

Opplevelse av vektreduksjon gjennom livsstilsendring

En kvalitativ studie om opplevd effekt av vektreduksjon gjennom
livsstilsendring i spesialisthelsetjenesten

Kine Rasmussen

Veileder

Gudrun E. Rohde

Biveileder

Vegard Nilsen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

FORDORD

Interessen for livsstilsendring fikk jeg gjennom min utdanning i folkehelse samt som personlig trener hvor jeg har jobbet hovedsakelig med vektreduksjon og livsstilsendring. Min utdanning er gjennomført ved Universitet i Agder og Høgskolen i Hedmark. Jeg har jobbet som personlig trener ved Elixia og vil takke min leder, Kjetil Hansen, for tålmodighet, oppmuntring og motiverende samtaler under min mastergradsutdanning.

Videre vil jeg takke Bodil Fischer Breidablik for hjelp under arbeidet med rekruttering av informanter til studien. Informantene bidro med gode beskrivelser av deres opplevelser og erfaringer gjennom sin livsstilsendring, og jeg er takknemlig for deres åpenhet og bidrag.

Arbeidsprosessen har vært en spennende og lærerik prosess preget av mye selvstendig arbeid. Underveis har jeg satt pris på tilbakemelding fra biveileder Vegard Nilsen og møtene på sykehuset. Jeg vil også takke min søster, Iselin Rasmussen, for betydelig hjelp på hjemmebane og som barnevakt.

Til slutt vil jeg hjerteligst takke min veileder Gudrun E. Rohde, som har betydd mest for studiens gjennomføring. Din åpne holdning, pedagogiske fremtreden og solide kompetanse har hatt avgjørende betydning for mitt arbeid underveis, og for dette ferdige produktet. Takk for fine samtaler og god veiledning.

Sammendrag

Bakgrunn. Mens vi tidligere ble påført sykdommer utenfor vår kontroll (infeksjonssykdommer), påfører vi i dag oss selv sykdom gjennom vaner og atferd som i stor grad er under vår kontroll (livsstilsykdommer). Overvekt og fedme er vår tids store helseutfordring. Ikke-smittsomme, kroniske sykdommer er en vesentlig utfordring både på individ- og samfunnsnivå, samt et viktig helsepolitisk satsingsområde for å bedre folkehelsen.

Hensikt og problemstilling. Hensikten med denne studien var å belyse den opplevde effekten av livsstilsendring gjennom et år på livsstilskurs gjennom spesialisthelsetjenesten. Målet var å se på hvilke faktorer som deltakere erfarer kan føre til vellykket livsstilsendring.

Metode. En kvalitativ studie med åtte informanter som deltok i individuelle semistrukturerte intervjuer, fem kvinner i alderen fra 20-53 år. Analysen ble gjennomført med systematisk tekstkondensering.

Resultater. Informantene som hadde lykket med sin livsstilsendring beskrev en trygghet, en nær omgangskrets som deltok i livsstilsendringen. Informantene som hadde lykket hadde en høyere utdanning og var i mindre grad sykemeldte og uføretrygdete enn de som ikke lykket. Resultatene viste at omgangskrets, personlige egenskaper og opplevd sammenheng var viktige faktorer for vellykket livsstilsendring.

Konklusjon. Empowerment, sense of coherence og en støttende og deltakende omgangskrets vises som nødvendige faktorer for vellykket livsstilsendring.

Nøkkelord. Empowerment. Livsstilsendring. Opplevelse av sammenheng. Vektreduksjon.

Abstract

Background: Non-communicable chronic diseases are a significant challenge as well as an important health policy priority for improving public health.

Aims: The aim of this study was to illustrate the perceived impact of lifestyle change through a year of lifestyle course. The goal was to look at the factors that can lead to successful lifestyle change.

Method: A qualitative study with eight participants, five women, at the age of 20- 53. The analysis was conducted with systematic text condensation.

Results: The participants who had succeeded their lifestyle change described a security, a close circle of family and friends who participated in their lifestyle change. Participants who had succeeded had a higher education, and were more often in fulltime jobs. The results shows that close friends and family, personal characteristics and sense of coherence were important factors for successful lifestyle change.

Conclusion: Empowerment, sense of coherence and a supportive and a participating circle of family and friends appear to be necessary factors for successful lifestyle change.

Keywords: Empowerment. Lifestyle change. Sense of coherence. Weight reduction.

INNHold

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Hensikt og problemstilling.....	7
1.3 Oppbygning av sammenbindingen.....	7
2.0 Teoretisk referanseramme.....	8
2.1 Overvekt/fedme.....	8
2.1.1 Fysisk aktivitet.....	8
2.1.2 Psykisk helse ved overvekt.....	10
2.1.3 Livsstilssykdommer.....	10
2.2 Nasjonale retningslinjer.....	11
2.3 Folkehelsearbeid.....	12
2.3.1 Nasjonale dokumenter.....	13
2.4 Empowerment.....	14
2.5 Sense of Coherence.....	15
2.6 Sosioøkonomisk status.....	15
2.7 Mestring og mestringsforventning.....	15
2.8 Modeller for atferdsendring.....	16
2.9 Tidligere forskning.....	18
3.0 Metode.....	20
3.1 Design.....	20
3.2 Utvalg.....	20
3.3 Datainnsamling.....	21
3.4 Analyse.....	22
3.5 Etske overveielser.....	23
3.6 Egen forforståelse.....	24
3.7 Metodiske overveielser.....	24
3.8 Credibility.....	25
3.9 Dependability.....	26
3.10 Transferability.....	29
4.0 Avslutning.....	30

Litteratur

Vitenskapelig artikkel

Vedlegg 1 Praktisk eksempel på analyseprosess

Vedlegg 2 Beskrivelse av studiegruppen

Vedlegg 3 Intervjuguide

Vedlegg 4 Informasjon og samtykkeskjema

Vedlegg 5 kvittering NSD

1.0 INNLEDNING

Vår tids helseutfordring er ikke-smittsomme kroniske sykdommer, kalt livsstilssykdommer. Dette er en vesentlig utfordring både på samfunnsnivå (folkehelsemeldingen, 2013) og på individnivå (Krokstad & Knudsen, 2011). Institute of Health Metrics and Evaluation i USA har lagt frem resultater fra en stor undersøkelse om sykdomsbyrden i verden. Den viser at dødeligheten fra infeksjonssykdommer har gått ned, mens dødsfall grunnet livsstil har økt. Kampen mot livsstilssykdommer antas at i mange år fremover vil dreie seg om tobakk, rusmidler og usunn mat (Stoltenberg et.al. 2013).

I HUNT-studien fra Nord-Trøndelag hvor over 90.000 voksne over 20 år deltok fra 1984 til 2008, viser resultatet en vesentlig økende grad av overvekt og fedme. Økningen var høyest blant de med lavere sosioøkonomisk status (Magnusson et.al. 2014). Studier viser at vi ikke har et høyere kaloriinntak siden 1970-tallet, men den daglige fysiske aktiviteten har gått vesentlig ned (Anderssen, 2007). Anderssen (2007) skriver at for å stoppe denne fedmeepidemien må strategier implementeres i samfunnet.

