til 51 minutter. I etterkant av intervjuene ble lydfilen overført til min personlige mappe på NICE-1, etterfulgt av at lydfilen ble slettet fra diktafonen lånt fra NTNU.

3.8 Transkripsjon

I etterkant av de ulike intervjuene begynte jeg å transkribere alle intervju. Transkribering er prosessen hvor det muntlige intervjuet omfavnes til en skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkriberingen ble gjennomført ved at lyden ble avspilt i et lydavspillingsprogram med redusert hastighet for at jeg skulle få med meg alt deltakerne sa. Intervjuene ble anonymisert fortløpende. I etterkant av at hele intervjuet ble transkribert lyttet jeg igjen på lydfilen for å forsikre meg om at alt var transkribert riktig. Etter å ha transkribert 14 intervju ble det ca. 125 sider med datamateriale.

Et problemområde med å transkribere er at noe som er sagt muntlig kan gi helt og holdent mening, men når det blir skriftlig kan meningen forsvinne eller bli vanskelig å forstå (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2015). Det er derfor en akseptert praksis å redigere teksten noe. Denne praksisen begrunner Malterud (2011) med at er greit å gjøre for å unngå å redusere betydningen av ulike utsagn fra deltakerne. Dette har jeg gjort for eksempel på steder hvor det er ufullstendige setninger eller at en deltaker gjentar enkelte ord mange ganger før de får sagt det de skal si. Redigering har også blitt gjort på enkelte setninger for å få setningen til å høres mer skriftlig og sammenhengende ut eller for å sikre anonymitet i sitatet. Til slutt valgte jeg at alle transkripsjoner ble skrevet på bokmål, dette ble gjort for å anonymisere deltakerne ytterligere. Til tross for redigeringen som ble gjort underveis i transkripsjonen var det stort fokus på at meningen av det som ble sagt, forble uendret.

Kroppsspråket til deltakerne kan være med på å påvirke hvordan jeg tolker og oppfatter det som blir sagt i et intervju (Eide & Eide, 2007). Når deltakerne brukte et tydelig kroppsspråk underveis i intervjuene ble det umiddelbart notert i etterkant av intervjuet, for i senere tid skrive det ned i parentes i transkripsjonen Jeg var hele tiden opptatt av å ikke fjerne og/eller endre på deltakerens meningsinnhold.

3.9 Analyse

I denne studien ble datamaterialet analysert ved bruk av tematisk analyse beskrevet av Braun og Clarke. Tematisk analyse ble valgt fordi formålet med studien var å undersøke subjektive opplevelser blant deltakerne som deltar på rehabilitering for sykkelig overvekt. Tematisk analyse gir en fleksibel tilnærming som enkelt kan tilpasses ulike forskningsspørsmål, og kan dermed bidra med å identifisere ulike temaer og mønstre som befinner seg i intervjumaterialet (Braun & Clarke, 2022). Dette kan igjen gi dybdeinnsikt i ulike perspektiver på helsefaglige spørsmål.

Ved analyseringen av datamaterialet ble Braun og Clarke sin stegvise modell brukt. Modellen baserer seg på seks ulike steg: 1) bli kjent med datamaterialet, 2) formulering av koder, 3) generering av de første temaene, 4) revidere temaer, 5) definere og navigere temaer, og 6) produsering av rapport (Braun & Clarke, 2022). Nærmere gjennomgang av disse stegene vil bli presentert i de neste underkapitlene.

3.9.1 Bli kjent med datamaterialet

Steg én består av å tilegne seg god oversikt over datamaterialet som er blitt samlet inn (Braun & Clarke, 2022). Basert på dette ble hele det transkriberte datamaterialet lest i sin helhet, i tillegg til enkle notater og markeringer ved aktuelle utsagn fra intervjudeltakerne. Lydfilene ble også lyttet til igjen. Dette ble gjort for å danne et helhetlig bilde av datamaterialet. Underveis i denne prosessen var det mulig å identifisere relevante temaer og mønstre i datamaterialet. Ifølge Braun og Clark (2022) er dette en smart måte å sette seg inn i datamaterialet, uten å gå for dypt inn i datamaterialet for tidlig. Til slutt ble det skrevet et notat av helhetsbildet av datamaterialet.

3.9.2 Formulering av koder

Steg to består av å gjennomgå datamaterialet på nytt, men denne gangen mer nøyaktig og strukturert (Braun & Clarke, 2022). Hensikten er å identifisere mulig data som kan være av interesse for problemstillingen som videre lages inn i koder. Denne prosessen ble gjort ved å lese gjennom datamaterialet på nytt, hvor enda mer datamateriale ble uthevet og markert. Datamaterialet ble også skrevet ut. Markeringer av koder ble gjort ved bruk av markeringstusjer. I margin på de ulike dokumentene ble mulige koder og refleksjoner notert. Denne prosessen gjorde det enklere å danne en oversikt over temaer som befinner seg i datamaterialet.

3.9.3 Generering av de første temaene

Steg tre består av å generere de første temaene. Dette gjøres ved å identifisere mønstre på tvers av datasettet (Braun & Clarke, 2022). Steg tre ble gjennomført ved å gå gjennom tidligere koder og sammenfatte koder som så ut til å ha lik mening, men det kunne også være meninger som var motstridende eller unike ovenfor hverandre. Dette ble gjort ved å finne spesifikke ord, uttrykk, opplevelser eller enkelte ord som gikk igjen og gruppere dem. Deretter ble det laget forslag til ulike temaer basert på kodene og grupperingene som hadde blitt gjort. I dette steget er det viktig å huske på problemstillingen. I løpet av dette steget måtte jeg flere ganger justere navn på temaene og forflytte enkelte sammenslåtte temaer.

3.9.4 Revidere temaer

Steg fire består av en vurdering av de foreløpige temaene fra steg tre (Braun & Clarke, 2022). Dette ble gjort ved å se om de foreløpige temaene stemmer overens med kodene laget i steg to og datamaterialet generelt. Her ønsket jeg å sjekke at de foreløpige temaene faktisk representerte de viktige mønstrene i datamaterialet og at det var relevant i forhold til valgt problemstilling. Enkelte forslag til temaer ble ekskludert, andre ble sammenslått og andre fikk stå som de var. Et eksempel på et tema som utgikk var «fra teori til praksis». Ved å gjennomgå datamaterialet igjen, fant jeg at dette temaet ikke var like tydelig som jeg først trodde.

3.9.5 Definerings og navngi temaene

Steg fem består av å ferdigstille temaene (Braun & Clarke, 2022). Dette ble gjort ved å sikre at temaene som er funnet baserer seg rundt et gjennomgående konsept eller opplevelse i datamaterialet. Steg fem inkluderer derfor å gå tilbake til datamaterialet for å lese gjennom, det var blant annet nødvendig å endre ulike temaer igjen. I løpet av denne prosessen ble også hvert tema tildelt et informativt navn.

3.9.6 Produsering av rapporten

Steg seks består av å produsere den endelige rapporten (Braun & Clarke, 2022). I presentasjon av resultatene er intervjudeltakerne anonymisert for å unngå at andre skal kunne identifisere dem. I tillegg er alle blitt tildelt tilfeldige, fiktive kvinnelige navn for å opprettholde anonymiteten.

Videre kan enkelte sitater være noe redigert for å opprettholde anonymiteten til deltakerne. For å eksemplifisere funnene vil direkte sitat fra deltakerne bli presentert i resultatene. Sitatene vil være uthevet i kursiv etterfulgt av fiktivt navn. Dette gjøres for å underbygge funnene som er gjort i løpet av studien. Enkelte steder i sitatene er noe innhold tatt bort. Det vil bli markert på følgende vis: (...). Inkludert i diskusjonen vil ulike sammenhenger eller ulikheter mellom temaene og tidligere forskning utforskes.

Analysemetoden til Braun og Clarke er ikke nødvendigvis en lineær prosess, og noe den ikke var i mitt tilfelle. Det har regelmessig blitt vekslet mellom stegene to til seks. En forsker må hele tiden kunne gi slipp på et tema som viser seg å ikke være av like stor relevans som opprinnelig tenkt (Braun & Clarke, 2022).

3.10 Forskningsetiske overveielser

Det ble tatt hensyn til forskningsetiske problemstillinger som kan oppstå fortløpende i prosjektet. I forkant av studiens oppstart ble det sendt en fremleggingsvurdering til den regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Studien ble vurdert til å ikke være fremleggingspliktig for REK. Studien ble derfor meldt til Sikt for vurdering av personverns konsekvenser. Sikt godkjente prosjektet med referansenummer 961 862 (se vedlegg 4).

Alle intervjudeltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. Skriftlig informasjon ble gitt i form av informasjonsskriv med samtykkeerklæring (se vedlegg 1) som ansatte ved rehabiliteringssenteret delte ut. Samtykke til å delta i studien skal være informert, frivillig og tydelig (Kvale og Brinkmann, 2015). Skriftlig samtykke ble innhentet av de ansatte og levert til meg på intervjudagen, og et muntlig samtykke ble gitt av intervjudeltakerne i forkant av at intervjuets start. Alle deltakere ble i forkant av intervjuet minnet på at det var frivillig å delta og at de når som helst kunne trekke tilbake samtykke uten å oppgi årsak. Det ble også gitt informasjon om at deltakelse i studien ikke ville ha innvirkning på rehabiliteringen de mottar ved rehabiliteringssenteret, og ønsket de å trekke tilbake samtykke ville det ikke påvirke rehabiliteringen heller.

Identifiserende informasjon i datamaterialet ble i transkriberingen anonymisert. Alle intervjudeltakerne ble tildelt et tilfeldig, kvinnelig, fiktivt navn. Dette ble gjort for å ikke identifisere sitat fra den ene mannlige deltakeren. Basert på at det er såpass få deltakere på et slikt tilbud, valgte jeg videre å anonymisere alderen ved sitat.

Lydopptakene av intervjuene ble gjort på en diktafon lånt fra NTNU. I etterkant av intervjuene ble lydfilen overført fra diktafonen til min egen NICE-1 mappe med tofaktorautentisering. Etter dette ble lydopptaket på diktafonen slettet.

4 Resultater

Hovedtemaer: «Å bli støttet var viktig for livsstilsendringen», «Rehabiliteringsprogrammet var av stor betydning for deltakerne» og «Verdien av aksept og forpliktelsesterapi og hvordan aksept og forpliktelsesterapi bidro til å endre livslang adferd». De to første hovedtemaene ble videre inndelt i tre undertemaer hver.

4.1 Å bli støttet var viktig for livsstilsendringen

Det første hovedtema handler om betydningen av det å motta og føle seg støttet underveis i rehabiliteringsprosessen. En gjennomgående observasjon var at det var viktig å føle på støtte både hjemme og på opphold. Det var flere måter å bli støttet på, men det var tre sentrale områder det å motta støtte var fremtredende: Gruppen de gjennomgår rehabilitering med, familie, venner og arbeidsplassen og til slutt behandlerne ved rehabiliteringssenteret.

4.1.1 Gruppen som forstår deg og som kan relatere til deg og din livsstilsendring
Innad i de ulike gruppene på rehabiliteringen var det rom for å kunne støtte hverandre på en måte som mange ikke hadde opplevd tidligere. Gruppen var sammensatt av mennesker med tilsynelatende store variasjoner i bakgrunnsvariabler og forutsetninger, slik som alder, kjønn, levevaner og familie- og arbeidsstatus. Til å begynne med spekulerte deltakerne i om det var mulig at mennesker med så ulik bakgrunn kunne ha noe til felles, men det viste seg med tiden at det hadde de. Erfaringene de hadde rundt helse og overvekt hadde mange fellestrekk, og de satt med mange av de samme utfordringene og følelsene. Det å ha noen å dele dette med, ble for mange opplevd som en trygghet og en viktig del av rehabiliteringen. Når ting ble vanskelig eller utfordrende var det alltid noen å rådføre seg med på gruppen. Innad i gruppene ble det delt tips, triks og ideer fra andre i samme livssituasjon, noe som førte til at livsstilsendringen opplevdes enklere å gjennomføre.

Det som er fasinende synes jeg er at vi er jo veldig forskjellige. Vi er forskjellige folk, men samtidig så utrolig lik i utfordringene våre. Det i seg selv er en trygghet. Når du sier noe om dine egne utfordringer, så vet du at det egentlig gjelder alle»

Thea

Gruppene bestod av mennesker som gjenkjente problemene til andre likestilte mennesker. Dette kan ha bidratt til at gruppene var så velfungerende til tross for ulike forutsetninger og bakgrunnsvariabler. Det var stor takknemlighet for at de hadde akkurat den gruppen de hadde. Dynamikken og kontakten innad i gruppene var så god at de ønsket å opprettholde kontakten utover oppholdene. Dette gjorde de ved å opprette felles kommunikasjonsgrupper på ulike plattformer slik som Messenger og/eller Snapchat, hvor alle ble inkludert om de ønsket å delta. På den måten var det mulig å opprettholde kontakten utover oppholdene selv om det var lange distanser mellom hjemlassene til deltakerne.

Ved å opprettholde den gode kontakten utover oppholdene åpnet det seg en mulighet for å hjelpe hverandre også når de var hjemme. For at det skulle skje var det derimot en forutsetning om at deltakerne var så trygge på hverandre, og at de følte de kunne dele mer personlige ting med hverandre. Hensikten bak kommunikasjonsgruppene opplevde de at var lavterskel, hvor det var mulig å dele alt med hverandre. Innholdet kunne variere fra at de hadde gått tur, til å bake brød, til å trenge hjelp med noe som var utfordrende, men samtalene bestod også av oppmuntrende og støttende ord. Blant enkelte dannet det seg også vennskap som gikk ut over oppholdene og kommunikasjonsgruppene, hvor det ble tatt initiativ til felles fritidsaktiviteter slik som kino, teater og middager.

Det å dele sine egne erfaringer var godt for den enkelte, men det var også hjelpsomt for de andre som satt og hørte på. En måte gruppen støttet hverandre på når ting ble utfordrende eller vanskelig var ved å nedskalere problemet til mindre og mer håndterbare utfordringer. I tillegg til å oppmuntre hverandre til å begynne en plass for resterende ville følge på fortløpende. Det var mulig for gruppe medlemmene å bistå hverandre med dette fordi de selv hadde opplevd lignende situasjoner, og derfor kunne dele av sine egne erfaringer til fordel for sine medpasienter.

Deltakerne opplevde at det var stor aksept for hverandre innad i gruppene. Det var en generell forståelse innad i gruppene om at alle var der for å jobbe med sin egen helse, og derfor tok valg basert på hva som var viktig for den enkelte. Om en pasient sa nei til en aktivitet, så opplevde ikke deltakerne at noen begynte å forlange begrunnelser eller forsøke å si at det ikke var greit å takke nei. Det var rom for å delta på det som var av betydning og følte riktig for seg selv.

Deltakerne opplevde at det var en generell forståelse blant alle om at ingen hadde noe med hvorfor det ble sagt ja eller nei. Dette koblet enkelte deltakere til rammene de ansatte ved rehabiliteringssenteret forklarte og satte fra den første dagen på det første oppholdet. Deltakerne opplevde at de heller skulle støtte hverandre i de valgene som ble tatt fremfor å være kritisk. Å motta støtte fra likestilte mennesker på denne måten var en behagelig følelse da tidligere erfaringer med å takke nei til noe ofte ble etterfulgt av et opplevd behov om å forklare seg til andre. Det behovet var ikke eksisterende på oppholdene.

«Vi er jo veldig forskjellige. Vi har jo veldig ulike triggere og ulike ting som trigger oss, men samtidig så har vi veldig mye av de samme følelsene knyttet til det her med mat og trening. Så det er veldig mye gjenkjennbart, og som du ikke finner hos andre venner som ikke sliter med overvekt».

Malin

Undervisningen ga deltakerne et felles språk som de hjemme ikke hadde forutsetninger til å forstå. Når utfordringer dukket opp var det noen ganger enklere å vende seg til gruppen som kunne relatere til de samme utfordringene, men som også var i besittelse av det samme språket. Dette gjorde gruppen enda viktigere, spesielt blant de som ikke hadde et stort nettverk hjemme. Det at gruppemedlemmene gjennomgikk den samme livsstilsendringen gjorde det også enklere for dem å forstå hverandre. Noe som gjorde at terskelen ble enda lavere for å benytte seg av hverandre fremfor familie og venner som ikke forstod konseptet i like stor grad. Dette gjorde gruppen enda viktigere, spesielt blant de som ikke hadde et stort nettverk hjemme.

Miljøet i gruppene åpnet for å dele suksesshistorier, men også nedturen. Å fortelle om oppturene og nedturene sine til likestilte mennesker ble opplevd som noe godt og betryggende fordi det var mennesker som kunne relaterte til det som ble sagt og gjort. Enkelte opplevde at utenforstående ikke så verdien av det å ta det riktige valget, og dermed ikke skjønnte hvorfor det i det hele tatt ble pratet om. Det var derfor av større opplevdverdi å meddele slike prestasjoner til gruppemedlemmene fremfor utenforstående som ikke gjennomgikk den samme livsstilsendringen. På den måten fikk deltakerne en opplevelse av at de ble støttet, men også at de kunne feire det andre så på som hverdagslige selvfølger.

«Tanken er at vi skal være med på et maraton. Vi skal bare gå den korte runden på 5 km, men bare for å prøve å holde gruppen litt samlet under de syv månedene når vi er hjemme. Sånn at vi ikke mister hverandre, men fortsatt har en felles arena som gjør at vi kanskje samarbeider litt og hjelper hverandre»

Camilla

Gruppesettingen hadde også et motiverende element ved seg. Enkelte dager var det muligheter for å stå opp tidlig for å trene. Når de motiverte hverandre til å delta på én tidlig treningsøkt opplevde de at de motiverte hverandre, men også utviste interesse for hverandres helse og velvære. Det var blant annet inspirerende å se at andre gjorde det, noe som førte til at flere ble med på treningsøktene. En gruppe hadde også meldt seg på et løp. Ved å ha en fremtidig plan så var det et behov for å hjelpe hverandre å holde den avtalen. Ideen var at de på den måten kunne sikre at de beholdt den gode kontakten i gruppen som for mange var et godt og positivt bidrag til livsstilsendringen.

4.1.2 Familie og venner var en viktig ressurs for deltakerne

Ektefeller/samboere og øvrig familie tok ansvar for at hverdagen hjemme med barn og andre hverdagslige behov var dekket underveis i rehabiliteringsoppholdene. Det at nettverket hjemme overtok ansvaret gjorde det mulig for deltakerne å ta seg tid til å faktisk dra på opphold uten å bekymre seg for mye om hverdagen hjemme gikk rundt. Familiemedlemmer støttet også opp under deltakerne ved å respektere grensene som ble satt når de var på opphold. Det var tidvis behov for å ikke ha mye kontakt med omverden og de hjemme. Dette behovet handlet mest om at de ønsket å bruke all tid på seg selv, og sin livsstilsendring fremfor å fokusere på det som foregikk hjemme.

Som en reaksjon på det som ble lært på oppholdene var det endringer i rutiner, kosthold og ulike måltider i hjemmet. Det var en opplevelse blant de ulike deltakerne at familiemedlemmer med tiden godtok endringene. Det at familiemedlemmene godtok endringene betydde at det ikke var nødvendig å gjennomføre alle endringer alene, noe som opplevdes som støttende og bygde bånd mellom deltaker og pårørende. Enkelte deltakere opplevde at familien fungerte som en enhet

sammen mot et sunnere liv. Når deltakerne var hjemme, ble måltider hverken laget spesielt for deltaker eller familiemedlemmer. Det var et fellesskap i å spise den samme maten, bare med enkle justeringer fra tidligere kosthold slik at maten passet for alle. Et sunnere kosthold for hele familien opplevde deltakerne bare som en bonus, og blant foreldrene var det et ønske om at deres nye, sunnere livsstil skulle smitte over på barna på den måten.

«Jeg får veldig god støtte fra dem jeg bor med og familien min og sånn ellers. Kollegaene på jobb og alle er veldig positive. Det er ikke at det skal være noe styr ut av det, men samtidig gir de meg god feedback uten at det blir for voldsomt. Og spør noen om noe, så er jeg veldig åpen på hvor jeg er og hva jeg gjør. Så får man veldig mye skryt for det også, og det er jo fint»

Maria

Enkelte deltakere hadde familiemedlemmer som ønsket å aktivt delta i livsstilsendringen fra dag en. Andre deltakere opplevde at det tok lengre tid før familien forstod hvorfor det var viktig at de deltok i de ulike aspektene ved livsstilsendringen når deltakerne var hjemme. Dette var av verdi for deltakerne da det gjorde at de opplevde å ha familien med seg i ryggen, og ikke måtte gjøre alt arbeidet alene. Når deltakerne var hjemme opplevde de at familien tok del i planlegging av felles måltider for uken, hvilke dager deltakerne skulle trene og om noen fra familien skulle delta på en treningsøkt. En annen måte deltakerne opplevde at det ble utvist hensyn på var ved planlegging av sosiale aktiviteter, ved at det ikke ble planlagt for mye i løpet av en uke.

«Blant annet så vil han nå være med på trening for å, også for seg selv, men det er kanskje noe jeg har mast om i 10 år. Nå forstår han hvor viktig det er for meg at han sa ja til å bli med på treningsstudio»

Thea

Deltakerne forstod livsstilsendringen som sin egen, og at det var de som måtte opparbeide de nye levevanene. Uavhengig av dette var det betydningsfullt å ha familie og venner som aktivt ønsket å delta i prosessen og bidra der de kunne. Det var motiverende å vite at uken inneholdt planlagte treningsøkter, aktiviteter og/eller gåturer med familie og venner. Ved å forplikte seg til disse

avtalene var det enklere å forholde seg til avtalen, samtidig som det var en høyere terskel å melde avbud enn om de kun hadde en avtale med seg selv. For enkelte ble treningsøkten med ektefelle eller barn opplevd som ukens høydepunkt.

Blant de som var i arbeid var det en opplevelse av at arbeidsgiver ønsket å tilrettelegge der det var mulig. Områder hvor det var mulig å tilrettelegge var for eksempel færre nattevakter eller ved at arbeidsgiver ga muligheten for fleksible arbeidsdager. Dette førte til at det var et ønske om å bli værende i jobben sin, og et redusert behov for å sykemelde seg. Ved å tilrettelegge ble det enklere å tilpasse hverdagen hjemme med livsstilsendringen, i tillegg til at det var en generell trivsel på jobb. Ved å dra på jobb kunne de benytte seg av nettverket de hadde opparbeidet seg på jobb, men også trene på å vedlikeholde daglige rutiner, som de hadde øvd på og lært på opphold.

«Jeg har en søster som elsker å bake. Jeg elsker å bake jeg også, men hun er liksom, du må ta deg det kakestykket da. Nå har jeg vært sånn at nei, nå må du forstå at jeg ikke skal ha det kakestykket uten at jeg vil det selv. Dem hører etter, men det tok en stund. Jeg måtte prate en del med dem. For det har jo med livsstilen min å gjøre at jeg ikke ønsker å spise søtsaker, og at dem må respektere meg for at jeg sier nei (...) Tidligere følte jeg at kommer det kake og kaffe så må du forsyne deg, men ditt har jeg kommet at nå må jeg ingen ting»

Ida

Til tross for at deltakerne opplevde mye god støtte og positive holdninger til livsstilsendringen fra familie, venner og andre kretser, så var det ikke slik at det alltid var realiteten. Deltakerne opplevde at familie, venner og andre ikke alltid handlet støttende, eller at de ikke utviste forståelse for den nye livsstilen og valgene deltakerne tok i forbindelse med livsstilsendringen. Enkelte deltakere opplevde at det til tider var vanskelig eller nødvendig å forklare hvorfor de takket nei til diverse mat eller deltakelse i sosiale sammenkomster. Dette førte blant annet til at det var enklere å bare bli hjemme, noe som kan redusere nettverket. Deltakerne fikk etter hvert et økt behov for å kommunisere hva som nå var viktig for dem, og hvordan andre best mulig kunne støtte dem om de ønsket det. Kommunikasjon mellom deltaker og familie og venner ga økt forståelse for hvorfor ting hadde endret seg, noe som til slutt ble respektert. Ved å gå igjennom

episoder hvor det var manglende støtte eller forståelse fikk deltakerne trening i å øve på sine kommunikasjonsferdigheter, men også det å stå for sine egne valg og verdier. Noe som gjorde at enkelte deltakere har endret hva de opplever som pliktig å gjøre i sosiale settinger.

4.1.3 God ivaretagelse av behandlere utgjorde en forskjell

Deltakerne opplevde å bli godt mottatt av helsepersonellet ved rehabiliteringssenteret, og dette var for mange viktig. For enkelte var dette det første positive møte med helsevesenet. Tidligere erfaringer var at helsepersonell har møtt dem med et dømmende syn og/eller manglende kompetanse for å hjelpe dem på en tilstrekkelig og god måte. Deltakerne opplevde at helsepersonellet ved rehabiliteringssenteret var opptatte av å se mennesket som var der, ikke at de hadde en høy KMI. Dette gjorde at noen deltakere sluttet å klandre seg selv for sin sykkelig overvekt.

«Jeg hadde ikke klart det uten å få den her støtten, og føle at du blir møtt med forståelse. At noen kan si de rette tingene, og du opplever oppriktig at de mener de tingene de sier»

Maria

Forløpende lærte deltakerne at helsepersonellet utviste stor faglig kompetanse for sitt fagfelt, men også hadde en medmenneskelighet og forståelse for livssituasjonen til hver enkelt deltaker. I perioder hvor deltakerne var syke og/eller skadet var det en opplevelse av at de ansatte var dyktige i å tilpasse oppfølging og program til hver enkeltes behov, uavhengig av om det var behov for endringer når de var på opphold eller hjemme.

«De står ikke på toppen av fjellet og bare kom igjen, kom opp. De går ved siden av deg.»

Silje

Behandlerne var flinke til å aktivt ta del i livsstilsendringen. Det var ikke noe hierarki hvor behandlere kommanderte hva deltakerne skulle gjøre, men de var med på gåturer og treningsøkter. Det å ha behandlere likestilte seg og viste at dette gjør vi sammen gjorde det enklere å gjennomføre aktiviteter. Deltakerne opplevde at det var behandlere som hadde troen på deg, og viste at det var mulig selv om de selv ikke alltid hadde troen.

Å bli godt ivaretatt av de ansatte var ikke utelukkende positivt, og for enkelte førte det til noen bekymringer. Tanken på at rehabiliteringen foregår over en tidsbestemt periode var for enkelte skummel, og de bekymret seg for dagen de ikke lengre skulle få oppfølging og støtte fra rehabiliteringssenteret. Til tross for bekymringen var det fortsatt mye optimisme i at dagen hvor rehabiliteringsforløpet var over, så hadde de blitt utrustet med nok verktøy til å klare å vedlikeholde endringene selvstendig.

4.2 Rehabiliteringsprogrammet var av stor betydning for deltakerne

Det andre hovedtema handler om hvilke elementer ved selve rehabiliteringen som var viktig for deltakerne, og livsstilsendringen som de gjennomgår. Enkelte områder ved rehabiliteringen hadde et større utbytte og var av større verdi for deltakerne og livsstilsendringen enn andre områder. Hovedtemaet er videre inndelt i tre undertemaer: Oppholdene gjorde det enkelt å fokusere på livsstilsendringen, personlig og langsiktig oppfølging fra helsepersonell gjorde rehabiliteringen unik i forhold til tidligere forsøk på å endre livsstil og nettverksdagen for venner og familie gjorde det enklere å kommunisere med de som var hjemme.

4.2.1 Å delta på oppholdene gjorde det enkelt å fokusere på livsstilsendringen

Rehabiliteringen tok deltakerne ut av hverdagen, og de kom inn i det som beskrives som «bobla» når de var på opphold. For å delta på den døgnbaserte rehabiliteringen måtte hverdagen, jobb, venner og familie forlates i totalt seks uker spredt utover ett år. Det å forlate livet hjemme førte til en unik mulighet for å fokusere på seg selv og sin egen livsstilsendring. Det var tilsynelatende få hverdagslige bekymringer når de var på opphold.

Deltakerne opplevde at det var viktig at rehabiliteringen var døgnbasert og ikke dagbasert. Å være på døgnbasert rehabilitering gjorde at deltakerne opplevde å kunne bruke all tid og alle ressurser tilgjengelig på å fokusere på sin livsstilsendring over flere dager. Når deltakerne var på opphold var det en oppfatning av at det var færre forekomster av hverdagslige gjøremål. Den frigjorte tiden fra hverdagslige gjøremål kunne deltakerne nå allokere til sin livsstilsendring. Deltakerne mistenkte at ting som hverdagslige gjøremål fort kunne ført til mange distraksjoner og gjort det vanskeligere å fokusere på livsstilsendringen sin om de bare var hjemme eller på

dagbasert rehabilitering. Det gikk igjen blant deltakerne at denne formen for rehabilitering ble valgt nettopp fordi de fikk muligheten til å komme på opphold. Likevel var det tidvis krevende å være på opphold med tanke på all informasjon og undervisning som skjedde i løpet av en dag. Til tider var det overveldende mye, da var det viktig å benytte egentid til hvile og/eller refleksjon. Dette mente de at de ikke fått gjort i like stor grad på dagrehabilitering fordi de måtte reist hjem etter endt undervisningsdag.

«Det er virkelig suksessfaktor nummer en altså. Det å bli dratt ut av hverdagen, lære noe annet. Få tid til å ha fokus på seg selv. Fordi hvis du ikke får det så tror jeg ikke du lykkes. Fordi vi har alle prøvd en million ganger»

Thea

Oppholdene var noe som ble sett frem til, og det var motiverende å komme på opphold. Det var godt å komme til ferdiglaget mat og romslige enerom som ble vasket for deg. Å komme tilbake på opphold var av betydning for deltakerne fordi de opplevde å få faglig påfyll, fikk muligheten til å sosialisere og prate med gruppen og få mer undervisning med behandlerne. Dette opplevde deltakerne som motiverende, og noe som ga dem mer energi når de skulle hjem for en ny hjemmeperiode. For enkelte fungerte oppholdene som en pause fra hverdagen og ga derfor en ekstra gnist i livsstilsendringen. En utfordring med å dra på opphold var at det følte vanskelig å dra fra de hjemme, men så fort de kom seg på opphold så opplevde de at det var veldig godt å være tilbake igjen.