I Norge har 20% av den voksne befolkningen en KMI på over 25. Dette tilsvarer en dobling av antall overvektige de siste 20 årene (Tverdal, 2001. Ulset & Malterud, 2007). Livsstilssykdommer er et viktig helsepolitisk satsningsområde (Tverdal, 2001. Ulset & Malterud, 2007), hvor det arbeides med en helsepolitisk holdningsendring i forhold til fedmeepidemien –fokuset skal flyttes fra skam til mestring. Både undervektige og personer med fedme har økt dødelighet i forhold til normalvektige og de som er moderat overvektige. Overvekt (KMI 25-30) er ingen sykdom i seg selv, men overvekt og fedme kan skape alvorlige problemer for helse, trivsel og livskvalitet. Fedme (KMI ≥ 30) øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, høyt blodtrykk, flere kreftformer, type 2-diabetes, gallesten, psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, ikke-alkoholisert fettlever, urinsyregikt, stress-inkontinens, brokk, åreknuter og infertilitet. Fedme (KMI > 40 eller KMI > 35 med vektrelatert tilleggssykdom) er et alvorlig helseproblem. Risikoen øker med stigende grad av fedme, spesielt ved bukfedme. Sammenhengen mellom KMI og dødelighet svekkes imidlertid med økende alder, særlig for kvinner (Engeland, et. al. 2003).

Prescott og Børtveit (2004) skriver at overvekt betraktes som en progredierende, kronisk tilstand preget av mislykkede endringsforsøk og gjentatte tilbakefall. De konkluderer med at både lange og korte intervensjoner kan ha effekt på livsstilsatferd, men at motivasjon, besluttosomhet og mestringssevne er viktige determinanter, samt at endringsarbeidet må tilpasses den individuelle nivå. Ikke mange studier viser varig endring, men at mange faller tilbake, og ofte til en verre situasjon enn utgangspunktet (Yilmaz et.al., 2011).

Med sykkelig overvekt følger livsstilssykdommer, men også psykiske plager med følelse av mindreverdighet og stigmatisering fra flere nivåer i samfunnet (Puhl & Heuer, 2010). Dette har negative konsekvenser for livskvalitet og psykisk velvære (Kolotkin et.al., 2001). Wigton og McGaghie (2001) skriver at det er en utbredt oppfatning at personer med overvekt er mindre intelligente, ulykkelige og mangler selvkontroll. Noen voksne med fedme opplyser at de har følt seg stigmatiserte i møte med helsepersonell som mener at dette er deres egen feil (Wigton & McGaghie, 2001). Forskning på psykisk behandling har vist at de viktigste faktorene for at atferdsendringen skal finne sted er det personene som sitter med selv, det kan være utholdenhet, åpenhet, tillit og optimisme med mer. Forskningen viser også at sosiale relasjoner og støtte fra nærmiljøet var den andre viktigste faktoren for endring (Duncan & Sparks, 2008).

Nilsens et. al. (2011) studie om effekt av livsstilsintervensjon for personer i risikozonen for å utvikle type 2 diabetes mellitus viser at mindre kliniske tiltak kan føre til viktige endringer i livsstil for personer i risiko for diabetes type 2. Studien er gjennomført i Norge. Resultatene viser også økt helse relatert livskvalitet (Nilsen et.al. 2014). Bakgrunnen i denne studien tar utgangspunkt i livsstilsendring som eneste viktigste tiltak for å forebygge diabetes type 2. Målet med studien var å belyse effekten av en intervensjon for livsstilsendring med lav intensitet. Studien foregikk gjennom spesialisthelsetjenesten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Livsstilssykdommer og overvekt er vår tids helseutfordring. Det er økonomisk dyrt for velferdssamfunnet, og det har betydelig konsekvenser på individnivå både psykisk og fysisk. Folkehelsevitenskap innebærer å ha et holistisk og forebyggende fokus

1.2 Hensikt og problemstilling

Livsstil er et viktig helsepolitisk satsingsområde med behov for mer kunnskap. Vi har lite kunnskap om hvordan livsstilsendring oppleves av deltakerne selv. På bakgrunn av denne teorien tar denne studien for seg følgende problemstilling;

hvordan deltakere ved livsstilskurs opplever, erfarer og beskriver sin endring etter livsstilskurs, både hos deltakere som har lykket og ikke lykket med sin atferdsendring.

Hensikten med denne studien er å bruke kvalitativ metode for å belyse den opplevde effekten av vektreduksjon gjennom livsstilsendring i spesialisthelsetjenesten. Hva opplever, erfarer og beskriver deltakerne selv har hatt betydning for deres atferdsendring. Hvilke opplevelser, erfaringer og beskrivelser går igjen hos de som har lykket og blant de som ikke har lykket.

1.3 Oppbygningen av sammenbindingen

Sammenbindingen inneholder en gjennomgang av metoden som er benyttet i denne studien. Teorien vil presenteres med utgangspunkt i tidligere studier. Studien omhandler opplevelser, erfaringer og beskrivelser av atferdsendring knyttet til livsstilsendring i spesialisthelsetjenesten. Hovedvekten i sammenbindingen er lagt på metode og metodiske overveielser.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Overvekt/ fedme

Stadig flere passerer grensen for hva WHO definerer som overvekt/ fedme. Kroppsmasseindeks (KMI, engelsk: BMI) er et uttrykk for vekt i forhold til høyde og benyttes internasjonalt for å kunne måle og sammenligne helserisikoen ved for eksempel over- og undervekt i en befolkning. (Hånes et. al. 2012). Det er ingen god oversikt over hvordan overvekt og fedme er fordelt i Norge, men HUNT undersøkelsen fra Nord-Trøndelag viser at fra 1984 til 2008 økte menn sin vekt med 6,5 kilo, og kvinner økte med 5,5 kilo. (Hånes et.al. 2012)

Det er sosioøkonomiske forskjeller i utviklingen av fedme og overvekt. 40-åringer med høy utdanning har i mindre grad fedme enn grupper med lavere utdanning. I Oslo er den voksne befolkningen tyngre i østlige enn i vestlige bydeler, særlig kvinner. Basert på resultater fra undersøkelsene etter 2000 vises at om lag 20 prosent av menn og 17 prosent av kvinner hadde fedme rundt 2005 (Hånes et.al. 2012).

Det antas at hovedårsakene til overvektsøkningen i det internasjonale samfunn er endringer i ”mat og mosjons-miljøet”. Fysisk aktivitet, særlig dagliglivets aktiviteter, har sunket, og vi har nå et energiinntak som ikke er tilpasset dette. Med redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på energitette matvarer, er det lett å utvikle overvekt. Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle (Hånes et. al. 2013).

2.1.1 Fysisk aktivitet

Helsedirektoratet beskriver at den største årsaken til overvekt er for lite fysisk aktivitet i forhold til energiinntak. I dag er anbefalingen for voksne 30 minutter fysisk aktivitet hver dag (Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, 2014). I følge folkehelseinstituttet oppfyller om lag en av fem norske voksne dette minimumskravet (Hånes, 2012). Fysisk aktivitet defineres som:

”enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå” (Klepp, 2014)

Fysisk aktivitet er i dag et viktig punkt i det politiske helsefremmende arbeidet, sentrale nasjonale dokumenter er folkehelseloven og nasjonal helse og omsorgsplan: handlingsplan for fysisk aktivitet. Sammen for fysisk aktivitet.

Virke trening rapporterer at i 2012 var 800 000 nordmenn i aldersgruppen 15-70 år medlemmer av et treningssenter, dette utgjør 22,5 % av den norske befolkning. Inkluderes studentorganisasjoner og friskis og svettis kan vi si at hver fjerde nordmann var medlem av et treningssenter i 2012 (Thideman 2012). Aldri har treningssentre hatt så mange medlemmer, samtidig har vi aldri vært så inaktive. Det politiske helsefremmende arbeidet beskriver stillesitting som en selvstendig risikofaktor for dårlig helse, og presiserer at en fysisk aktiv befolkning er robust, lite syke og i arbeid lengre. På individnivå kan en aktiv livsstil bety 8 kvalitetsjusterte leveår (QALI), som for den norske befolkningen betyr 239 milliarder velferdskroner hvert år (Klepp, 2014).