Det å begynne livsstilsendringen med å komme på opphold var i noen tilfeller viktig for å i det hele tatt begynne. Til tross for at de aller fleste hadde gjort et titalls forsøk i å endre livsstil og/eller gå ned i vekt, så var det likevel usikkerhet i hvor man skulle begynne eller hva som var lurt å gjøre. På rehabiliteringen fikk de hjelp fra behandlere i å strukturere hva som skulle prioriteres når og hvordan.

«Jeg hadde jo veldig lyst å komme i gang, men jeg klarte ikke å komme i gang selv ... Jeg trenger ikke gå på et treningsstudio. Treningskontakten har vist meg veldig mange øvelser

som jeg kan gjøre uten treningsapparat, men med strikk. Noe som jeg aldri var klar over, og at jeg kan bruke kjøkkenbenken til å ta pushups»

Ida

Oppholdene var et viktig element i rehabiliteringen, men det kunne også by på utfordringer. Konseptet bak oppholdene var at hverdagen på opphold skulle gjenspeile hverdagen hjemme. Blant de som var sykemeldt eller ufør så var ikke dette nødvendigvis tilfellet. Oppholdene bestod av strukturerte dager og med dagsprogram som tilsvarte varigheten på en arbeidsdag. Dette gjorde at enkelte opplevde å bli overstimulert, og tidvis hadde vansker med å ta til seg alt de lærte ved rehabiliteringen. Det gjorde at enkelte brukte lang tid på å restituere seg når de kom hjem, og for andre var de nå fylt med masse ny energi og giv for å fortsette livsstilsendringen.

«De har sagt at en varig endring tar kanskje fem år. Så skulle man kanskje hatt muligheten til å komme enda flere ganger. Ikke like hyppig. Man vet at man skal tilbake, det gjør noe med at man passer på litt mer underveis. Så egentlig skulle man ikke bare kommet ett år etter første opphold, men en gang i året (i flere år)»

Marte

Oppholdene var spredt utover ett år, men alle ønsket fortsatt et lengre forløp. Dette ønsket forekom på to ulike vis. På den ene siden var det et ønske om at hvert opphold skulle bestå av flere dager. På den andre siden var det et ønske om at forløpet skulle vart i lengre enn ett år. Enten med lengre tid hjemme mellom oppholdene, flere opphold med samme tid hjemme eller ett «oppfriskningsopphold» årlig i x antall år. Det var mistanker om at innholdet i rehabiliteringen hadde fått tid til å sette seg bedre om oppholdene og varigheten var lengre. Oppfatningen og mistanken var at resultatene kunne blitt bedre ved å få et lengre tilbud. Dette var et så stort ønske at enkelte ønsket å betale fra egen lomme for å bli lengre. For andre handlet det om at tiden på rehabilitering med opphold, støtte og oppfølging opplevdes veldig trygt, og det følte utrygt å skulle være ansvarlig for alt selv.

4.2.2 Å få personlig og langsiktig oppfølging fra helsepersonell gjorde rehabiliteringen unik i forhold til tidligere forsøk på livsstilsendring

Et viktig element ved rehabiliteringen var tilretteleggelsen og fokuset på personlig og langsiktig oppfølging. Til tross for at hver deltaker fikk utdelt hver sin primær- og treningskontakt var det betryggende å føle på at de kunne prate med alle behandlere. Det at rehabiliteringssenteret hadde et langsiktig forløp, og hadde mye oppfølging var en annen viktig del av hvorfor akkurat denne behandlingstilnærmingen ble valgt fremfor andre behandlingstilbud de hadde mottatt.

«Det at dem følger deg over ett år, det synes jeg var en avgjørende faktor»

Malin

Å motta den ukentlige telefonsamtalen fra sin primærkontakt opplevdes som en viktig og stor del av å klare seg godt i hjemmeperioden. Innholdet i samtalen varierte, men deltakerne opplevde ikke nødvendigvis at det var innholdet i samtalen som var det viktige. Det viste seg derimot at det som var viktig, var forberedelsen til samtalen de skulle ha. I forkant av telefonsamtalen var det nødvendig å reflektere rundt ulike spørsmål som primærkontakten kom til å spørre om. Spørsmålene handlet ofte om hvordan uken hadde gått og hvordan de har det. Dette gjorde at deltakerne tok seg tid til å reflektere rundt disse type spørsmålene i forkant av telefonsamtalene. Egenrefleksjon i forkant av telefonsamtalene opplevdes derfor som viktigere enn selve innholdet i samtalen.

«Jeg er ikke sikker på om akkurat den praten har vært så avgjørende, men refleksjonen før og det at jeg har forventet å snakke med primærkontakten (har vært viktig)»

Amalie

Andre ganger var det ikke like verdifullt med en samtale, men likevel var det viktig å vite at den telefonsamtalen skulle komme. Å vite at telefonsamtalen kom, gjorde at deltakerne skjerpet seg litt ekstra i løpet av uken fordi de ønsket ikke å fortelle primærkontakten sin om at de hadde gjort det de selv definerte som en dårlig jobb. En deltaker derimot opplevde å ikke ha stort behov for hverken innholdet i samtalene eller det rundt, og ønsket derfor kun samtaler annenhver uke. Noe hun opplevde at ble respektert av primærkontakten og videre tilrettelagt for.

Det å vite at telefonsamtalen kom førte også til at det ikke var deltakerne som måtte ta kontakt med sin primærkontakt om de opplevde å ha behov for en samtale. At det var primærkontakten sitt ansvar å kontakte dem i hjemmeperiodene og ikke omvendt opplevdes som viktig for en del deltakere. Det var viktig i den forstand at deltakerne hadde en oppfatning av at terskelen for å ringe sin primærkontakt var vesentlig høyere enn at de selv ble ringt. For de deltakerne dette gjaldt ble det videre spekulert at de aldri hadde ringt sin primærkontakt, og om de gjorde det så hadde de nok følt at det hadde gått veldig galt altfor lenge. Å vite at denne oppfølgingen kom, gjorde at enkelte følte hjemmeperiodene var mer håndterbare og ga dem en form for overgang.

Så jeg kjenner det at jeg er mye lettere til sinns, og bare det at dem følger meg opp med en telefonsamtale en gang i uka. Det er så motiverende. Det er jo litt viktig for min del at jeg blir fulgt opp»

Ida

Denne telefonoppfølgingen var i et tilfelle så avgjørende at en deltaker hadde droppet ut om det ikke var for telefonoppfølging. Hun hadde allerede bestemt seg for å droppe ut, fordi hun opplevde selv å ha tatt en rekke dårlige valg og begynte derfor å slite psykisk. I telefonsamtalene i hjemmeperioden med sin primærkontakt ytret hun flere ganger at hun ikke ønsket å fortsette rehabiliteringen på bakgrunn av dårlig samvittighet for seg selv, men også det opplegget hun er med på. Etter to telefonsamtaler med sin primærkontakt ble det besluttet at hun likevel ønsket å delta på det neste oppholdet, opphold nummer tre. Hun hadde tidligere fortalt hennes trenings- og primærkontakt at hun hadde behov for å presses til å gjennomføre ting hun var med på. Det at hun opplevde å bli motivert til å komme tilbake på neste opphold kobler hun til sine tidligere samtaler, og var veldig takknemlig for at hun igjen hadde blitt presset til å fortsette.

4.2.3 Nettverksdagen for pårørende var av betydning for tiden hjemme

Deltakerne opplevde at det var enklere å komme hjem etter opphold nummer to og det ble koblet til nettverksdagen. På opphold nummer to ble pårørende av pasienter ved rehabiliteringen invitert til en nettverksdag. Deltakerne fortalte at det kom besøk av ektefeller, samboere, kjærester, barn og foreldre. Deltakerne opplevde at hensikten til nettverksdagen var at pårørende skulle få en

bedre forståelse av hva det innebar å delta på rehabilitering for sykkelig overvekt og at det var mer enn bare «slanking». I etterkant av nettverksdagen opplevde en del deltakere at det var økt forståelse mellom deltakere og pårørende. Det var blant annet enklere å kommunisere med de hjemme, men det var også en opplevelse av at pårørende hadde en ny og økt interesse i å ta del i livsstilsendringen til deltakeren. Andre deltakere opplevde at det var bedre forståelse for de ulike endringene i hjemmet, og hvorfor det ble gjort endringer.

«Jeg tror nok det var vanskelig for mannen min å føle at han kunne bistå med noe før vi hadde den nettverksdagen (...) Så når han var her på den nettverksdagen så han at det her var jo nyttig. Ikke bare for meg, men for han og alle. Så jeg tror den nettverksdagen var veldig viktig for å få dem med»

Malin

To deltakere hadde ikke besøk av noen denne dagen av ulike årsaker. Begge opplevde uansett at de fikk et godt utbytte av selve dagen til tross for at pårørende ikke var til stede. Å delta på nettverksdagen som pasient førte til at de fikk et bedre innblikk i hvordan det var for pårørende å ha en som deltar på rehabilitering. Denne innsikten fikk de to deltakerne fra å ha hørt på samtalene, undervisningen og diskusjonene den dagen. Det var blant annet enklere å forklare til andre hva rehabiliteringen gikk ut på, og hva de var med på i etterkant av å ha deltatt på nettverksdagen. Likevel spekulerte begge deltakerne i at det å ha besøk akkurat denne dagen, kunne ha vært av betydning for relasjonene til de pårørende som de ønsket å invitere, men som ikke kunne komme.

4.3 Verdien av ACT og hvordan ACT bidro til å endre livslang adferd

Det tredje hovedtema handler om hvorfor ACT var viktig, og hvordan ACT ble brukt for å endre tidligere adferd slik som holdninger og oppfatninger. En gjennomgående observasjon var at ACT var revolusjonerende for hvordan deltakerne forholdt seg til andre mennesker, men også seg selv.

For å stå i en livsstilsendring og gjennomføre varige endringer var det viktig å jobbe med seg selv og kartlegge egne verdier og adferd. Ved bruk av ACT opplevde deltakerne at de fikk hjelp til å akseptere det som var utenfor ens egen kontroll, men også det å akseptere hvordan livet var

akkurat nå. Deltakerne opplevde i tillegg at det ble brukt mye tid på å orientere seg om hvilket verdigrunnlag hver enkelt hadde eller hvilket verdigrunnlag de ønsket å leve etter. Enkelte deltakere opplevde at ACT fungerte som et hjelpemiddel når det kom til å forplikte seg til handlinger som samsvarte med verdigrunnlaget. Dette førte til at de fikk erfaringer med å jobbe med ting de selv kunne kontrollere, fremfor å fokusere på alle andre.

«Den desidert største faktoren er nok den ACT-filosofien som de følger her. Uten den så har man ikke kommet noen plass med tankeprosessene eller noe sånn (...) Det å møte behandlere som følger denne ACT-filosofien, og skaper så fine og trygge rammer rundt at vi som gruppe kan fortsette den diskusjonen etter at de drar hjem»

Julie

Undervisningen var lagt opp for refleksjoner, samtaler og diskusjoner både individuelt med primær- og/eller treningskontakten, men også innad i gruppen. Samtalene og diskusjonene som oppsto etter ACT undervisning i gruppene var ofte svært givende, men det var sjeldent satt av nok tid til at det var mulig å gjøre seg ferdig med diskusjonene som kunne oppstå. Enkelte kjente at diskusjonene inneholdt mange gode refleksjoner og andre erfarte at de fikk høre synspunkter de selv ikke hadde tekt over tidligere. Når det ikke var satt av nok tid og deltakerne følte de ikke var ferdige, ble samtalene ofte tatt opp igjen utover kvelden uten behandlere til stedet. Derimot var det enkelte som fikk en oppfatning av at disse diskusjonene ble forhastet og avbrutt fordi det var planlagt andre aktiviteter eller undervisning. En deltaker opplevde også at det var manglende tid til å ta inn over seg og resonere over hva som hadde skjedd i timene med ACT. For andre ble ACT undervisningen i perioder opplevd som utfordrende fordi de måtte ta et oppgjør med gamle tanker, ideer og opplevelser som de helst skulle vært foruten. Likevel, reflekterte disse deltakerne rundt det at det kanskje var nødvendig for å ha fremgang.

Tidligere hadde deltakerne i stor grad nedprioritert seg selv og egen helse til fordel for andre. Å prioritere andre handlet ikke kun om familie, men også om jobb, frivillighet, aktiviteter og andre forpliktelser. Ved å delta på rehabilitering opplevde deltakerne å få flere muligheter til å trene på akkurat dette med å prioritere seg selv. Det var mange som synes dette var vanskelig, og enkelte opplevde å få dårlig samvittighet for å prioritere en gåtur fremfor andre ting. Deltakerne la etter

hvert merke til at det var viktig, men også greit å prioritere seg selv fremfor andre noen ganger. Dette ble trukket frem som viktig av deltakerne fordi de begynte å ta valg ut ifra hva som var best for egen helse, ikke bare valg basert på det beste for andre. Dette ble koblet til ACT og enkelte følte at det ikke hadde vært mulig å gjøre en slik mental endring i tankemåte uten undervisning i ACT. Uansett opplevde mange at det var en treningssak å prioritere seg selv, noe som krevde både trening på opphold og i hjemmeperiodene. Å finne balansegangen mellom seg selv og andre var en øvingssak, og ikke noe som falt seg naturlig.

«Det er du selv som skal sette deg frøst. Har du bestemt deg for at du skal gå den turen, så er det ok å gå den turen. Fordi det er ingen som lider noen ting av det. Så det har dem, det er dem flink til å få deg til å tenke, det er lovt å være positiv egoist (...) at det er lovt å være egoistisk i mine øyne, selv om det kanskje ikke oppleves som egoistisk for andre. Så gjør det det for meg, og det er ok»

Camilla

Å prioritere seg selv i en travel hverdag ble tidvis opplevd som feil og som en egoistisk handling. Ved å bruke innholdet i undervisningstimene og råd fra andre pasienter fikk de hjelp i å øve på dette, og de lærte at det var greit å tidvis ta valg ut ifra hva som var best for seg selv. For noen var det å dra på rehabilitering den første gangen de prioriterte seg selv og egen helse. Det var i begynnelsen vanskelig, men etter hvert gikk det opp for deltakerne at deltakelse på rehabilitering var en god investering i egen fremtid. Noe som kunne gjøre at de i lengden ville være der mer for sine venner og familie.

«Klart jeg har jo gått ned mye i vekt, men det er som en bieffekt. Det er jo viktig for meg det, men det aller viktigste er på en måte å kjenne på det her om at det er godt å være aktiv, og det gir meg positive ting»

Maria

Det var flere tankemønstre som endret seg fra deltakerne kom på rehabilitering og frem til det tredje oppholdet. Før hadde en del deltakere koblet helse til et spesifikt, fysisk utseende eller et spesifikt vekt mål. Via undervisningen i ACT fikk de hjelp til å akseptere slik livssituasjonen var

og deretter lage mer realistiske mål, og mål basert på verdigrunnlag fremfor mål basert på samfunnsmessige skjønnhetsstandarder som de hadde gjort tidligere. Det å endre livsstil ble ikke lengre oppfattet som å oppnå den største utseendemessige endringen, men om å ha det bra med seg selv og den de er. Mange opplevde at ACT var en viktig del å akseptere at de måtte jobbe for en livslang og bærekraftig livsstil fremfor snarveier og raske løsninger.