Blant den norske befolkningen i alderen 16-79 år oppgir 76 prosent at de driver med fysisk aktivitet på fritiden for å trene eller mosjonere minst en gang per måned. 15 prosent utfører aldri noe de vil kalle trening eller mosjon i løpet av et år, mens 11 prosent trener daglig (Vaage, 2004). Her må det også nevnes at det er store sosioøkonomiske ulikheter, som består av ulikheter i helse etter utdanning, inntekt og yrke (Næss et.al. 2007). Mosjonister som rapporterer at de er aktive en gang per måned, rapporterer at de driver gange/marsj som aktivitet. Under denne levekårsundersøkelsen i 2001 ble det også funnet ulikheter i mengde fysisk aktivitet og årstid, hvor det vår og sommer var en høyere selvrappotertrapportert fysisk aktivitet (Vaage, 2004).

Fysisk aktivitet viser seg stadig å være en viktig faktor for behandling og forebygging av ulike livsstilssykdommer, som hjerte- og karlidelser, ulike kreftformer (tykktarm, bryst, livmor og prostata), type 2- diabetes, muskel og skjelettlidelser, angst og depresjon. Det viser seg også at overvektige personer som er i god fysisk form betydelig reduserer helseplager forbundet med overvekt, det vil si lavere sykkelighet og dødelighet sammenlignet med personer med samme vekt som ikke er i god fysisk form (Prescott & Børtveit, 2004).

Ordningen med ”grønn resept” baserer seg på forskning om effektene av fysisk aktivitet og ulike helseplager, og ble introdusert høsten 2003 (Bringedal & Aasland, 2006). Her skal legene i

samarbeid med pasienten utarbeide en individuell plan for å komme i bedre fysisk form. Selv en liten økning i aktivitetsnivå har vist seg å ha en betydelig effekt hos pasienter med diabetes og høyt blodtrykk (Prescott & Børtveit, 2004). Av 1134 norske fastleger svarte 671 (59%) på spørreskjema om bruken av ”grønn resept”. 41 % av respondentene hadde aldri skrevet ut en grønn resept. Videre oppgav 31 % at de hadde skrevet ut 1 – 5 resepter i løpet av det halvannet året ordningen hadde vart, 15 % hadde skrevet ut 5 – 10, og 13 % flere enn ti. Noen leger hadde skrevet ut enkelte resepter i starten, men ikke fortsatt med det. I februar 2005 ble det skrevet ut 435 resepter, eller 0,6 per lege. Dette tilsvarer totalt ca. 2 600 grønne resepter i Norge i den aktuelle måneden (Bringeland & Aasland, 2006).

2.1.2 Psykisk helse ved overvekt

Med sykkelig overvekt følger livsstilssykdommer, men også psykiske plager med følelse av mindreverdighet og stigmatisering fra flere nivåer i samfunnet (Puhl & Heuer, 2010). Dette har negative konsekvenser for livskvalitet og psykisk velvære (Kolotkin et.al., 2001). Wigton og McGaghie (2001) skriver at det er en utbredt oppfatning at personer med overvekt er mindre intelligente, ulykkelige og mangler selvkontroll. Noen voksne med fedme opplyser at de har følt seg stigmatiserte i møte med helsepersonell som mener at dette er deres egen feil (Wigton & McGaghie, 2001). Forskning på psykisk behandling har vist at de viktigste faktorene for at atferdsendringen skal finne sted er det personene som sitter med selv, det kan være utholdenhet, åpenhet, tillit og optimisme med mer. Forskningen viser også at sosiale relasjoner og støtte fra nærmiljøet var den andre viktigste faktoren for endring (Duncan & Sparks, 2008).

2.1.3 Livsstilssykdommer

Kjennetegn for livsstilssykdommer er at de er ikke-smittsomme, altså ikke overførbare mellom mennesker. De er et resultat av hvordan vi velger å leve våre liv. Kjennetegn for livsstilssykdommer er at de har lang varighet, sakte progresjon eller rask død. Sykdommer som regnes som livsstilssykdommer er; hjerte og kar sykdom, diabetes, overvekt og fedme, kreft, astma, osteoporose, alzheimer’s sykdom og autoimmune sykdommer (Rasanathan & Krech, 2011).

Mellom 70 og 80% av dødsfall i Norge er relatert til livsstil, nesten fire av fem dødsfall skyldes hjerte- og karsykdommer og kreft (Tell & Klepp, 2013). Verdens helseorganisasjon (WHO) har som

mål å redusere ikke-smittsomme sykdommer (livsstilssykdommer) med 25% innen år 2025 (Tell & Klepp, 2013), leder for ekspertgruppen for å nå dette målet i Norge, Grethe Tell ved Universitetet i Bergen mener at priskutt på sunne matvarer er det viktigste grepet for at dette målet skal nås. Her snakker hun om frukt og grønt. Hun sier også at prisen på sukker er for lav og at det spises for mye kjøtt i forhold til fisk (Tell & Klepp, 2013).

2.2 Nasjonale retningslinjer for kosthold og fysisk aktivitet – anbefalinger for voksne

De norske anbefalingene om kosthold og fysisk aktivitet er utarbeidet på grunnlag av Nordic Nutrition Recommendations 2012 – integrating nutrition and physical activity og rapporten ”Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer” utgitt av Nasjonalt råd for ernæring 2011 (NNR, 2012). De nye norske anbefalingene og NNR 2012 legger stor vekt på den helsemessige betydningen av helheten i kostholdet og det totale fysiske aktivitetsnivået (helsedirektoratet, 2012).

Voksne bør være fysisk aktive med minimum 150 minutter moderat intensitet per uke eller minimum 75 minutter med høy intensitet per uke. Anbefalingen kan også oppfylles med kombinasjon av moderat og høy intensitet, og kan deles opp helt ned til 10 minutters varighet. Ved økt dose gid økt gevinst. Øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskel- grupper anbefales av helsedirektoratet at utføres to eller flere dager i uken. Et viktig mål er å redusere stillesitting (helsedirektoratet, 2012).

Retningslinjer for kosthold for voksne fra helsedirektoratet er karbohydrater og kostfiber bør bidra med 25-35g . Sukker bør ikke overstige 10 energiprosent. 10-20 % av det daglige energiinntaket bør komme fra protein. Når det gjelder fett bør det totale fettinntaket ligge 25-40 energiprosent. Av dette bør mettet fett være mindre enn 10 energiprosent. Transfett bør begrenses mest mulig, og ikke overstige 1%. Cis- enumettede fettsyrer bør stå for 10-20 energiprosent av det daglige inntaket. Omega 3 og 6 er essensielle og bør bidra med minst 3% av det daglige inntaket (helsedirektoratet, 2012).

Både et for høyt og et for lavt inntak av energi i forhold til behovet fører i lengden til negative konsekvenser for helsen. Hos voksne bør energiinntak og energiforbruk være likt (helsedirektoratet, 2012).

2.3 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er ikke et nytt fagområde, allerede på begynnelsen av 1800-tallet skrev Eilert Sundt:

”... der er mere af sygdom og syge- lighed inden fattigbefolkningen end blandt de øvrige samfunds- klasser ...” (Sundt 1870).

Folkehelse har endret seg fra å være politisk forankret med fokus på helseopplysninger og utvikling av vaksiner, til i dag å utarbeide strategier for å bedre populasjonens helse og bekjempe livsstilssykdommer. (Strand & Næss, 2006).

Folkehelse defineres som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Folkehelsearbeid defineres som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Formålet med folkehelseloven fra 2011 er å bidra til samfunnsutvikling, fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller. Målet er å redusere de negative eller øke de positive påvirkningsfaktorene som fremmer folkehelse og forebygger at sykdom, skader eller lidelser oppstår (folkehelseloven, 2011). Helse skapes ikke primært i helsesektoren, men på alle arenaer og livsområder som har betydning for folks helse (folkehelseloven, 2011). Hovedstrategiene innenfor helsefremmende arbeid er å bygge opp en helsefremmende politikk, skape støttende miljøer for helse og utvikling, styrke lokalsamfunnets muligheter for kontroll over egen framtid, utvikle personlige ferdigheter som setter folk istand til å gjøre valg som fremmer helsen og reorientere helsetjenesten mot forebyggende helsearbeid (Wold & Samdal, 2005).

I 1946 vedtok WHO en definisjon av helse som, selv om den er mye diskutert, bidro til et brudd på den tradisjonelle sykdomsforståelsen, et aspekt som sier at man ikke kan sikre god helse dersom man ikke legger vekt på psykiske, psykologiske og sosiale forhold (Hofgaard, 2010). WHO definerer helse som;

”En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse” (helse og omsorgsdepartementet, 2012)

2.3.1 Nasjonale dokumenter

Regjeringens strategi for å bedre folkehelsen vises gjennom ulike nasjonale dokumenter. I Norge er det Folkehelseinstituttet som har hovedansvar for å arbeide med helseovervåking, forskning og forebygging for å bedre befolkningens helse. Folkehelseinstituttet har visjonen ”Et friskere folk”.

Verdens helseorganisasjon holdt en konferanse i Ottawa i januar 1986 hvor begrepet helsefremmende arbeid ble introdusert. Dette ble kalt Ottawacharteret (på norsk helsedirektoratet). Det er holdt flere slike konferanser i ettertid, den siste i Bangkok i august 2005 med nytt charter som legger vekt på betydningen av globalisering av helse og internasjonale avtaler. Helsefremmende arbeid er i følge Ottawa-charteret fra 1986 definert slik:

”En prosess der individer eller lokalsamfunn gjøres i stand til å få økt kontroll over forhold som har innvirkning på helsen, og på den måten forbedre sin egen helse”. (WHO, 1986).

Et sentralt tema i folkehelsearbeidet er sosioøkonomiske ulikheter i helse, ulikheter i helse og dødelighet som vises som en gradient etter grad av utdanning og yrke. Black-rapporten fra 1980 viste at forskjeller i dødelighet hadde økt etter krigen. I 1997 fulgte Labour-regjeringen opp denne rapporten og utarbeidet en handlingsplan for å bedre folkehelsen og redusere sosioøkonomiske ulikheter i helse. I dag strides det ikke lenger mellom politikk og forskning på dette området, men er derimot et politisk satsingsområde (Strand & Næss, 2006). Stortingsmelding 16; Resept for et sunnere Norge (2002-2003) ble utarbeidet i den hensikt å forebygge mer for å reparere mindre. Stortingsmeldingen retter søkelyset mot folkehelsearbeidet i Norge. Her legger regjeringen vekt på sammenhengen mellom samfunnets og det enkelte menneskets ansvar for å bedre folkehelsen (St.meld.16, 2002-2003).

Påvirkningsperspektivet står helt sentralt i folkehelseloven fra 2011(folkehelseloven, 2011). Dette perspektivet ble for alvor ble løftet i stortingsmelding nummer 16; resept for et sunnere Norge, hvor dert fremheves at ethvert menneske har ansvar for sin egen helse. Målene er flere sunne leveår i befolkningen, og å redusere ulikheter i helse mellom sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og kjønn (folkehelseloven, 2011). Samhandlingsreformen (Stortingsmelding 47; 2008-2009) omhandler

omsorgssektorens viktigste utviklingsområder, og retter fokuset mot pasientperspektivet og det samfunnsøkonomiske perspektivet. Kommunene får her et større ansvar for å bedre folkehelsen, og begrepene empowerment og brukermedvirkning har en sentral rolle. Plan- og bygningsloven er et sentralt verktøy for gjennomføring av samhandlingsreformen, regionalt og kommunalt. Helse i plan setter strek under at forskning og arbeid for å bedre folkehelsen er et omfattende område (folkehelseloven, 2011). Frisklivssentralen er en kommunal helse- og omsorgstjeneste som skal bidra til forebygging og tidlig intervensjon. Frisklivssentralen skal veilede innenfor endring i levevaner, disse er opprettet på bakgrunn av at kommunene har fått mer ansvar for forebyggende helsearbeid.

I folkehelsemeldingen (Stortingsmelding 34; 2012-2013) setter regjeringen som mål for folkehelsearbeidet at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller. Målet er å skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

HEMIL-senteret i Bergen er sentralt innen forskning innenfor folkehelse og tilknyttet det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen, og med dette rettes oppmerksomheten for folkehelse mot mer enn kosthold og fysisk aktivitet. Flere informanter i studien opplever en frustrasjon i samtaler med fastleger som sier det bare er å spise mindre og løpe mer.

2.4 Empowerment

Empowerment er et begrep som vanskelig oversettes til Norsk. Det er mye brukt i det politiske folkehelsearbeidet, og innebærer å gi individer mulighet til å ta ansvar for sin egen helse ved at de er mer aktive og tar mer kontroll. Innenfor empowermentbegrepet står mestringsforventning, opplevd kompetanse og sosial støtte sentralt (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). For den enkelte innebærer empowerment å ta avgjørelser og kontroll over eget liv, empowerment kan ses som hjelp til selvhjelp, forsterke sin makt over eget liv og muligheten til å påvirke. Empowerment handler om å styrke egenskaper ved enkeltmenneske, men handler også om å påvirke strukturelle forhold og livsbetingelser som individet må forholde seg til. Loven om folkehelsearbeid gir kommunene ansvar for å bedre befolkningens helse (folkehelseloven, 2011).

2.5 Sense of Coherence

Sosiologen Aron Antonovsky lanserte begrepet salutogenese og kritiserte den biomedisinske modellen med fokus på hva som gjør oss syke (patogenese). Det er denne tilnærmingen som tradisjonelt er brukt om helse i moderne tid. Antonovsky fant at man kan ha god mental helse tross opplevelse av stress og store påkjenninger. Antonovsky gjennomførte en studie på israelske kvinner som hadde opplevd nazistenes konsentrasjonsleirer, og stilte spørsmålet hva gjør at disse kvinnene holder seg friske, fremfor hvorfor er ikke disse menneskene syke (Walseth & Malterud, 2004). Antonovsky så på ulike studier om stresstoleranse og fant at det var motstandsressursene våre som avgjorde hvordan vi taklet sykdom. Gode motstandsressurser er for eksempel god økonomi, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egostyrke og religion. Det er denne grunnholdningen i møte med ulike hendelser i livet som Antonovsky kaller sense of coherence, eller opplevd sammenheng (Walseth & Malterud, 2004). Den sentrale tesen i hans salutogenesiske modell er at sterk opplevelse av sammenheng (Sense of coherence; SOC) er avgjørende for vellykket tilstedeværende belastninger i livet og dermed for vedlikehold av helse (Martinsen, 2005).

2.6 Sosioøkonomisk status

Sammenlignet med andre land har vi god helse og lever lenge. Likevel vises store ulikheter i helse når det kommer til utdanning, yrke og inntekt (Strand & Næss, 2006).

Gradientutfordringen (2005) og stortingsmelding nummer 20 (2006-2007) tar for seg sosial ulikhet i helse. Temaet strekker seg tilbake til 1800-tallet og det var Eilert Sundt som påpekte at det var vesentlig større grad av sykdom i fattidombefolkningen enn i øvrige samfunnsklasser (Strand & Næss, 2006). En nederlandsk forskergruppe ledet av professor Johan Mackenbach la frem resultater fra en studie på sosioøkonomiske ulikheter i Norge og Sverige som viste store sosiale ulikheter i helse. Dette bidro til en økt interesse på området. Dersom sosiale ulikheter i helse blir redusert gir det store muligheter for å bedre folkehelsen (Strand & Næss, 2006).