Mange opplevde at det ikke lengre handlet om å gå på en streng diett eller å gå ned x antall forhåndsbestemte kilo, men de opplevde at prioriteringene hadde skiftet til å skape bevegelsesglede og en god relasjon med mat. Mange erfarte etter hvert at fysisk aktivitet fikk en ny betydning og at det heller ble koblet til glede og noe de fikk lovt til å gjøre fremfor å se på det som straff. Egenverdien var ikke lengre tilknyttet tallet på vekten. Enkelte opplevde at det tok lang tid før denne endringen i tankemønster endret seg, men det opplevdes som en viktig endring fordi det gjorde at dette forsøket på en livsstilsendring skilte seg fra tidligere forsøk. Mange opplevde at ACT var hjelpsomt i å endre livslange tankemønstre og holdninger, og ble sett på som et viktig ledd i livsstilsendringen..

«Før så var det svarthvitt. Enten så begynner du å trene syv ganger i uken eller så gir du faen, men nå er det du trente en gang denne uken, og det er faktisk godt nok. Trener du to så er det veldig bra det også»

Silje

I forkant av det første møtet med rehabiliteringssenteret var betydningen av livsstilsendring og fysisk aktivitet noe veldig ulikt det den var ved intervjuetidspunktet. Før var livsstilsendring kun aktuelt for de med overvekt og fedme. En livsstilsendring måtte inkludere en god del hard trening, kjedelig og ensidig mat, og alt måtte gjøres perfekt etter boka for å ha noen effekt. Treningen måtte gjennomføres på et treningssenter, og inkludere både svette og høy puls for å telles som fysisk aktivitet. Gikk det på noe tidspunkt galt, så var det ikke behov å begynne igjen før mandag neste uke da uken uansett var ødelagt.

«Det er ikke noe galt om maten ikke er helt ideell for meg en dag, men det trenger ikke å være det hver dag. Kanskje er det lettere å få det varig hvis man tenker mer sånn»

Underveis i rehabiliteringen fikk begrepene en annen, mer fleksibel betydning. Det førte til en bedre relasjon med begrepet, men også en bredere forståelse for hva en livsstilsendring og fysisk aktivitet er og inkluderer. Tidligere ble begrepene fysisk aktivitet og livsstilsendring koblet til noe ubehagelig, vondt, noe de var pliktig til å gjøre eller som ble gjort for å straffe seg selv. Ved tidspunktet for intervjuet hadde dette gått fra negative oppfatninger til noe mer positivt. Enkelte deltakere hadde lært at det ikke var behov å prestere hundre prosent på alle områder, eller ett eneste område. De opplevde at noe var bedre enn ingen ting. Andre hadde lært at det var tillatt å feile, så lenge man reiste seg opp igjen og jobbet seg videre derfra. Det hadde gått fra å handle om et perfekt, uopnåelig bilde til noe som skulle kunne vedlikeholdes over ett livslangt perspektiv. Deltakerne erfarte at det handlet mer om bærekraftige endringer i eget liv fremfor et perfekt ideal som var uopnåelig. Dette skiftet gjorde at de opplevde mer mestring i handlingene og valgene de tok. I tillegg til økt bevegelsesglede ble aktiviteter utforsket på nytt med nye øyne. Tankegangen hadde gått fra å ha et primært ønske om vektnedgang til å se verdien av aktivitet, og at vektnedgang heller ble en heldig bonus på toppen av en sunnere og mer aktiv livsstil.

5 Diskusjon

5.1 Oppsummering av funnene

Deltakerne hadde en kombinasjon av like og ulike forutsetninger i forkant og underveis i rehabiliteringen, og det var derfor både like og ulike opplevelser og oppfatninger om hva som var viktig for den enkelte og den livsstilsendringen de nå gjennomgår ved rehabiliteringssenteret. Jeg spurte ikke aktivt om forutsetninger på bakgrunn av studiens avgrensinger, men deltakerne delte likevel informasjon som tilsa at de hadde ulike forutsetninger.

Jeg fant tre hovedtemaer om hva som opplevdes som viktig for å gjennomføre en livsstilsendring blant de som deltar på døgnbasert rehabilitering for sykkelig overvekt. Det første funnet var at deltakerne opplevde det som viktig å motta støtte underveis i rehabiliteringen, både på opphold og hjemme. De opplevde å få støtte fra andre gruppe-medlemmer, venner, familie, arbeidsplassen og behandlere ved rehabiliteringssenteret. Det andre funnet handlet om betydningen av oppbyggingen av selve rehabiliteringen, mer spesifikt oppholdene, oppfølging og netterverksdagen. Det siste funnet handler om verdien av ACT og hvilken betydning ACT hadde or å endre adferd, men og det å akseptere sin egen livssituasjon.

5.2 Medmenneskelige og åpne behandlere utgjør en forskjell

Det er tidligere funnet at mennesker med sykkelig overvekt har mange dårlige relasjoner og erfaringer med helsevesenet (Christiansen et al., 2017; Mold & Forbes, 2013; Ryan et al., 2023; Sánchez-Carracedo, 2022). Disse erfaringene påvirker ikke bare hvordan mennesker med fedme ser på seg selv (Salemonsens et al., 2018), men og hvordan de samhandler med helsepersonell, og til hvilken grad de søker hjelp for å bedre egen helse (Mold & Forbes, 2023). Funn fra min studie tilsier at møtet og interaksjonen med behandlerne fra rehabiliteringssenteret stort sett var positive. Til tross for at enkelte undervisningstimer og samtaler kunne oppleves vanskelig, utfordrende eller negative der og da, så opplevde deltakerne at det var nødvendig for å ha progresjon i livsstilsendringen. Denne refleksjonen gjorde at alle erfaringene i retrospekt var positive, fordi deltakerne opplevde at det som var vanskelig var med på å hjelpe dem i det lange løpet, noe som var positivt.

Det som var avgjørende for at deltakerne opplevde å ha et godt møte med helsepersonellet i min studie var den faglig kompetanse og medmenneskeligheten til helsepersonellet. Dette ble trukket frem som viktige elementer i rehabiliteringen, og var med på å gjøre opplevelsen til det deltakerne så på som en suksess så langt i rehabiliteringsforløpet. Den gode erfaringen med helsepersonalet kan også ha vært av betydning for trivsel, noe som stemmer overens med funnene i studien av Jøranli et al. (2023). Tidligere studier har sett at en dårlig mottakelse og opplevd vektstigma fra helsepersonell har vært avgjørende når det kommer til å utsette legetimer og kansellere dem i sin helhet (Fruh et al., 2016). I studien av Fruh et al. (2016) kommer det fram at forebygging av stigmatisering er avgjørende for effektiv behandling av fedme i primærhelsetjenesten.

Det kan være mulig at en god mottakelse av mennesker med sykkelig overvekt i primærhelsetjenesten hadde gjort at flere med samme tilstand hadde søkt hjelp tidligere, og dermed kunne tatt grep for egen helse på et tidligere tidspunkt. Det er mulig å tenke dette basert på erfaringene som tilsier at dårlig mottakelse fører til færre legetimer og utsettelse av legetimer (Christiansen et al., 2017; Mold & Forbes, 2013; Ryan et al., 2023; Sánchez-Carracedo, 2022). Det hadde derimot vært nødvendig å undersøke denne påstanden. I tillegg hadde det vært behov for endringer av både holdninger og adferd blant helsepersonell og blant de som søker hjelp basert på fedmerelaterte helseplager.

De vanligste anbefalingene for å gå ned i vekt i primærhelsetjenesten i dag er økt fysisk aktivitet og endret kosthold (Carrasco et al., 2022). Det er derimot ikke disse anbefalingene som har størst effekt på vektnedgang (Elmaleh-Sachs et al., 2023). Likevel, så er disse anbefalingene en del av de evidensbaserte behandlingstilnærmingene for alvorlig fedme (Elmaleh-Sachs et al., 2023; Ingersoll, 2021; Laddu et al., 2011). Anbefalingene i seg selv er ikke feil, men det er vist at andre behandlingstilnærminger som adferdsendring, medikamentell behandling og fedmeoperasjoner er mer effektive (Elmaleh-Sachs et al., 2023). Basert på det burde andre behandlingstilnærminger også bli inkludert i valgalternativene når rådgivning i primærhelsetjenesten blir etterspurt av pasienter. Da anbefalingene om endret kosthold og økt aktivitetsnivå trolig ikke vil være det som har størst utslag på vekten (Elmaleh-Sachs et al., 2023; Ruban et al., 2019). Funn i min studie

tilsier at deltakerne opplevde adferdsterapi som viktig del av rehabiliteringen for å kunne jobbe med underliggende problemer, og at det ble jobbet i dybden med problemene.

Oppdatert kompetanse blant helsepersonell er noe som kan være med på å gi pasienter et godt møte med helsevesenet, og det er observert i tidligere studier at et godt møte med helsevesenet er viktig for å endre levevaner (Borge et al., 2012). I studien av Carrasco et al. (2022) kom det fram at helsepersonell ikke oppfattet medikamentell behandling av fedme som en god eller effektiv behandlingstilnærming for fedme. Dette er utdatert kompetanse i behandlingen av fedme (Coutinho & Halpern, 2024; Elmaleh-Sachs et al., 2023; Zinöcker et al., 2020). Økt kompetanse rundt behandling av fedme kan også være viktig for å redusere barrierer (Baska et al., 2024). Det er ikke uvanlig at helsepersonell har dårlige holdninger og antakelser om de med fedme, og at fedme kun handler om latskap eller mangel på selvdisiplin (Phillips, 2024; Puhl et al., 2016; Talumaa et al., 2022). Slike holdninger kan være med på å påvirke både den psykiske og fysiske helsen til pasienter med fedme (Puhl & Heuer, 2010). Bedre holdninger og økt kompetanse kan gjøre møtet med helsetjenesten bedre i form av anbefalinger og at behandling blir bedre tilpasset den enkelte, men også fordi pasienter opplever i mindre grad å bli dømt av helsepersonell (Baska et al., 2024). Det er derimot ikke gunstig at både pasienter og behandlere har dårlige holdninger ovenfor hverandre om denne problematikken skal bekjempes.

5.3 Kan oppfølging over lengre tid bidra til å vedlikeholde vekttap?

Tidligere studier har sett at livsstilsintervensjoner kan ha effekt på vekttap, men det er ikke undersøkt om vekttapet vedlikeholdes, eventuelt hvor lenge vekttapet vedlikeholdes i disse studiene (Aadland & Robertson, 2012; Gjevestad et al., 2013; Goodpaster et al., 2010). Andre studier derimot viser at livsstilsintervensjoner for vektnedgang kan ha kortvarig effekt, og at tilfeller av vektoppgang er vanlig blant de som har deltatt på livsstilsintervensjoner (Barte et al., 2010; Wing & Hill, 2001). Studien av Hall og Kahan (2018) derimot poengterer utfordringen av å vedlikeholde vekt nedgang. Det er viktig å se på hva som ligger i suksess, og hvordan suksess defineres. Suksess kan for ulike grupper ha ulik betydning. For en forsker kan vektøkning være synonymt med å mislykkes, men for vedkommende vektoppgangen gjelder kan det likevel oppleves som suksess som andre livsstilsfaktorer og vaner har bedret seg. Det kan derfor være lurt å inkludere flere parametere for å vurdere suksess, slik som livskvalitet.

En viktig faktor som påvirker hvor godt vektnedgang vedlikeholdes er til hvilken grad individene fortsetter med «egenkontroll» (Chopra et al., 2021; Phelan et al., 2023). Egenkontroll kan forstås som evnen til å observere og deretter justere egen adferd etter behov, i dette tilfellet å justere adferd for å vedlikeholde vektnedgang (Foster et al., 2005). Funn i min studie tilsier at telefonsamtalene som deltakerne mottok når de var hjemme fasiliterte til egenrefleksjon om hvordan det gikk hjemme. Denne refleksjonen var en viktig del av å justere adferd og dermed handling der det var behov for det. Noe som ifølge studiene av Chopra et al. (2021) og Phelan et al. (2023) er viktig for å vedlikeholde vektnedgang. Det er uvisst om deltakerne i min studie hadde reflektert i mindre grad om de ikke fikk telefonsamtalene, men basert på at telefonsamtalene førte til en høy grad av opplevd egenrefleksjon og derfor justeringer i adferd kan det være lurt å fortsette med det. Om det har seg slik at telefonsamtalene fremkalte refleksjon gjort på egenhånd, som videre kan fasilitere til økt egenkontroll. Så kan det være lurt å implementere en form for oppfølging som kan gjennomføres over lengre tid. På den måten er det mulig å øke sannsynligheten for å vedlikeholde vektnedgangen, men også gi pasienter muligheten for oppfølging i lengre tid.

Mennesker som klarer å vedlikeholde vektnedgangen i to til fem år har en mye større sannsynlighet for at vektnedgangen forblir varig (Wing & Phelan, 2005). Om det skulle blitt implementert telefonsamtaler over en lengre tidsperiode måtte det derimot blitt planlagt på en fornuftig måte, både for pasientene og helsevesenet. Det er rimelig å anta at ukentlige telefonsamtaler til alle pasienter som deltar og har deltatt på rehabilitering ikke er gjennomførbart med tanke på tradisjonelle arbeidsdager i Norge og kapasiteten som er til rådighet på et rehabiliteringssenter. På en annen side hadde det muligens vært mulig å gjennomføre hvis oppfølgingen av tidligere pasienter ble nedskalert til annenhver uke eller en gang per måned, i tillegg til en ramme på hvor lenge denne ytterligere oppfølgingen skulle ha vart. Eksempelvis kan det gjennomføres telefonoppfølging i etterkant av oppfriskningsuken på rehabiliteringssenteret i ett år slik at pasienter får to år med oppfølging. Begrunnelsen for akkurat to år er basert på funnene til Wing og Phelan (2005) om at vektnedgang som vedlikeholdes i to år eller mer har en større sannsynlighet for å være varig.

Funn i min studie tilsier et behov for lengre oppfølging, og at det var bekymringer knyttet til det å skulle fortsette med en sunnere livsstil på egenhånd i etterkant av rehabiliteringen. Det er derfor mulig å anta at lengre oppfølging muligens hadde bidratt med å berolige deltakerne ved døgnbasert rehabilitering for sykkelig overvekt. En annen måte å utvide behandlingsforløpet på kunne vært ved å implementere ACT ved bruk av digitale hjelpemidler som presentert tidligere (Bricker et al., 2021; Levin et al., 2021). Det er trolig mer økonomisk og vil gi et lengre behandlingsforløp som har vært ønsket blant deltakerne. På en annen side kan det hende at et slikt tiltak ville hatt en negativ effekt på gruppedynamikken som også har vist seg å være avgjørende blant deltakerne. Andre forslag kunne vært og hatt et oppfriskningsopphold årlig i x antall år. Det er også muligheter for at den sosiale tilhørigheten i gruppen også hadde blitt vedlikeholde fordi de skal møtes igjen og derfor holder kontakten. Ved å gi lengre oppfølging kan det hende at forekomsten for tilbakefall av gamle levevaner hadde blitt redusert, noe som tidligere har vært vanlig (Salemonsens et al., 2020; Teixeira et al., 2015).