2.7 Mestring og mestringsforventning

”Det er ikke den sterkeste som overlever, heller ikke den mest intelligente, men den som takler endring” Charles Darwin.

Motivasjon er det som forårsaker en aktivitet, holder den i gang og gir den mål og mening. Motivasjon har to perspektiver, indre motivasjon som kommer fra individet selv, og ytre motivasjon som for eksempel belønning eller ros (Brumoen, 2010).

Gjennom modellene for individuell atferdsendring er intensjon, mestring og motivasjon viktige determinanter som går igjen. Mestring er å kjenne at man har god kontroll på de utfordringer som livet gir, samt å takle påkjenninger slik at man har det så godt som mulig, selv med et dårlig utgangspunkt. Mestringsfaktorer kan deles i tre hvor den første faktoren handler om individets selvtillit og selvbilde, den andre faktoren knyttes til familieklimaet hvor støtte og samhold står sentralt. Den tredje faktoren er det øvrige nettverket av venner og familie (Ekeland & Heggen, 2007).

Self-efficacy handler om egen mestringstro. Det er en behandlingsform innenfor sosial kognitiv tradisjon. Den grunnleggende forestilling er at folk har muligheten til å se og forklare årsakene til sine egne vanedannende atferd ved hjelp av en utenforstående (Brumoen, 2010).

2.8 Modeller for atferdsendring

I en metaanalyse av 64 artikler om livsstilsintervensjoner fokuserer 36 av disse på atferds terapeutiske intervensjoner mens 12 fokuserer på fysisk aktivitet og 6 på diett og kosthold (Oude Luttikhuis et al., 2009). I kognitiv teori er det grunnleggende hvordan individets tanker påvirker atferden. Denne teorien benyttes for å identifisere og korrigere tankemønstre for uønsket atferd, kognitiv restrukturering (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Innenfor kognitiv atferdsendring arbeider man med målsetning, selvregulering og beslutningstrening ved å benytte blant annet stimuluskontroll, belønningsstrategier og sosial støtte (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Det finnes mange modeller innenfor kognitiv teori for endring av helse relatert atferd. Modeller som også er grunnlaget for mye forskning på helseatferd. Sosial kognitiv teori (videre beskrevet som SCT ut i fra det engelske social cognitive theory) er en mellompersonlig teori som dekker både determinanter for atferd og prosessen for atferdsendring. De viktigste determinantene innenfor SCT er resultatforventning, mestringstro, atferdsmestring og miljømessige faktorer (Bartholomew, 2011). Banduras sosial kognitive teori beskriver at vi lærer gjennom å huske, strukturere og bearbeide informasjon for å gjøre logiske slutninger for endring i atferd. Banduras teori beskriver at læringsprosessen skjer i samspill med personens indre og ytre miljø (Bartholomew, 2011).

Health belief model (HBM) er den mest utbredte modellen for forskning på helseatferd, både for å forklare helserelatert atferd og for utvikling av intervensjoner for helseatferd (Glanz et.al. 2008). De grunnleggende komponentene av HBM er basert på fire psykologiske verdier; oppfattet mottakelighet, oppfattet trussel, opplevde fordeler og opplevde barrierer. En persons helseatferd er dermed påvirket av hvordan han oppfatter atferden, hvor alvorlig han ser den og hvordan han opplever barrierene. Kritikken av denne modellen er at den kan vekke forsvarsmekanismer hos individene, og at mange lever med oppfatningen av at ”det gjelder ikke meg” (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

Læringsteorier er grunnlaget for mange atferdsteorier. Læringsteorien omhandler grunnleggende prinsipper for hvordan faktorer i miljøet påvirker atferd ved betinging, operant læring og stimuluskontroll (Bartholomew, 2011). Assosierende læring knytter en persons erfaring opp mot dens konsekvenser. De fleste stimuli oppnås i det psykiske og sosiale miljøet i form av belønnende stimulus, og tilbakemelding og forsterkning. Det anbefales ikke å bruke straff i atferdsendrende arbeid, fordi dette kan bidra til at personen unngår eller skyr temaet (Bartholomew, 2011).

Theory of reasoned action er den nyeste versjonen basert på “theory of planned behaviour” og “integrated behavioural model”. Disse teoriene baserer seg på determinanter for atferd, og kan bli sett på som forventning-verdi teorier. De siste 25 årene har forskere nesten utelukkende brukt ”theory of planned behaviour”, som fokuseres på videre her. TPB anmoder at intensjoner, som er den viktigste determinanten for atferd, er bygget opp av tre uavhengige faktorer; holdninger, subjektive normer og opplevd kontroll av atferd (mestringstro) (Bartholomew, 2011).

Prochaska og DiClemente har skrevet en endringsmodell, stages of change, som baserer seg på intensjonell atferdsendring. I denne modellen er det fem steg; Føroverveielsesfasen, hvor individet oppfatter eller opplever negative konsekvenser ved sin atferd. Overveielsesfasen, hvor personen er i konflikt med seg selv og kan føle seg dratt mellom skal – skal ikke. I forberedelsesfasen begynner personen å godta at en endring må til, og setter gjerne en dato for når. I handlingsfasen begynner endringsprosessen, og opplever tilfredshet med å få til endringen. Vedlikeholdsfasen skjer etter omlag 6 måneder etter at endringen har funnet sted. Her går vi over i en fase hvor målet er å få de

nye vanene inn i flytsonen. Her er tilbakefall viktig å snakke om, nettopp fordi det er så vanlig. Man kan gå frem og tilbake mellom disse stegene. Denne modellen er en målrettet innsats hvor en skal endre tanker, følelser og atferd ved å forberede, ta beslutninger om, gjennomføre og stabilisere endring (Prescott & Børtveit, 2004).

2.9 Tidligere forskning

For å finne tidligere forskning på temaet om overvekt og livsstilsendring brukte jeg Pubmed og søkeord som blant annet "overweight", "lifestyle", "qualitative", "obesity", "health". Disse søkeordene satt jeg sammen på ulike måter, for eksempel: "health* AND social position*". I dette søket fikk jeg 504 treff i PubMed.

Jeg har også foretatt søk i Ebsco host med MeSh-termer som: "empowerment", "sense of coherence", "lifestyle", "Overweight". På søket "overweight AND behaviorchange" fikk jeg 40,546 treff. Jeg begrenset da søket ved å søke i artikler publisert fra år 2000-2015, her fikk jeg 36,837 treff. Videre søkte jeg kun på treff fra Europa med 1.144 treff. Når jeg begrenset til kun voksne havnet jeg på 357 treff. Dette er et eksempel på fremgangsmåten jeg har benyttet for søk i tidligere forskning. Tall og fakta er hentet fra Folkehelseinstituttet, statistisk sentralbyrå, sosial og helsedirektoratet og WHO.

Mye forskning rundt overvektsepidemien er kvantitativ forskning, som epidemiologisk forskning, befolkningsundersøkelser og tverrsnittsundersøkelser. For eksempel HUNT-studien som er Norges største samling av helseopplysninger. Det finnes også en rekke intervensjonsstudier ved litteratursøk rundt temaet om fedmeepidemien, men få studier som viser varig endring. Studier viser at intervensjoner basert på teori og teoretiske modeller for atferdsendring har en større effekt enn intervensjoner som ikke har en slik tilnærming (Lippke & Ziegelmann, 2008).

Det er ikke funnet noen betydelig forskjell om intervensjonene for endring er korte eller langsiktige, men at personens motivasjon, følelse av mestring og personens miljø spiller en viktig rolle (Prescott & Børtveit, 2004). Mirjam Smedsrød (2012) konkluderer i sin mastergrad at vellykket livsstilsendring er en psykologisk empowermentprosess med vekt på prosesser omkring selvregulering, motivering, psykisk uhelse og det å danne nye vaner.