Andre suksessfaktorer for å vedlikeholde vektnedgang er overholdelse av livsstilsråd (Chopra et al., 2021) og fysisk aktivitet (Cox, 2017). Det er en mulighet for at lengre oppfølging kan gjøre overholdelse av livsstilsrådene enklere. Ifølge studien av Følling et al. (2022) var det enklere å vedlikeholde endringer om det var planlagt fremtidige møter med gruppen eller behandlere. I min studie tilsier funnene at det var ulike bekymringer for dagen de ikke lengre fikk oppfølging eller hadde flere planlagte opphold. Ifølge forskningen er det noe som kan gjøre det vanskeligere å overholde livsstilsendringene de har gjort (Følling et al., 2022).

5.4 Balansen mellom hverdagslivet og opphold

Det kunne vært interessant å utforske balansen mellom hverdagslivet og opphold mer. Fra før vet vi at settingen for oppholdene er at de skal reflektere hverdagen hjemme (Unicare u.å.). Hvor reell denne representasjonen av hverdagen er kan derimot diskuteres. Funn i min studie tilsier at ikke alle opplevde at hverdagen som leves på et opphold faktisk representerer hverdagen de har hjemme. Dette var spesielt observert blant de som var sykemeldt og uføre. Det som er interessant er at ønsket om lengre varighet på oppholdene kom fra både de sykemeldte/uføre og de i arbeid.

På opphold var det mulig å få fri fra hverdagen og hverdagslige forstyrrelsen. Denne frikjennelsen fra egen hverdag og ansvarsområder førte til en unik mulighet for å fokusere på seg selv, en mulighet som ikke hadde oppstått om rehabiliteringen for eksempel var et dagtilbud. Dette er mulig å tenke fordi deltakerne ikke lever på den samme måten på opphold og hjemme, det er rett og slett ikke mulig. Hjemme har ikke deltakerne mulighet til å sette begrensinger på samme måte som de gjorde da de dro på opphold. Da de dro på opphold ble det blant annet kommunisert at de ikke ønsket mye kontakt med omverden. I tillegg slapp de å forholde seg til hverdagslige forpliktelser og gjøremål, som å kjøre barn til skolen, handle matvarer eller delta på dugnad. Å forvente det samme i hverdagen hadde ikke vært akseptert. Det er derfor mulig å diskutere hvor reell hverdagen på opphold faktisk er, når ønsket for å ha flere og lengre opphold faktisk var så stort.

På en annen side er det sett at det er mange utfordringer assosiert med å gjennomføre og vedlikeholde en livsstilsendring (Ashton et al., 2027; Subramaniam et al., 2022), og de fleste hadde gjort tidligere forsøk på dette med en liten grad av opplevd suksess. Det kan derfor diskuteres at det å tidvis få muligheten til å bli tatt ut av hverdagen, for å få dedikert tid til egen livsstilsendring, er viktig fordi deltakerne får den tiden for seg selv. Den tiden kan gi rom og anledning for å etablere nye rutiner og vaner, men også begynne på et mer omfattende endringsarbeid som ikke hadde vært mulig uten trente fagpersoner og avsatt tid. Muligheten for at det er enklere å implementere nye etablerte rutiner opparbeidet på opphold i egen hverdag er absolutt til stede. Endrede rutiner rundt spise- og treningsmønster kan være enklere å få inn i egen hverdag nettopp fordi de har fått muligheten til å trene på det uten distraksjonene som et normalt liv bringer med seg i en hverdag. De tidligere erfaringene kan tilsi at det å endre livsstilen med de hverdagslige distraksjonene, uten den dedikerte tiden på opphold, ikke har fungert for dem tidligere.

Det er derimot ikke mulig å leve uten hverdagslige distraksjoner i det lange løpet, og det er viktig at de lærer seg å håndtere ulike distraksjoner og barrierer for å kunne vedlikeholde endringer (Sevild et al., 2020). Opphold tilrettelegger for å gjennomføre livsstilsendringer på en stegvis måte, fremfor å ta alt på en gang. Å foreta seg endringer over tid har tidligere blitt demonstrert som betydningsfull (Følling et al., 2022).

Enkelte funn i studien min er også blitt sett som viktig for å vedlikeholde en livsstilsendring i andre studier (Sevild et al., 2020; Stead et al., 2015). Funnene i min studie tilsier at adferdsendring var viktig for å gjennomføre sin livsstilsendring. I studien av Stead et al. (2015) er det funnet at adferd som er rettet mot beslutsomhet og ferdigheter til å utarbeide og anvende strategier for å håndtere tilbakefall og triggere var faktorer for å lykkes med vektnedgang over tid. ACT, som er en del av behandlingen ved rehabiliteringssenteret fokuserer på å ulike aspekter ved handling og forpliktelse, men også det å ha et bevisst forhold til egne tanker og følelser. Ved å ha et bevisst forhold til sine egne tanker og følelser kan det tenkes at det er enklere å håndtere tilbakefall og triggere. ACT er også et hjelpemiddel som har til hensikt å tydeliggjøre hvilke verdier og mål den enkelte har (Harris, 2019). Dette er også viktig for å faktisk endre gamle levevaner, noe som er sett som en suksessfaktor blant de som klarer å gjennomføre en livsstilsendring (Stead et al., 2015). Det er mulig at det er enklere å håndtere egen hverdag når det er økt bevissthet rundt egne verdier, mål, tanker og følelser.

I likhet med studien av Sevild et al. (2020) var det viktig å finne støtte i andre. Mine funn tilsier at støtte fra gruppemedlemmene bidro blant annet med å holde fokus på riktig plass, men det var også en arena for vennskap noe som utgjorde en forskjell på fritiden hjemme. Til tross for at det er noen likheter i funn mellom min studie og studien av Sevild et al. (2020), var det også ulike funn. Dette kan skyldes at tidspunktet for intervjuene er ved to ulike steder i behandlingsforløpet. Intervjuene i studien av Sevild et al. (2020) ble gjennomført ved intervensjonsslutt, mens mine intervju ble gjennomført når deltakerne fortsatt var i behandlingsforløpet.

Det kan derfor oppleves som nødvendig for deltakerne å ha slike rammer som et rehabiliteringsopphold tilrettelegger for, for å virkelig kunne ha nytte av ACT og få utbyttet som er ønsket. Som resultatene mine tilsier så var opphold en viktig del av rehabiliteringen. Det ga deltakerne unike muligheter i å ta seg tid til å fokusere på seg selv og egen helse, noe som for mange har vært nedprioritert i lang tid. Selv om det var ønskelig og ytre behov for lengre varighet på oppholdene eller flere opphold for å forlenge behandlingsforløpet, så er ikke det synonymt med at de ikke vil være hjemme.

5.5 Er rehabilitering av sykelig overvekt folkehelsearbeid?

Norge har tre nasjonale folkehelsemål (Helsedirektoratet, 2022). Det første målet handler om at Norge skal være blant topp tre land med høyest levealder. Det andre målet handler om at befolkningen skal ha flere gode leveår med god helse og trivsel, og at sosiale helseforskjeller skal reduseres. Det siste folkehelsemålet handler om at vi skal bygge et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen. Forhøyet KMI øker risikoen for tidlig død (Must et al., 1999). Videre er det sett at fedme øker risikoen for flere sykdommer (Meyer & Berg, 2023; Poirier et al., 2009), og mange påvirkes av psykiske plager (Berkowitz & Fabricatore, 2005; Christiansen et al., 2012; De Wit et al., 2010; Robinson et al., 2017). Dette er alle faktorer som vil gjøre det vanskeligere å oppnå de tre nasjonale folkehelsemålene, og det vil derfor være viktig å aktivt jobbe med behandling og forebygging av fedme.

Det er allerede blitt meldt et behov for tiltak og intervensjoner rettet mot enkeltpersoner med overvekt og fedme (Meld.St. Nr. 15 (2022-2023)). Et slikt tiltak kan være rehabilitering av sykelig overvekt. Rehabilitering av sykelig overvekt er et behandlingstilbud som kun gis til enkelte mennesker som innfrir spesifikke krav. Med Mæland sin definisjon på høyrisikostrategi er det mulig å anse døgnbasert rehabilitering av sykelig overvekt som folkehelsearbeid. Fordelen med en høyrisikostrategi er at sannsynligheten for positiv gevinst blant de tiltaket er ment for er større enn om en befolkningsstrategi hadde blitt brukt for akkurat denne befolkningsgruppen (Mæland, 2021).

På en annen side er ofte høyrisikostrategier både tid- og ressurskrevende tiltak. Selv om det er gode grunner til at en befolkningsstrategi kan lønne seg, så er det ikke sikkert at mennesker med fedme hadde benyttet seg eller blitt truffet av befolkningsstrategier. Blant annet er mennesker med fedme mindre aktive enn normalvektige (Cooper et al., 2000; Hansen et al., 2013). I tillegg opplever mennesker med fedme barrierer i forbindelse med fysisk aktivitet og andre helsefremmende aktiviteter (Christiansen et al., 2012; Grønningen et al., 2013; Hussien et al., 2022; Vincent et al., 2010). Det er derfor mulig å vurdere at et befolkningstiltak for å eksempelvis øke nivåene av fysisk aktivitet i populasjonen ikke hadde truffet de med sykelig overvekt. Høyrisikostrategier kan derfor være mer hensiktsmessige for akkurat denne

populasjonen. Likevel er en kombinasjon viktig for å oppnå alle folkehelsemålene, og det er viktig å ikke glemme de som faller utenfor denne høyrisikostrategien i folkehelsearbeidet.

Et rehabiliteringsprogram kan også øke bevisstheten rundt sykkelig overvekt blant andre i samfunnet. Resultater i min studie tilsier at familiemedlemmer aktivt tok del i et sunnere kosthold og en mer aktiv hverdag. I tillegg til det at foreldre opplevde at barn fikk en bedre livsstil etter at de begynte på sin livsstilsendring via rehabiliteringssenteret. Dette gir muligheter for å øke kunnskapen rundt at overvekt og fedme er en folkehelseutfordring, og ikke minst skape engasjement. For at dette derimot skal skje er det viktig at de som deltar på rehabilitering for sykkelig overvekt er åpne om sin deltakelse og ønsker å dele av seg. Enkelte deltakere pratet åpent om sine opplevelser rundt det å delta på rehabilitering for sykkelig overvekt, og la ikke skjul på at de var på et rehabiliteringssenter for sykkelig overvekt. På denne måten kan det argumenteres for at rehabilitering for sykkelig overvekt kan ha en forebyggende effekt for andre som ikke aktivt deltar selv, men som påvirkes av de som er med på rehabilitering. Deltakelse på rehabilitering kan også ha en forebyggende effekt for den enkelte, forbeholdt at helsen ikke forverres. Risikoen for ikke-smittsomme sykdommer øker med KMI, og om KMI'en reduseres så vil risikoen bli redusert (Fruh, 2017; Magkos et al., 2026; Warkentin et al., 2014). Dette derimot er forbeholdt at vektnedgangen klarer å vedlikeholdes. Eventuelt om det ikke forekommer noen vektnedgang, men vekten vedlikeholdes fra utgangspunktet så vil ikke risikoen for ikke-smittsomme sykdommer øke.

Overvekt og fedme er et stort samfunnsproblem, og det er et samfunnsansvar i å forebygge denne tilstanden (Zinöcker et al., 2020). Samfunnet burde derfor tilrettelegge for at «de riktige valgene er de enkle valgene», på den måten kan det også hende at vedlikeholdelse av vektnedgang blir enklere. En kjede som har tatt et samfunnsansvar er matvarebutikken Kiwi som ønsket å redusere salget av sukker. Tiltaket til Kiwi går ut på fjerne sukkerholdige varer fra kassene med hensikt om å redusere salg av sukker med ti prosent innen utgangen av 2025 (Kiwi, 2024). Ideen er at fjerning av sukkerholdige varer ved kassene minsker sannsynligheten for impulsjøp, og dermed gjøre det enklere å ta de rette valgene. Funnene i min studie viser at det var godt å ha støtte fra flere nettverk i å ta de riktige valgene, og det at samfunnet aktivt deltar kan gjøre slike små valg enklere. Det er kommune, fylkeskommune og stat som er pliktet å jobbe med folkehelsen

(Folkehelseloven, 2011), men det er bare positivt at andre, private aktører også ønsker å bidra med bedre folkehelse.

Innledningsvis ble det sagt at en nøyaktig beregning av samfunnskostnaden av overvekt og fedme ikke var mulig, men at den var estimert til omtrent 258 milliarder kroner per år i Norge. Med tanke på dette så kan det være en god samfunnsmessig investering å prioritere midler og ressurser rettet mot tiltak som kan bedre våre levevaner. Behandlingstiltak for mennesker som sliter med fedme kan til slutt være en lønnsom strategi når vi ser på kostnadene av å behandle vektrelaterte helseplager.

5.6 Metodediskusjon

For å vurdere kvaliteten av en studie blir ofte tre begrep benyttet: validitet, troverdighet og generaliserbarhet (Tjora, 2021). Bruken av disse begrepene er diskutert, og det er uenigheter i hvordan en forsker skal forholde seg til begrepene (Hallberg, 2002). Det er blant annet uenigheter i hvilke begreper som skal brukes i kvalitativ forskning, jeg vil derfor bruke Kvale & Brinkmann (2015) sine definisjoner på validitet, troverdighet og generaliserbarhet.

5.6.1 Validitet

Validitet handler om metoden som ble valgt egner seg til å undersøke det den sier at den skal undersøke i en forskningssammenheng (Kvale & Brinkmann, 2015). Hensikten med denne studien var å få frem hva som opplevdes som viktig for å gjennomføre en livsstilsendring blant mennesker som deltok på døgnrehabilitering for sykelig overvekt. Individuelle intervju egner seg når formålet er å få frem personlige opplevelser. Ved bruk av et semistrukturert intervju åpnet det for å stille oppfølgingsspørsmål utenom de forhåndsbestemte, åpne spørsmålene (Flick, 2022). Med tanke på at de er en gruppe som gjennomgår rehabiliteringen sammen kunne fokusgrupper blitt brukt. I en fokusgruppe tilrettelegges det for diskusjoner rundt et tema/spørsmål, noe som kan gi kunnskapsrik informasjon som ikke hadde kommet frem i et individuelt intervju på grunn av diskusjonen som kan oppstå (Flick, 2022). På en annen side kan fokusgrupper gjøre at det ikke blir delt like personlig informasjon fordi det er privat, og at det derfor kan oppleves enklere å fortelle om sånt på tomannshånd. For at deltakerne skulle føle seg komfortable med å dele personlige opplevelser ble individuelle intervju valgt. Det er derfor mulig at jeg fikk mer

utfyllende og utdypende svar enn om jeg hadde gjennomført fokusgruppeintervju. Det ble enkelte ganger sagt av deltakerne at de ikke hadde delt det de sa med gruppen.

Jeg valgte tematisk analyse for å analysere datamaterialet. Analysemetoden anses å være hensikten når forskningsspørsmålet har som formål å identifisere, analysere og rapportere om temaer som finnes i datamaterialet (Braun & Clarke, 2022). Metoden til Braun og Clarke åpner opp for gjentatte tilbakeblikk på datamaterialet, noe jeg aktivt gjorde i løpet av analysen. Dette kan være med på å sikre en grundig og nøyaktig analyse.