En studie på årsaker til overvekt, hvor overvektige, helsepersonell og politikere deltok viser resultatene store holdningsforskjeller mellom disse tre nevnte gruppene, og med dette belyser studien viktigheten av videre forskning på dette området for å finne gode løsninger på overvektsproblematikken (Greener et. al. 2010). Studier viser at livsstilsendring og overvekt er et omfattende tema hvor overvektige føler seg stigmatisert i møte med helsepersonell (Wigton & McGaghie, 2001).

En stor kvalitativ studie fra Australia intervjuet 76 personer med fedme om kosthold, vektnedgang og fysisk aktivitet. I denne studien konkluderes det med at deltakelse av eksisterende sosialt nettverk var vesentlig for at deltakerne skulle være i fysisk aktivitet (Thomas et. al. 2008). Når det kommer til omgangskrets viser også en studie fra Canada betydningen av ektefelle/samboer i forbindelse med måltidsituasjoner. Konklusjonen i denne studien var at ved endring i kostvaner bør sees som en felles aktivitet (Paisley et. al. 2008).

Det er gjort få kvalitative studier om hvordan livsstilsendring oppleves av deltakerne selv.

3.0 METODE

Kvalitativ metode anses som den beste metoden for å belyse problemstillingen i denne studien. Kjennetegn ved kvalitativ forskningsdesign er fleksibilitet, triangulering, helhetsforståelse, forskerinvolvering og at studier utvikler seg mens man går (Polit & Beck, 2010). Kvalitativ forskning søker opplevelser, erfaringer og beskrivelser, uttrykk som har blitt stadig viktigere i folkehelsefaget gjennom den nye loven om folkehelsearbeid iverksatt fra 01.01.2012. Studien følger en tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering og datastyrt analyse. Metoden har mange likhetstrekk med prosedyrene fra Giorgi og Grounded Theory og egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2013).

3.1 Design

Målet med denne kvalitative studien er å øke forståelse og kunnskap for opplevelsene og erfaringene til individer som har gått igjennom en livsstilsendring med vektreduksjon som mål. Ut i fra denne problemstillingen ble kvalitativ metode vurdert som best egnet. Studien følger Kirsti Malteruds fenomenologiske prinsipper bygget på Giorgi's psykologisk-fenomenologiske metode i kvalitativ forskning. Med fenomenologisk tilnærming søkes essensen i fenomenet, det søkes etter hvorfor informanten beskriver et spesifikt eksempel av fenomenet. Fenomenologi søker informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud, 2013). I denne studien søkes opplevelser, erfaringer og beskrivelser ved vektreduksjon og livsstilsendring. Fenomenologi er basert på en filosofisk tradisjon som er utviklet av Husserl og Heidegger. Det er en tilnærming for å utforske og forstå individers erfaringer i hverdagslivet. To hovedteorier innenfor fenomenologi er deskriptiv fenomenologi (Husserl) og hermeneutisk fenomenologi (Heidegger) (Polit & Beck, 2010). Denne studien følger en induktiv tilnærming (Malterud, 2013), om hvordan kunnskap og erfaringer fra den individuelle livsverden kan si noe om betydningen for opplevd effekt av livsstilsendring på samfunnsnivå. En induktiv tilnærming er datastyrt og sier, hvor vi går fra empiriske data og oppover for å finne svar (Malterud, 2013).

3.2 Utvalg

Utvalget er sammensatt ut i fra den målsettingen om at materialet best mulig skal belyse faktorer for en vellykket livsstilsendring, et strategisk utvalg (Malterud, 2013) er benyttet blant personer som både har lyktes og ikke lyktes med sin livsstilsendring gjennom et år på livsstilskurs i

spesialisthelsetjenesten. Utvalget er gjort ut i fra forskers kunnskap med bakgrunn innenfor folkehelse, teoretisk kunnskap og nyere forskning, samt samtale med biveileder Vegard Nilsen. Utvalget er gjort blant kursdeltakere gjennom spesialisthelsetjenesten i et fylke i Norge. 8 individuelle intervjuer er gjennomført. Alle informantene hadde utgangspunkt i sykelig overvekt, som er en kroppsmasseindeks (KMI) på >35 eller 40 med tilleggssykdommer. Gjennomsnittsalderen i denne studien var 37 år, hvor den yngste var 20 år og den eldste var 53 år. Det var 5 kvinner i utvalget.

Informantene ble sortert i to grupper, hvor den ene gruppen ble satt til ”lykkes”. For å havne i denne kategorien måtte fysisk aktivitetsnivå være bedret med 10% og informantene måtte ha en vektreduksjon på 5%. Dersom resultatene var dårligere enn dette havnet de i kategorien ”ikke-lykkes”. 3 av informantene havnet in under kategorien ”lykkes” som beskrevet i inklusjonskriteriene, 5 informanter havner inn under kategorien ”ikke-lykkes”. Variasjonsbredden i studien gir mulighet til å beskrive flere nyanser av samme fenomen (Malterud, 2013). I denne studien er variasjonsbredden først og fremst kjønn, alder, oppnådde resultater.

6 av informantene var i jobb, 3 av disse jobbet fullt. 2 informanter oppga at de hadde høyere utdanning, tre år eller mer. 5 informanter hadde fagbrev og en informant hadde videregående opplæring. 5 informanter var gift/samboere, og disse hadde mellom 1 og 3 barn. De enslige informantene i denne studien hadde ikke barn.

3.3 Datainnsamling

For innsamling av kvalitative data ble semistrukturerte intervjuer benyttet, dette er intervjuer med individuelle deltakere og hvor intervjuguiden ikke er detaljert, men som en veiledning med punkter med åpne spørsmål om kjernen av studien (Malterud, 2013). Intervjuguiden ble bygget opp på bakgrunn av teori på overvekt, livsstils- og atferdsendring, og på bakgrunn av diskusjon med biveileder Vegard Nilsens erfaringer om temaet. Intervjuguiden ble delvis revidert en gang med åpne oppfølgingsspørsmål på de områdene jeg synes jeg fikk for lite informasjon. Intervjuguiden omhandler opplevelser, erfaringer og beskrivelser om livsstilsendringen. Intervjuene ble gjennomført i informantenes hjemkommune, på skoler, kafeer og hjemme hos deltakerne.

Intervjuenes varighet var fra 35 minutter til 2 timer og 4 minutter. Alle intervjuene ble spilt inn på bånd, og ble oppbevart forsvarlig i forhold til etiske retningslinjer. Det er ikke benyttet navn i studien, informantene ble kodet med bokstaver fra A-H. Alle lydbånd ble slettet øyeblikkelig etter transkribering.

Inklusjonen ble gjort i tre omganger. Først i desember 2013, jeg møtte ved fellesmøte med informasjon om studien og viktigheten av denne, hvor informantene selv meldte interesse for deltakelse. Jeg hadde ingen personidentifiserende informasjon før informant selv samtykket for deltakelse. Her ble fire informanter rekruttert. I januar 2014 og andre omgang sendte kursansvarlig ved klinikken ut 20 brev, hvor informantene tok kontakt med studieansvarlig per tekstmelding. Her ble tre informanter rekruttert, men et av disse intervjuene ble gjennomført. I tredje og sisteomgang i februar 2014 ble de siste tre informantene rekruttert ved nytt oppmøte ved fellesmøte med informasjon om studien, lik første omgang. Et intervju ble ikke gjennomført grunnet sykdom.

3.4 Analyse

Analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Målet for analysen i kvalitativ metode er ikke bare å utvikle ny kunnskap, men en forutsetning er også intersubjektivitet i forskningsprosessen slik at forskningen skal kunne deles med andre. Gjennom analysen skal materialet lede fram til nye beskrivelser, nye begreper eller nye modeller (Malterud, 2013). Kvalitative forskningsmetoder er virkemidler for utvikling av kunnskap om kvaliteter, egenskaper og karaktertrekk ved ulike fenomener (Malterud, 2013).

Det er flere måter å analysere kvalitative data på. Tre kjente og godt brukte metoder i dette arbeidet er metodene til Colaizzi, Giorgi og Van Kaam (Polit & Beck, 2010). Analysen av data er gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering utviklet av Kirsti Malterud (benevnes videre som STC; systematic text condensation), bygget på fenomenologiske prinsipper og Giorgis psykologisk- fenomenologiske metode for analyse av kvalitative data (Malterud, 2012). STC er en deskriptiv og eksplorativ metode. Metoden representerer en pragmatisk tilnærming, samt at den er inspirert av fenomenologiske prinsipper. Prosedyren for analyse består av fire steg; Først det totale inntrykket, fra kaos til temaer. Dette inntrykket ble dannet både etter gjennomførte intervjuer og under og etter transkribering. Her begynte temaer om omgangskrets, holistiske holdninger,

personlige egenskaper, kunnskap blant annet å ta form. I det andre steget i analyseprosessen sorterte jeg meningsenhetene – fra temaer til koder. Noen temaer ble slått sammen, da de hadde samme mening. Det tredje steget i kondenseringen ble kodene formulert til mening. I det siste steget ble meningene syntetisert, fra kondensering til beskrivelser og konsepter (Malterud, 2013). Praktisk eksempel på analyseprosess er vedlagt.

For å klare å gjenfortelle informantenes meninger og erfaringer har det vært avgjørende å forholde seg til analysetrinnene i Malteruds (2013) modell om systematisk tekstkondensering. Utformingen av intervju spørsmålene har vært åpne spørsmål, hvor intervjuguiden har vært en veiledning fremfor en mal.

3.5 Etiske overveielser

Som forsker har jeg et overordnet ansvar for å beskytte enkeltpersoner og samfunn.

Forskeren har ansvar for å bevare informantenes anonymitet, samt sørge for god forskningsmessig kvalitet (Førde, 2013). Det er også et viktig forskningsetisk prinsipp at informantenes velferd skal gå foran forskningens interesser (Ot.prp. nr. 74, 2006-2007). I forkant av denne studien ble det søkt offentlig godkjenning, med godkjenning fra Fakultets Etiske Komite (FEK), godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det ble også sendt forespørsel til Regionalt Etisk Komite (REK) om studien var meldepliktig, med svar om at det ikke var behov om å søke REK, da den ikke berører informasjon om sensitive helseopplysninger.

Informasjonsskrivet tok utgangspunkt i ”Maler for informasjon og samtykke” utarbeidet av Regional etisk komite (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning, 2012). Dette skrivet ligger som vedlegg. Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om studiets bakgrunn, hensikt og hva studiet innebar for deltakeren. Etter deltakelse, som var et intervju på gjennomsnittlig en og en halv time, takket flere av deltakerne for at de fikk være med og noen nevnte at det å se tilbake og snakke om endringen ga ny motivasjon til å fortsette endringsarbeidet.

I tråd med Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Ot.prp. nr. 74, 2006-2007) er samtykket om deltakelse frivillig, informert og dokumentert. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning innebærer at forskningsdeltakere skal informeres om hva studien innebærer, studiens hensikt og mulige risikoer

ved å delta. Informasjon om studien er gitt ved et informasjonsmøte hvor studieansvarlig ikke hadde noen personidentifiserende opplysninger før informant selv takket ja til deltakelse. Før intervju ble informasjonen om studien gitt og deltakerne fikk mulighet til å stille spørsmål, deretter signerte alle informantene et samtykkeskjema som de fikk med seg en kopi av. I denne studien vil ikke deltakelse medføre større ulempe utover avsatt tid. Informantene er informert om at de når som helst og uten grunn kan trekke seg fra deltakelse i studien, og har mottatt kontaktinformasjon til studieansvarlig, samt veiledere.

Det ble gitt informasjon om at alle opplysninger ville behandles konfidensielt og at all informasjon som kan spores tilbake til informant ikke benyttes. Det ble også informert om at alle lydbånd ble låst med kode, samt at all personidentifiserende informasjon ble innelåst, kun tilgjengelig for forsker og veileder.

3.6 Egen forforståelse

Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen vi har ved prosjektets innledning (Malterud, 2013).

Min forforståelse vil være farget av min utdanning innen folkehelsearbeid og folkehelsevitenskap, samt min erfaring som personlig trener med hovedfokus på livsstilsendring og vektreduksjon. Med min erfaring med livsstilsendring har jeg sett at motivasjon, veiledning og verdiskapning er viktige faktorer for vellykket livsstilsendring.

3.7 Metodiske overveielser

Kvalitative metoder er viktig innenfor medisinsk og helsefaglig forskning og brukes i studier hvor vi ønsker å beskrive bakenforliggende årsaker; opplevelser, erfaringer, beskrivelser. Oftest kritiseres kvalitative metoder for å ikke være tilstrekkelig vitenskapelige, denne kritikken rettes mot at data ofte prioriterer flere dimensjoner fremfor et større antall enheter (Malterud, 2013).

I stedet for validitet, reliabilitet og generaliserbarhet bruker Kvale og Brinkmann (2010) begrepene credibility, dependability og transferability om kvalitet i kvalitativ forskning. Kvale og Brinkmann

(2010) skriver at disse begrepene er bedre egnet for intervjuforskning, da forståelsen av verifikasjonen begynner i den levende verden og inngår som deler av hverdagens sosiale samspill. Kapitlet om metodiske overveielser drøftes derfor etter disse begrepene.

3.7.1 Credibility

Credibility omhandler i hvor stor grad forskeren gir leseren nødvendig informasjon for å forstå materialet som presenteres.

Målet med denne studien har ikke vært å presentere en fullstendig sannhet, men å kunne gi en skildring av den virkeligheten som informantene befinner seg i gjennom oppfølging i et år på kurs for livsstilsendring. Reliabiliteten i kvalitativ forskning knyttes til at datamaterialet fra ulike informanter viser fellestrekk (Malterud, 2013). I denne studien dannet det seg to naturlige grupper (lykkes og ikke-lykkes) som viste tydelige fellestrekk.

Utvalgsstrategi har stor betydning for hvilke deltakere man får og dermed hvilke data man ender opp med. I denne studien møtte forsker opp ved kursdag i to omganger for å rekruttere frivillige deltakere. Forsker la her vekt på viktigheten av å se på opplevelser, erfaringer og beskrivelser av individer som har vært igjennom en omfattende livsstilsendring, samt at det ikke hadde noen betydning for deltakelse om individet hadde lyktes eller ikke lyktes. Det ble også sendt ut 20 brev fra spesialisthelsetjenesten med samme informasjon. 10 deltakere meldte seg frivillig, 8 intervjuer ble gjennomført. Fem til ti informanter vurderes som adekvat utvalgsstørrelse med fenomenologisk tilnærming i kvalitativ forskning fordi man da kan vektlegge variasjon, mengde og kvalitet (Hvalvik & Reiersen, 2011). Utvalgsprosessen foregikk fra november 2013 til mars 2014. Dette hadde en sammenheng med nødvendige etiske godkjenninger for å begynne, og tok lang tid på grunn av lite oppmøte ved første kursmøte og et svar på de tjue brev som ble sendt ut. En utfordring for å skaffe informanter kunne være at deltakerne opplevde usikkerhet ved å møte et ukjent menneske for å dele sine personlige tanker om et sårt tema, samt at gruppen har hatt faste veiledere å forholde seg til igjennom året som hadde gått. Flere av informantene som deltok nevnte i etterkant av intervjuet at de opplevde intervjusituasjon som motiverende og at det var godt å bli hørt på det de synes var viktig på området.