I løpet av intervjuprosessen valgte jeg å justere intervjuguiden. Det er ulike dilemmaer som kan oppstå når en intervjuguide justeres underveis i intervjuprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Justeringene inkluderte å endre rekkefølgen på de planlagte spørsmålene og skape bedre overganger mellom spørsmål. Dette valgte jeg å gjøre for å få bedre flyt i samtalen, men også for å ha en roligere overgang fra enkle spørsmål til mer personlige og kompliserte spørsmål. I noen tilfeller ble rekkefølgen på spørsmålene endret i løpet av intervjuet for å tilpasse det deltakeren pratet om. På den måten ble intervjuguiden brukt som en guide og ikke en mal.

Den første runden med intervju hadde sine utfordringer. Jeg opplevde at intervjuguiden ikke hadde den funksjonen den skulle, og intervjuene hadde forholdsvis kortere varighet sammenliknet med intervjurunde to og tre. Dette kan ha noe med min forforståelse å gjøre. Jeg forventet at de som takket ja til å delta åpent skulle dele, og jeg kunne derfor tatt mer hensyn til å skape en god relasjon hvor de ønsket å dele. Videre opplevde jeg at det var ukomfortabelt å stille enkelte spørsmål og guiden hadde ingen myk start. For å justere dette endret jeg det til at de ble spurt om å fortelle litt om seg selv fremfor at jeg spurte om personalia og ja/nei spørsmål i starten. Jeg fikk den samme informasjonen, men deltakerne pratet mye mer og jeg fikk i tillegg mer informasjon i intervjurunde to og tre ved bruk av færre spørsmål på det området.

I rekrutteringsprosessen var det ca. halvparten som ikke ønsket å delta. Det er mulig at de som takket nei til å delta i studien hadde andre synspunkter enn de som takket ja til deltakelse. Deltakelse i studien kan være påvirket av måten studien ble presentert, og hvordan informasjon om studien ble fremlagt. Videre kan dynamikken mellom pasient og behandler kan ha påvirket

beslutningen om at det er blitt sagt nei eller ja til å delta i studien. Til tross for dette opplevde jeg å finne både variasjon og mønster i mitt datamateriale. Noe som kan bety at jeg likevel hadde god metning.

I kvalitative studier er det informasjonsstyrken som styrer hvor mange deltakere det er behov for (Malterud, 2017). Jeg benyttet meg av et strategisk utvalg med hensikt om å få god informasjonsstyrke, og det var med på å begrense behovet for flere deltakere. Det strategiske utvalget gjorde at deltakere som takket ja til studien kunne dele mye og variert informasjon som var relevant for problemstillingen. Det var videre kun tre aktuelle grupper å rekruttere fra på grunn av tidsperspektivet til studien. Jeg valgte å avslutte rekrutteringen etter at 14 deltakere takket ja til å delta i studien, og hadde hatt sine intervju. Dette ble gjort fordi jeg opplevde at deltakerne ga mye av den samme informasjonen, og at flere intervju trolig ikke ville ført til ny og relevant informasjon. I tillegg valgte jeg å avslutte rekrutteringen på bakgrunn av tidsrammen på studien.

En mulig svakhet i studien er at jeg ikke har erfaringer med kvalitative intervju. I den første runden med intervju opplevde jeg at jeg var forholdsvis låst til intervjuguiden, og datamaterialet kunne blitt bedre ved å stille bedre oppfølgingsspørsmål. At jeg utviklet intervjuferdighetene mine fortløpende anser jeg som positivt. Jeg anser det som positivt fordi jeg opplevde å få bedre flyt i samtalen og lengre varighet på intervjuene. I den første runden med intervju kan min usikkerhet ha blitt observert av deltakerne, noe som kan ha påvirket hvor mye de ønsket å dele. Ferdighetene min økte fortløpende, noe som ga økt selvtillit. I den andre og tredje runden med intervju følte jeg at jeg klarte å slappe av mer. Dette tror jeg førte til bedre dialoger med deltakerne, og at jeg stilte gode oppfølgingsspørsmål.

At alle intervjuene ble holdt fysisk på rehabiliteringssenteret ser jeg på som en styrke. Det gjorde at alle intervjuene foregikk i kjente omgivelser for deltakerne. Fysisk intervju bidro med at jeg fikk observert kroppsspråket underveis i intervjuene og oppfølgingsspørsmål kom naturlig. Dette kunne vært vanskeligere og/eller fraværende om intervjuene ble gjennomført ved bruk av elektroniske hjelpemidler slik som telefon eller zoom. Jeg var opptatt av å stille tydelige spørsmål, tillate tenkepauser underveis og forklare om det var usikkerheter i det jeg spurte om.

Problemstillingen for studien handler om en veldig spesifikk populasjon, og det er med på å begrense behovet for mange deltakere før problemstillingen kunne besvares (Malterud, 2017). Uten avgrensning til døgnbasert rehabilitering, kunne det vært behov for enda flere deltakere for å besvare spørsmålet om hva som oppleves som viktig for å gjennomføre en livsstilsendring. Jeg valgte å inkludere begge kjønn uavhengig av alder, da den studerte populasjonen allerede er ganske liten. Til tross for at et stort aldersspenn og fordeling av kjønn opplevde jeg ikke at det hadde noe å si for opplevelsen av hva som var viktig underveis i en livsstilsendring ved rehabiliteringssenteret.

Endring av min problemstilling kan ha påvirket den indre validiteten av studien. Indre validitet sier noe om hvor godt studien undersøker det den hadde til hensikt å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). Likevel vurderer jeg at innsamlet datamateriale fortsatt var relevant for problemstillingen. Det var derimot nødvendig å gjennomføre analysen igjen med ny problemstilling i fokus da gamle funn ikke var like relevant lengre. Ny analyse av datamaterialet resulterte i noen nye funn, og andre ble beholdt fra den eldre analysen.

5.6.2 Troverdighet

Troverdighet handler om hvor pålitelige resultatene fra studien min er, og hvorvidt resultatene fra min studie kan gjentas av andre forskere, på et annet tidspunkt ved bruk av den samme metoden (Kvale & Brinkmann, 2015). Reliabilitet blir ofte brukt synonymt med troverdighet, men er i større grad assosiert med kvantitative studier (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er mulig at andre forskere ville fått andre resultater. Valg av ord i spørsmålene som stilles kan påvirke hva en deltaker ønsker å dele i et intervju, og trolig vil det være variasjoner i hvordan et spørsmål stilles fra forsker til forsker. Jeg har reflektert over egen forforståelse, og denne kan påvirke hva jeg valgte å fokusere på underveis i intervjuene eller valgte som viktige elementer i det analytiske arbeidet. Å være bevisst min egen forforståelse, og måten jeg er med på å påvirke datamaterialet kan styrke reliabiliteten til studien (Kvale & Brinkmann, 2015). Et viktig element for å øke troverdigheten i en kvalitativ studie er via grundige beskrivelser (Tracy, 2010).

Hensikten med grundige beskrivelser er å vise fremfor å fortelle, dette er blant annet gjort i metoden.

All transkripsjon i studien er gjort av meg, og det har vært et gjennomgående fokus på nøyaktige beskrivelser for at troverdigheten skulle bli styrket. Jeg vurderer det som en styrke at samme person transkriberte alt datamaterialet basert på at to mennesker kan ta ulike vurderinger og ha ulike tolkninger (Kvale & Brinkmann). Ved usikkerhet har lydfilen blitt lyttet til flere ganger, i tillegg til at transkripsjonen ble lest samtidig som opptaket ble lyttet til i etterkant. Ord jeg ikke forstod på grunn av dialekt, ble oppslagsverk brukt for å forstå betydningen av begrepet. Videre ble det valgt å transkribere alt på bokmål. Dette kan ha påvirket ulike påstander, og enkelte ord kan ha blitt tolket på en annen måte enn det deltakeren originalt mente. Derimot kan bokmål ha bidratt til en økt grad av anonymisering. Disse valgene viser også hvordan jeg som forsker påvirker datamaterialet. I resultatene ble sitatene sjekket opp mot transkripsjonen for å sikre at deltakerne ikke ble feilsitert. Analysen var ikke en lineær prosess, og temaene i studien ble flere ganger revidert.

I etterkant av datainnsamling ble det tydelig at jeg var yngre enn alle, og det kan være med på å påvirke min evne til å forstå, samt formidle det som blir delt med meg. Deltakerne kan ha andre livserfaringer og en annen forståelse av spørsmålene og dermed det de deler. Når usikkerhet oppstod forsikret jeg meg om at jeg stilte bekreftende spørsmål på at jeg hadde forstått det de sa riktig, eller ved å forklare spørsmålene på en annen måte. Det at jeg er yngre kan også påvirke mine interesseområder, og derfor det jeg velger å fremheve i resultatene. Jeg opplevde likevel ikke at informasjon ble tilbakehold basert på min alder.

Troverdigheten av studien kan påvirkes av at jeg valgte å endre problemstilling underveis i studien. Jeg valgte å endre problemstillingen fordi jeg underveis i analysen så at det var behov for en mer spesifikk problemstilling. Endring av problemstilling kan ha påvirket resultatene i form av at intervjuguiden kunne bestått av andre spørsmål. I tillegg til at spørsmålene kunne vært mer spesifisert mot ny problemstilling. Derimot omhandlet begge problemstillingene den samme tematikken og datamaterialet fungerte godt til å besvare den nye problemstillingen. Valg av ny problemstilling var også med på å snevre inn og spesifisere problemstillingen i større grad enn tidligere noe jeg vurderer som en styrke. Problemstillingen gikk fra å være delt i to til å kun

inneholde ett spørsmål. I tillegg til at det nå kun ble sett på hva som opplevdes som viktig, og ikke alle erfaringene deltakerne kunne ha hatt etter å ha kommet til det tredje oppholdet av sitt rehabiliteringsforløp. Behovet for å endre problemstilling kan skyldes min uerfarenhet med å gjennomføre kvalitative studier.

5.6.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet handler om hvorvidt kunnskapen kan overføres til andre lignende eller relevante situasjoner, og er ofte knyttet til antall deltakere i en studie (Kvale & Brinkmann, 2015). Til tross for likhetstrekk mellom deltakerne er den studerte populasjonen liten. Det påvirker generaliserbarheten til studien, da det er rimelig å tro at det finnes andre opplevelser og tanker enn det som kom frem. Uavhengig av begrensningene til utvalget vurderer jeg likevel at studien forteller noe om hva som oppleves som viktig i en livsstilsendring blant de med sykkelig overvekt ved lignende rehabiliteringssentre med tilsvarende behandlingsforløp. Funn fra min studie er også observert i andre studier. Denne vurderingen tok jeg fordi deltakerne delte personlige tanker og erfaringer som Kvale og Brinkmann (2015) beskriver som konkret kunnskap. Det er også viktig å bemerke seg at funnene fra studien forutsier ikke den fremtidige praksisen og at det må vurderes om kunnskapen kan generaliseres for andre kontekster og settinger (Tracy, 2010). I kvalitative studier er det ønskelig med variasjon av deltakere (Malterud, 2017). En måte studien fikk variasjon var ved å inkludere alle aldre og begge kjønn. Ulike aldre kan gi ulike livserfaringer, og ulike livserfaringer kan gi andre opplevelser av hva som er viktig. Denne studien er i stor grad representert av hva kvinner opplever som viktig i en livsstilsendring. Jeg opplevde derimot ikke forskjeller i erfaringene basert på kjønn, men fordi det kun var en mann med i studien så er det ikke mulig å trekke en konklusjon om at det faktisk er likt mellom kjønn.

6 Oppsummering

Fedme er en stor helseutfordring for enkeltindivider og samfunnet, og det finnes fem evidensbaserte behandlingstilnærminger; kostholdsendringer, økt nivå av fysisk aktivitet, adferdsrettet behandling, medikamentell behandling og fedmeoperasjoner. Denne studien hadde som formål å undersøke hva mennesker som deltar på rehabilitering for sykkelig overvekt opplever som viktig for å gjennomføre sin livsstilsendring. Deltakerne av studien hadde ikke fullført sitt behandlingsforløp når intervjuene ble holdt.

Deltakerne i studien har i stor grad hatt positive erfaringer fra å delta på rehabilitering for sykkelig overvekt. Studien belyser den opplevde verdien av å motta støtte fra ulike nettverk. En del av rehabiliteringen er å dra på opphold over flere dager, noe som ble opplevd som viktig for å kunne aktivt jobbe med livsstilsendringen uten forstyrrelser fra hverdagen. Videre viser resultatene at ACT ble opplevd som betydningsfullt for å øke bevisstheten over egen væremåte, verdier og mål, men også lære seg å akseptere egen livssituasjon slik den er.

Studien kan gi en økt forståelse og innsikt i hva som oppleves som viktig i prosessen av å endre livsstil med hjelp fra et rehabiliteringssenter blant de med sykkelig overvekt. Døgnbasert rehabilitering oppleves som en viktig faktor i det å klare å gjennomføre en livsstilsendring, og det kan derfor være lurt å opprettholde slike tilbud.

7 Litteratur

- Aadland, E., & Robertson, L. (2012). Physical Activity Is Associated with Weight Loss and Increased Cardiorespiratory Fitness in Severely Obese Men and Women Undergoing Lifestyle Treatment. *Journal of Obesity*, 2012, 810594–810599.
<https://doi.org/10.1155/2012/810594>
- Aamo, A. W., Lind, L. H., Myklebust, A., Stormo, L. K. & Skogli E. (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader*. (Nr. 9/2019). Menon Economics.
<https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>
- Ashton, L. M., Hutchesson, M. J., Rollo, M. E., Morgan, P. J., & Collins, C. E. (2017). 1Sectional Survey in Young Adult Men. *American Journal of Men's Health*, 11(2), 330–343. <https://doi.org/10.1177/1557988316680936>
- Baker, J. S., Supriya, R., Dutheil, F., & Gao, Y. (2022). Obesity: Treatments, Conceptualizations, and Future Directions for a Growing Problem. *Biology (Basel, Switzerland)*, 11(2), 160.
<https://doi.org/10.3390/biology11020160>
- Barte, J. C., Ter Bogt, N. C., Bogers, R., Teixeira, P., Blissmer, B., Mori, T., & Bemelmans, W. J. (2010). Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity Reviews*, 11(12), 899–906.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00740.x>
- Baska, A., Świder, K., Zgliczyński, W. S., Kłoda, K., Mastalerz-Migas, A., & Babicki, M. (2024). Is Obesity a Cause for Shame? Weight Bias and Stigma among Physicians, Dietitians, and Other Healthcare Professionals in Poland-A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 16(7), 999. <https://doi.org/10.3390/nu16070999>
- Benziger, C. P., Roth, G. A., & Moran, A. E. (2016). The Global Burden of Disease Study and the Preventable Burden of NCD. *Global Heart*, 11(4), 393–397.
<https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.10.024>

- Berkowitz, R. I., & Fabricatore, A. N. (2005). Obesity, Psychiatric Status, and Psychiatric Medications. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(1), 39–54.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2004.10.005>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE.
- Bray, George A, Prof, Frühbeck, Gema, Prof, Ryan, Donna H, Prof, & Wilding, John P H, Prof. (2016). Management of obesity. *The Lancet (British Edition)*, 387(10031), 1947–1956.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00271-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00271-3)
- Bricker, J. B., Mull, K. E., Sullivan, B. M., & Forman, E. M. (2021). Efficacy of telehealth acceptance and commitment therapy for weight loss: a pilot randomized clinical trial. *Translational Behavioral Medicine*, 11(8), 1527–1536.
<https://doi.org/10.1093/tbm/ibab012>
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012) Motivasjon til livsstilsendringer hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning*. 2012;7(1):14-20
<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/846509.pdf>
- Carrasco, D., Thulesius, H., Jakobsson, U., & Memarian, E. (2022). Primary care physicians' knowledge and attitudes about obesity, adherence to treatment guidelines and association with confidence to treat obesity: a Swedish survey study. *BMC Family Practice*, 23(1), 1–208. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01811-x>
- CDC (2022) *Obesity*. Centers for Disease Control and Prevention
<https://www.cdc.gov/obesity/basics/index.html>
- Chew, H. S. J., Chng, S., Rajasegaran, N. N., Choy, K. H., & Chong, Y. Y. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 28(1), 6–6. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01535-6>
- Chopra, S., Malhotra, A., Ranjan, P., Vikram, N. K., Sarkar, S., Siddhu, A., Kumari, A., Kaloiya, G. S., & Kumar, A. (2021). Predictors of successful weight loss outcomes amongst

individuals with obesity undergoing lifestyle interventions: A systematic review. *Obesity Reviews*, 22(3), e13148–n/a. <https://doi.org/10.1111/obr.13148>

Christiansen, W. S., Karlsen, T.-I., & Larsen, I. B. (2017). Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykelig overvekt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning (trykt utg.)*, 13(2). <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/4195/3877>

Christiansen, B., Borge, L., & Solveig Fagermoen, M. (2012). Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(1), 17255–17255. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.17255>

Cooper, A. R., Page, A., Fox, K. R., & Misson, J. (2000). Physical activity patterns in normal, overweight and obese individuals using minute-by-minute accelerometry. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(12), 887–894. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601116>

Coutinho, W., & Halpern, B. (2024). Pharmacotherapy for obesity: moving towards efficacy improvement. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 16(1), 6–6. <https://doi.org/10.1186/s13098-023-01233-4>

Cox, C. E. (2017). Role of Physical Activity for Weight Loss and Weight Maintenance. *Diabetes Spectrum*, 30(3), 157–160. <https://doi.org/10.2337/ds17-0013>

Dahl, U., Rise, M., Kulseng, B., & Steinsbekk, A. (2014). Personnel and participant experiences of a residential weight-loss program. A qualitative study. *PloS One*, 9(6), e100226–e100226. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100226>

Danielsen, K. K., Sundgot-Borgen, J., & Rugseth, G. (2016). Severe Obesity and the Ambivalence of Attending Physical Activity: Exploring Lived Experiences. *Qualitative Health Research*, 26(5), 685–696. <https://doi.org/10.1177/1049732315596152>

De Wit, L., Luppino, F., van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*, 178(2), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.015>

- Djalalinia, S., Qorbani, M., Peykari, N., & Kelishadi, R. (2015). Health impacts of obesity. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(1), 239–242. <https://doi.org/10.12669/pjms.311.7033>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Elmaleh-Sachs, A., Schwartz, J. L., Bramante, C. T., Nicklas, J. M., Gudzone, K. A., & Jay, M. (2023). Obesity Management in Adults: A Review. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 330(20), 2000–2015. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.19897>
- Engin, A. B., & Engin, A. (2017). The Definition and Prevalence of Obesity and Metabolic Syndrome. In *Advances in experimental medicine and biology* (Vol. 960, s, 1–17). Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-48382-5_1
- Farhud, D. D. (2015). Impact of Lifestyle on Health. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), 1442–1444. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26744700/>
- Flick, U. (2022). *An Introduction to Qualitative Research* (7 ed.). SAGE Publications Ltd.
- Folkehelseinstituttet (2014) Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge (Rapport2014:4) Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forbes, Y., & Donovan, C. (2019). The role of internalised weight stigma and self-compassion in the psychological well-being of overweight and obese women. *Australian Psychologist*, 54(6), 471–482. <https://doi.org/10.1111/ap.12407>
- Forhan, M., & Gill, S. V. (2013). Obesity, functional mobility and quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.01.003>

- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (2011) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_2#§3
- Foster, G. D., Makris, A. P., & Bailer, B. A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1 Suppl), 230S–235S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.1.230s>
- Fruh, S. M. (2017). Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(S1), S3–S14. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12510>
- Fruh, S. M., Nadglowski, J., Hall, H. R., Davis, S. L., Crook, E. D., & Zlomke, K. (2016). Obesity Stigma and Bias. *Journal for Nurse Practitioners*, 12(7), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.013>
- Følling, I. S., Solbjør, M., & Helvik, A.-S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, 16(1), 73–73. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z>
- Følling, I. S., Joramo, K., & Helvik, A. (2022). *Participants stories about long-term achievement 60-months after attending a Healthy Life Centre programme (the VEND-RISK study) - a qualitative study*. <https://doi.org/10.1080/2F17482631.2022.2162984>
- Gjertsen, T. I., Helvik, A., & Følling, I. S. (2021). *Previous life experiences and social relations affecting individuals wish for support when establishing healthy habits – a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants*. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11374-8>
- Gjevestad, E., Karlsen, T. I., Røislien, J., Mæhlum, S., & Hjelmseth, J. (2013). The effectiveness of secondary and tertiary care lifestyle intervention in morbidly obese patients: a 1-year non-randomized controlled pragmatic clinical trial. *Clinical Obesity*, 3(1-2), 39–50. <https://doi.org/10.1111/cob.12011>

- Goodpaster, B. H., DeLany, J. P., Otto, A. D., Kuller, L., Vockley, J., South-Paul, J. E., Thomas, S. B., Brown, J., McTigue, K., Hames, K. C., Lang, W., & Jakicic, J. M. (2010). Effects of Diet and Physical Activity Interventions on Weight Loss and Cardiometabolic Risk Factors in Severely Obese Adults: A Randomized Trial. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, *304*(16), 1795–1802.
<https://doi.org/10.1001/jama.2010.1505>
- Gryte, O. H., Meland, E., Samdal, G. B., Fadnes, L. T., Vold, J. H., & Mildestvedt, T. (2024). Physical activity and sedentary time after lifestyle interventions at the Norwegian Healthy Life Centres. *Primary Health Care Research & Development*, *25*, e4–e4.
<https://doi.org/10.1017/S1463423623000658>
- Grønning, I., Scambler, G., & Tjora, A. (2013). From fatness to badness: The modern morality of obesity. *Health (London, England: 1997)*, *17*(3), 266–283.
<https://doi.org/10.1177/1363459312447254>
- Hall, K. D., & Kahan, S. (2018). Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. *Medical Clinics of North America*, *102*(1), 183–197.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.012>
- Hallberg, L. R.-M. (2002). *Qualitative methods in public health research: theoretical foundations and practical examples*. Studentlitteratur.
- Hansen, B. H., Holme, I., Anderssen, S. A., & Kolle, E. (2013). Patterns of Objectively Measured Physical Activity in Normal Weight, Overweight, and Obese Individuals (20-85 Years): A Cross-Sectional Study. *PloS One*, *8*(1), e53044–e53044.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053044>
- Harris, R. (2019) *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Harris, R. & Thorbjørnsen, K. M. (2013) *ACT – Enkelt og greit En innføring i aksept og forpliktelsesterapi*. Gyldendal akademiask

Helsedirektoratet (2022, 11.mars) *Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/rammene-for-folkehelsearbeidet/systematikken-i-folkehelsearbeidet>

Helsedirektoratet (2018, 26 januar a) *Prinsipper for tiltaksutforming* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/prinsipper-for-tiltaksutforming>

Helsedirektoratet (2018, 5 oktober b) *Kosthold ved overvekt og fedme* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-overvekt-og-fedme#referere>

Helse Norge (2022) *Sykkelig overvekt* <https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/sykkelig-overvekt>

Helse Norge (u.å.) *Motivasjonsopphold*. Hentet 2 februar 2024 fra <https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/sykkelig-overvekt/motivasjonsopphold-med-livsstilsending>

Hindle, L., & Carpenter, C. (2011). An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss: Experiences of people who maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(4), 342–350. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2011.01156.x>

Holden, B. (2007). Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse (trykt utg.)*, 34(1).

Hussien, J., Brunet, J., Romain, A. J., Lemelin, L., & Baillot, A. (2022). Living with severe obesity: adults' physical activity preferences, self-efficacy to overcome barriers and motives. *Disability and Rehabilitation*, 44(4), 590–599. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1773944>

Imhagen, A., Karlsson, J., Jansson, S., & Anderzén-Carlsson, A. (2023). A lifelong struggle for a lighter tomorrow: A qualitative study on experiences of obesity in primary healthcare

patients. *Journal of Clinical Nursing*, 32(5-6), 834–846.

<https://doi.org/10.1111/jocn.16379>

Ingersoll, A. B. (2021). Current Evidence-Based Treatment of Obesity. *The Nursing Clinics of North America*, 56(4), 495–509. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.07.011>

Iturbe, I., Echeburúa, E., & Maiz, E. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(3), 837–856. <https://doi.org/10.1002/cpp.2695>

Jaison K, I., Asharaf, H., Thimothy, G., George, S., Jose, J., Paily, R., Josey, J., Sajna, S. J., & Radhakrishnan, R. (2024). Psychological impact of obesity: A comprehensive analysis of health-related quality of life and weight-related symptoms. *Obesity Medicine*, 45, 100530. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2023.100530>

Jøranli, K. T., Vefring, L. T., Dalen, M., Garnweidner-Holme, L., & Molin, M. (2023). Experiences of social support by participants with morbid obesity who participate in a rehabilitation program for health-behavior change: a qualitative study. *BMC Nutrition*, 9(1), 149–149. <https://doi.org/10.1186/s40795-023-00810-0>

Karlsen, T. I., Søyhagen, M., & Hjelmæsæth, J. (2013). Predictors of weight loss after an intensive lifestyle intervention program in obese patients: A 1-year prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 165–165. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-165>

Kiwi (2024) *Sukkerfrie kasser hos Kiwi*
<https://kiwi.no/tema/samfunnsansvar/miljo/butikkdrift/sukkerfrie-kasser-hos-kiwi/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg). Gyldendal.

Laddu, D., Dow, C., Hingle, M., Thomson, C., & Going, S. (2011). A Review of Evidence-Based Strategies to Treat Obesity in Adults. *Nutrition in Clinical Practice*, 26(5), 512–525. <https://doi.org/10.1177/0884533611418335>

Levin, M. E., Petersen, J. M., Durward, C., Bingeman, B., Davis, E., Nelson, C., & Cromwell, S. (2021). A randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy to

improve diet and physical activity among adults who are overweight/obese. *Translational Behavioral Medicine*, 11(6), 1216–1225. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa123>

Magkos, F., Fraterrigo, G., Yoshino, J., Luecking, C., Kirbach, K., Kelly, S., de las Fuentes, L., He, S., Okunade, A., Patterson, B., & Klein, S. (2016). Effects of Moderate and Subsequent Progressive Weight Loss on Metabolic Function and Adipose Tissue Biology in Humans with Obesity. *Cell Metabolism*, 23(4), 591–601. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2016.02.005>

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Meld. St 15 (2022-2023) *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjammning av sosiale helseforskjellar*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

Meyer, H. E. & Bergh, I. H. (2023) *Overvekt og fedme i Noreg*. FHI <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>

Midthjell, K., Lee, C. M. Y., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., Colagiuri, S., & Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical Obesity*, 3(1-2), 12–20. <https://doi.org/10.1111/cob.12009>

Mold, F., & Forbes, A. (2013). Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 16(2), 119–142. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00699.x>

Must, A., Spadano, J., Coakley, E. H., Field, A. E., Colditz, G. & Dietz, W. H. (1999) The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.282.16.1523>

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende Helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (5.utg.). Universitetsforlaget.

- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/empirical.article.pdf>
- Næss, Ø., Krokstad, S., Grimsgaard, S., Larsen, I. K., Meyer, H. E., & Nystad, W. (2023). Overvåkning av ikke-smittsomme sykdommer. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 143(15). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0595>
- Phelan, S., Cardel, M. I., Lee, A. M., Alarcon, N., & Foster, G. D. (2023). Behavioral, psychological, and environmental predictors of weight regain in a group of successful weight losers in a widely available weight-management program. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 31(11), 2709–2719. <https://doi.org/10.1002/oby.23903>
- Phillips, J. (2024). Weight bias and stigma in healthcare: What are we doing about it? *Work (Reading, Mass.)*, 77(3), 731–733. <https://doi.org/10.3233/WOR-246004>
- Poirier, P., Alpert, M. A., Fleisher, L. A., Thompson, P. D., Sugerman, H. J., Burke, L. E., Marceau, P., & Franklin, B. A. (2009). Cardiovascular evaluation and management of severely obese patients undergoing surgery: A science advisory from the american heart association. *Circulation (New York, N.Y.)*, 120(1), 86–95. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192575>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.159491>
- Puhl, R. M., Phelan, S. M., Nadglowski, J., & Kyle, T. K. (2016). Overcoming weight bias in the management of patients with diabetes and obesity. *Clinical Diabetes*, 34(1), 44–50. <https://doi.org/10.2337/diaclin.34.1.44>
- Regjeringen (u.å) *Folkehelse* <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/id10877/>

- Robinson, E., Sutin, A., & Daly, M. (2017). Perceived Weight Discrimination Mediates the Prospective Relation Between Obesity and Depressive Symptoms in U.S. and U.K. Adults. *Health Psychology, 36*(2), 112–121. <https://doi.org/10.1037/hea0000426>
- Rogerson, D., Soltani, H., & Copeland, R. (2016). The weight-loss experience: a qualitative exploration. *BMC Public Health, 16*(373), 371–371. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3045-6>
- Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafian, H., & Teare, J. (2019). Current treatments for obesity. *Clinical Medicine (London, England), 19*(3), 205–212. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-3-205>
- Ryan, D. H. (2022.). Drugs for Treating Obesity. *From Obesity to Diabetes*, 387–414. https://doi.org/10.1007/164_2021_560
- Ryan, L., Coyne, R., Heary, C., Birney, S., Crotty, M., Dunne, R., Conlan, O., & Walsh, J. C. (2023). Weight stigma experienced by patients with obesity in healthcare settings: A qualitative evidence synthesis. *Obesity Reviews, 24*(10), e13606–e13606. <https://doi.org/10.1111/obr.13606>
- Rønningen, R., Wammer, A., Grabner, N., & Valderhaug, T. (2019). Associations between Lifetime Adversity and Obesity Treatment in Patients with Morbid Obesity. *Obesity Facts, 12*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1159/000494333>
- Safaei, M., Sundararajan, E. A., Driss, M., Boulila, W., & Shapi'i, A. (2021). A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine, 136*, 104754–104754. <https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2021.104754>
- Salemonsens, E., Hansen, B. S., Førlund, G., & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived "wrong" lifestyle - A qualitative interview study. *BMC Obesity, 5*(1), 42–42. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>

- Salemonsens, E., Førland, G., Hansen, B., & Holm, A. L. (2020). Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres—A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 23(5), 1376–1386. <https://doi.org/10.1111/hex.13129>
- Sánchez-Carracedo, D. (2022). Obesity stigma and its impact on health: A narrative review. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición.*, 69(10), 868–877. <https://doi.org/10.1016/j.endien.2021.12.007>
- Sevild, C. H., Niemiec, C. P., Bru, L. E., Dyrstad, S. M., & Huseba, A. M. L. (2020). Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1–1006. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09111-8>
- Skogli, E., Lønstad, C., Vinter, C. & Stokke, O. L. (2023) *Samfunnskostnader knyttet til overvekt og fedme*. (Nr. 24/2023). Menon Economics <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2023-24-Samfunnskostnader-knyttet-til-overvekt-og-fedme.pdf>
- Sobczak, K., & Leoniuk, K. (2020). Attitude towards obesity and its treatment – analysis of the attitudes of patients with obesit. *Family Medicine & Primary Care Review*, 22(4), 325–330. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2020.100443>
- Stead, M., Craigie, A. M., Macleod, M., McKell, J., Caswell, S., Steele, R. J. C., & Anderson, A. S. (2015). Why are some people more successful at lifestyle change than others? Factors associated with successful weight loss in the BeWEL randomised controlled trial of adults at risk of colorectal cancer. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 87–87. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0240-2>
- Stephenson, J., Smith, C. M., Kearns, B., Haywood, A., & Bissell, P. (2021). The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health*, 21(1), 1990–1990. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12009-8>

- Sturm, R., & An, R. (2014). Obesity and economic environments. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 64(5), 337–350. <https://doi.org/10.3322/caac.21237>
- Subramaniam, M., Devi, F., AshaRani, P. V., Zhang, Y., Wang, P., Jeyagurunathan, A., Roystonn, K., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2022). Barriers and facilitators for adopting a healthy lifestyle in a multi-ethnic population: A qualitative study. *PloS One*, 17(11), e0277106–e0277106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277106>
- Talumaa, B., Brown, A., Batterham, R. L., & Kalea, A. Z. (2022). Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity Reviews*, 23(10), e13494–n/a. <https://doi.org/10.1111/obr.13494>
- Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., Bourdeaudhuij, I. D. Lakerveld, J. & Brug J. (2015) Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*. Vol. 13 (1). s, 84-84. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12916-015-0323-6.pdf>
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave.). Gyldendal.
- Toft, B. S., Galvin, K., Nielsen, C. V., & Uhrenfeldt, L. (2020). Being active when living within a large body: experiences during lifestyle intervention. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1736769–1736769. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1736769>
- Toft, B. S., Nielsen, C. V., & Uhrenfeldt, L. (2020). Balancing one's mood: experiences of physical activity in adults with severe obesity 18 months after lifestyle intervention. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 153-154, 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.05.004>
- Topart, P. (2023). Obesity surgery: Which procedure should we choose and why? *Journal of Visceral Surgery*, 160(2), S30–S37. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2022.12.010>

- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851.
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tremmel, M., Gerdtham, U. G., Nilsson, P. M., & Saha, S. (2017). Economic burden of obesity: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 435. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040435>
- Ulset, E., Undheim, R., & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 127(1). <https://tidsskriftet.no/2007/01/tema-sykelig-overvekt/er-fedmeepidemien-kommet-til-norge>
- Unicare (u.å.) *Sykelig overvekt voksen* <https://unicare.no/helsefort/rehabiliteringstilbud/sykelig-overvekt/sykelig-overvekt-voksen/>
- Vincent, H. K., Lamb, K. M., Day, T. I., Tillman, S. M., Vincent, K. R. & George, S. Z (2010). Morbid Obesity Is Associated With Fear of Movement and Lower Quality of Life in Patients With Knee Pain-Related Diagnoses. *PM & R*, 2(8), 713–722.
<https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2010.04.027>
- Warkentin, L. M., Majumdar, S. R., Johnson, J. A., Agborsangaya, C. B., Rueda-Clausen, C. F., Sharma, A. M., Klarenbach, S. W., Karmali, S., Birch, D. W., & Padwal, R. S. (2014). Weight loss required by the severely obese to achieve clinically important differences in health-related quality of life: two-year prospective cohort study. *BMC Medicine*, 12, 175.
<https://doi.org/10.1186/s12916-014-0175-5>
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21, 323–341. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.21.1.323>
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 222S–225S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.1.222S>
- World Health Organization (2000) *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

World Health Organization (2021) Obesity and Overweight <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

World Health Organization (2023) Noncommunicable diseases <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Writers, A. M. (2020). Current and investigational anti-obesity drugs help reduce weight and offer additional benefits, but more effective options are needed. *Drugs & Therapy Perspectives: for Rational Drug Selection and Use*, 36(1), 12–16.
<https://doi.org/10.1007/s40267-019-00679-9>

Zinöcker, S., Reinart, L. M., Eggen, F. R., Refsdal, T. L. & Kornør H (2020) Treatment options for morbid obesity: Rapid review for a patient decision aid. (Rapport 2020).
Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/treatment-options-for-morbid-obesity-report-2020.pdf>

VEDLEGG

VEDLEGG 1 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet «Døgnbasert rehabilitering av sykelig overvekt»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvilke erfaringer du får av å delta på et døgnbasert rehabiliteringstilbud for sykelig overvekt, og hvordan tilbudet har hjulpet deg i møte med hverdagen underveis i rehabiliteringsprosessen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med forskningsprosjektet er å se på erfaringene du har med å delta på døgnbasert rehabilitering for sykelig overvekt og fedme ved rehabiliteringssenteret. Forskningsprosjektet gjennomføres som en masteroppgave ved Master i Folkehelse ved NTNU.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, er ansvarlig for prosjektet

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du inviteres til å delta i studien fordi du er på ditt tredje opphold for rehabilitering av sykelig overvekt ved ditt rehabiliteringssenter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Om du ønsker å delta vil masterstudenten intervju deg mens du er på opphold. Intervjuet vil ha en varighet på 40-60 minutter. I tillegg ønsker vi å spørre om alder og kjønn. Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du vil bli intervjuet av masterstudenten mens du er på opphold. Spørsmålene i intervjuene vil handle om hvordan du har opplevd det mellom hvert opphold du har vært på, dine erfaringer rundt rehabilitering og hva du har lært så langt. Det vil bli tatt lydopptak av ditt intervju, i tillegg til noen notater underveis.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke din behandling ved rehabiliteringssenteret.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålet som er beskrevet her. Opplysningene blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket

Det er masterstudenten og to veiledere for masteroppgaven som vil ha tilgang til den informasjonen du deler og lydfilen fra intervjuet. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang på dine personopplysninger vil ditt navn og kontaktopplysninger bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrig data. Alle konfidensielle data vil også bli lagret etter NTNU sine retningslinjer, på NICE-1. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne deg i den endelige

masterbesvarelsen.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil avsluttes 01.09.2024. Etter prosjektets slutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes, dette inkluderer også lydopptak fra intervjuet. Frem til dette tidspunktet vil personopplysninger og lydopptak lagres på NICE-1 på NTNU.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Masterstudent Rebekka Josephine Kristiansen, institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

- Tlf: 993 51 260
- E-post: rebekjkj@ntnu.no

Veileder Lene Aasdal, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

- E-post: lene.aasdahl@ntnu.no

Personvernombud Thomas Helgesen

- Tlf: 930 79 038
- E-post: thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen,

Rebekka Josephine Kristiansen,
Masterstudent

Lene Aasdal,
Veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Døgnbasert rehabilitering av sykkelig overvekt* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

Å delta i et intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 2 – Intervjuguide, oktober

Takk for at du tar deg tid til å bli med i denne studien.

Før vi starter ønsker jeg bare å minne på om at det er frivillig å delta her i dag. Det er også du som bestemmer hva du ønsker å svare på og dele her i dag. Det er du som er eksperten når det kommer til dine erfaringer og dine opplevelser. Du kan når som helst velge å trekke deg, og du trenger ikke oppgi årsaken til det. Da vil all data om deg slettes. Å trekke deg fra min studie vil ikke ha innvirkning på ditt behandlingsforløp her.

Det vil bli tatt et lydopptak av intervjuet her i dag. Dette vil bli lagret etter NTNU sine retningslinjer. Alt du forteller meg her i dag vil være konfidensielt mellom meg og deg. I min masteroppgave vil all mulig avslørende informasjon om deg bli anonymisert

Har du noen spørsmål før vi begynner?

Det er som nevnt du som er eksperten her i dag, det finnes ingen feile svar. Hvis det da er greit for deg, starter jeg lydopptaket nå og begynner intervjuet.

Guide oktober

Alder:

Kjønn:

Sivilstatus:

Arbeid:

Familiestatus (barn/dyr):

- Kunne du fortalt litt om hvorfor/hvordan du bestemte deg for å dra hit og delta på rehabilitering?
 - Hvordan hørte du om tilbudet?
 - Lege, pårørende, funnet informasjon selv ol.
- 2. Hva tenker du når du hører begrepet «livsstilsendring»?
 - Hva tenker du om begrepet?
 - Hva betyr det for deg personlig?
 - Ser du en sammenheng mellom ditt opphold og din livsstilsendring?
- 3. Kunne du fortalt litt om hvordan det var å komme hjem etter ditt frøste opphold?
 - Husker du hva som var viktig for deg da?
 - Døgnrytme, trening, mosjon, kosthold ol.
 - Hvordan kombinerte du hverdagen din hjemme med den rehabiliteringen som du er med på her?
 - Hvor har du lært det?
- 4. Kunne du fortalt litt om hvordan det var å komme hjem etter ditt andre opphold?
 - Husker du om det var noe annet som var viktig for deg den andre perioden hjemme?
 - Gjorde du noe annerledes?
 - Hva?
 - Hva var likt?
- 5. Hvordan oppleves det å komme tilbake på opphold etter å ha vært hjemme en stund?
- 6. Kunne du fortalt litt om hvordan hverdagen din så ut før du begynte på rehabilitering her?
 - Hvis du har forsøkt å gjennomføre livsstilsendringer før, kunne du fortalt litt om det?
 - Hva skiller seg fra det du gjør nå og tidligere forsøk

7. Kunne du fortalt litt om hva den største endringen har vært for deg så langt?
 - Hva opplever du at har bidratt til den endringen?
8. Hvilke erfaringer har du gjort etter å ha deltatt på rehabilitering så langt?
 - Hvis du har hatt noen positive erfaringer, hva har de vært?
 - Hvis du har hatt noen negative erfaringer, hva har de vært?
9. Hvis du skulle trukket frem spesielt en ting som har vært viktig for deg og din livsstilsendring. Hva hadde det vært?
10. Er det noe du ønsker å ta opp, som ikke er pratet om her i dag?

VEDLEGG 3 – Intervjuguide, desember og januar

Takk for at du tar deg tid til å bli med i denne studien.

Før vi starter ønsker jeg bare å minne på om at det er frivillig å delta her i dag. Det er også du som bestemmer hva du ønsker å svare på og dele her i dag. Det er du som er eksperten når det kommer til dine erfaringer og dine opplevelser. Du kan når som helst velge å trekke deg, og du trenger ikke oppgi årsaken til det. Da vil all data om deg slettes. Å trekke deg fra min studie vil ikke ha innvirkning på ditt behandlingsforløp her.

Det vil bli tatt et lydopptak av intervjuet her i dag. Dette vil bli lagret etter NTNU sine retningslinjer. Alt du forteller meg her i dag vil være konfidensielt mellom meg og deg. I min masteroppgave vil all mulig avslørende informasjon om deg bli anonymisert

Har du noen spørsmål før vi begynner?

Det er som nevnt du som er eksperten her i dag, det finnes ingen feile svar. Hvis det da er greit for deg, starter jeg lydopptaket nå og begynner intervjuet.

Guide desember og januar

1. Kunne du fortalt meg litt om deg selv?
2. Kunne du fortalt meg litt om hvorfor du bestemte deg for å dra hit og delta på rehabilitering?
 - Hvordan hørte du om dette tilbudet?
 - Lege, pårørende, funnet informasjon selv ol.
3. Hva tenker du på når du hører begrepet «livsstilsendring»?
 - Hva tenker du om begrepet?
 - Hva betyr det for deg personlig?
 - Ser du en sammenheng mellom ditt opphold og din livsstilsendring?
 - Hvilken

4. Kunne du fortalt meg litt om det første oppholdet ditt?
5. Kunne du fortalt meg litt om hvordan det var å komme hjem etter ditt første opphold her?
 - Husker du hva som var viktig for deg å fokusere på da?
 - Hvordan kombinerte du hverdagen din hjemme med rehabiliteringen som du er med på her?
6. Hvordan var det å komme tilbake på opphold etter å ha vært hjemme en stund?
7. Kunne du fortalt meg litt om hvordan det var å komme hjem etter ditt andre opphold her?
 - Husker du om det var noe annet som var viktig for deg denne gangen?
 - Gjorde du noe annerledes?
 - Hva var likt?
8. Hvordan var det å komme tilbake på opphold nå?
9. Kunne du fortalt meg litt om hvordan hverdagen din så ut før du begynte på rehabilitering?
 - Hvis du har forsøkt noen livsstilsendringer før, kunne du fortalt litt om de?
 - Hva skiller seg fra tidligere forsøk og de du gjør nå?
10. Kunne du fortalt meg litt om hva den største endringen har vært for deg så langt?
 - Hva opplever du at har bidratt til den endringen?
11. Kunne du fortalt meg litt om hva din største utfordringen har vært så langt?
 - Hvordan har du håndtert den utfordringen?
12. Hvilke erfaringer har du gjort deg etter å ha deltatt på rehabilitering så langt?
 - Hvis du har noen positive erfaringer, hva har de vært?
 - Hvis du har noen negative erfaringer, hva har de vært?
13. Hvis du skulle trukket frem spesielt en ting som har vært viktig for deg og din livsstilsendring. Hva hadde det vært?
14. Hadde du anbefalt rehabilitering til noen andre?
 - Kan du fortelle litt om hvorfor?
15. Er det noe du ønsker å ta opp som ikke er blitt pratet om her i dag?

Avsluttende om det ikke er kommet opp:

Alder:

Kjønn:

Sivilstatus:

Arbeid:

Familiestatus (barn/dyr):

VEDLEGG 4 – Sikt godkjenning

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<https://meldeskjema.sikt.no/649d786d-8033-478f-8304-14625c9dfd8a/vurdering>



[Meldeskjema](#) / [Erfaringer med deltakelse i døgnbasert rehabilitering ved sykelig overvekt...](#) / [Vurdering](#)

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

961862

Vurderingstype

Standard

Dato

25.07.2023

Tittel

Erfaringer med deltakelse i døgnbasert rehabilitering ved sykelig overvekt og fedme

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig

Lene Aasdahl

Student

Rebekka Josephine Kristiansen

Prosjektperiode

14.08.2023 - 01.09.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.09.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Vi legger til grunn for vurderingen at du behandler data i tråd med NTNUs lagringsguide/retningslinjer for sikker håndtering av forskningsdata.