Utvalgsprosessen foregikk ved siden av transkribering. Dette medførte at forsker hadde mulighet til å revidere intervjuguide, noe som ble gjort en gang. Forsker hadde også mulighet til å høre seg selv på bånd og oppdage dersom noen spørsmål ble stilt ledende. Det å transkribere egne intervjuer kan medføre at forsker lærer om sin egen intervjustil, samt at man blir mer bevisst på hvordan en kan stille åpne og utdypende spørsmål for å få mer data. Det vektlegges også at forsker kan huske sosiale og emosjonelle aspekter ved intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2010).

3.7.2 Dependability

Dependability omhandler studiens troverdighet i forhold til datainnsamling og analyseprosess. Kvalitative metoder kritiseres for å være subjektive, ofte fordi fenomenene og sannheten som studeres er i stadig endring. Det er derfor viktig i kvalitativ forskning å være bevisst og tydelig når det kommer til egen forforståelse, samt valg av metode og at studien er gjennomiktig. I denne studien er min forforståelse farget av kunnskap på forskningsfelt gjennom mitt utdanningsforløp i folkehelsekunnskap og folkehelsevitenskap, samt erfaring fra arbeid med vektreduksjon og livsstilsendring som personlig trener. Den sosiale konstruksjonen vil påvirke den kunnskapen som skapes gjennom den kontakt og nærhet som oppstår mellom intervjuer og intervjuobjekt (Malterud, 2013). Jeg opplevde at informantene fant det positivt å dele sine opplevelser og erfaringer. Som et utgangspunkt tenker jeg at verdiskapning, mestring og oppfølging står sentralt for å lykkes med livsstilsendring.

Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av problemstilling og litteratursøk, samt på bakgrunn av samtale med biveileder Vegard Nilsen. Spørsmålene var åpne for å i minst mulig grad være ledende i intervjusituasjon. Ved oppfølgingsspørsmål er det benyttet spørsmål som ”kan du beskrive hva du legger i det”.

Når det gjelder studiens gyldighet må det tas hensyn til mulige feilkilder, i kvalitativ metode gjelder dette spesielt uærlig selvrapporing. Under intervjuene kan det være at intervjuobjektene ønsker å fremstå som at de har lykkes bedre enn de i virkeligheten har. En slik uærlig selvrapporing kan være bevisst eller ubevisst for å for eksempel skape et godt inntrykk eller virke mer motivert og engasjert i livsstilsendringen enn de faktiske forhold (Kvale & Brinkmann, 2010). Forsker selv kan også være en mulig feilkilde ved skjevtolkning av informantenes svar eller ved å være ledende i sine

spørsmål eller kroppsspråk i intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2010). For å prøve å unngå dette i størst mulig grad har jeg transkribert i etterkant av hvert intervju og sett på mine egne spørsmål og intervjuguide om noe kan være ledende. Den teoretiske referanserammen kan også være opphav til feilkilde ettersom dette dannet grunnlaget for problemstillingen og utformingen av intervjuguiden. Det kan derfor tenkes at det ved bruk av annen teori kunne gitt andre resultater. Dersom tidsrammen hadde tillatt det kunne det vært aktuelt å intervjuet flere informanter for større variasjonsbredde.

Spørsmål om relevans gjennom alle ledd i den kvalitative forskningsprosessen kan åpne for viktige overveielser angående gyldighet (Malterud, 2013). Problemstillingens relevans for forskningsfelt er betydelig, det er lite forskning på hvordan individer som har vært igjennom en omfattende livsstilsendring opplever, erfarer og beskriver sin endring, samt hva som gjør at de som lykkes mestrer dette og hva de som ikke lykkes mangler. Utvalget ble gjort på bakgrunn av problemstillingen og i samtale med veileder og biveileder. Alle informantene hadde deltatt et år på livsstilskurs gjennom spesialisthelsetjenesten, et kursopplegg som vurderes som godt teoretisk forankret.

Gjennomføring

Ferdigheter, kunnskap og personlig skjønn er nødvendig for å kunne utføre et intervju av god kvalitet, noe som krever omfattende trening (Kvale & Brinkmann, 2010). Forsker gjennomførte et prøveintervju i forkant av intervjuprosessen. På denne måten ble forsker kjent med sin egen evne til å stille spørsmål som ikke er lundene, men samtidig nøyaktige nok til å få svar på problemstilling. Forsker erfarte at dette gikk stadig bedre igjennom intervjuprosessen. Etter første intervju ble intervjuguide i liten grad revidert under spørsmålet om ”kan du beskrive det kurset du har deltatt på på sykehuset?” var et underspørsmål ”Hva opplever du som positivt/negativt?” her ble det lagt til ”Kan du beskrive hvorfor du opplever dette som positivt/negativt?”. Dette ble lagt til etter første intervju. Jeg opplevde i stor grad at intervjusituasjonen i stor grad var trygg, at informantene i stor grad åpnet seg holdt seg til temaet.

Ved informasjonsmøtene presenterte forsker seg for hele gruppen, presenterte studien og viktigheten av denne. Det ble informert om at studien var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke

seg fra studien uten å oppgi grunn, samt at deltakerne ville være fullstendig anonyme. For deltakeren som tok kontakt med forsker etter å ha mottatt brev forelå denne informasjonen med brevet.

Alle intervjuene ble startet med samme informasjon som gitt, da det var noe tid siden første møtet. Det ble også her gitt mulighet for å stille spørsmål. Alle deltakerne signerte samtykkeskjema og mottok eget informasjonsskriv med kontaktinformasjon til forsker, veileder og biveileder. Dette for at de skulle føle seg trygge til å ta kontakt ved eventuelle spørsmål eller for å trekke seg fra studien. Ingen deltakere trakk seg etter gjennomført intervju.

Intervjuene ble spilt inn på lydbånd, transkribert og slettet etter analyseprosessen. Dette kan anses som en utfordring da noen kan bli hemmet av at intervjuene ble spilt inn (Mansell og Benett, 2004). Dette ble vurdert som ikke betydelig i denne studien. Noen informanter kom på noe mer de ville si etter at lydbånd var slått av, denne informasjonen ble vurdert som ikke relevant og forsker valgte å ikke starte lydbånd igjen, men lyttet til informantene til de selv synes de var ferdige. Dette av hensyn til at informantene til en hver tid skal føle seg betydningsfulle for studien (Kvale & Brinkmann, 2010).

Intervjuene foregikk på ønsket sted for informantene, på grunn av bosted og lang reisevei. Intervjuene ble gjennomført ved skoler, kafeer og hjemmebesøk. Ved hjemmebesøk opplevde forsker at informantene lettere slappet av og i større grad var åpne. Tidspunktene for intervjuene ble foreslått av informantene, da forsker var bevisst på ulempene det kunne medføre å måtte bruke tid på intervjuene utenom kursdager.

Kvale og Brinkmann (2010) skriver at bruk av ord som ”ja”, nikk med hodet og taushet kan bidra som et viktig virkemiddel for at informant skal få tid til å reflektere og assosiere. Dette kom til nytte under intervjuene, og stillhet og ”mm” oppleves som de beste virkemidlene for å få fullstendige data.

Analyse

Systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Kirsti Malterud (2013). Ved å transkribere etter hvert intervju fikk forskeren et helhetsinntrykk av hvert intervju, for så å prøve å nullstille seg igjen til neste intervju. Dette gikk ganske greit da

rekrutteringsperioden og intervjuperioden hadde lang varighet, og det var god tid i mellom intervjuene. Da alle intervjuene var gjennomført ble blikket igjen løftet for å få et helhetsinntrykk. Etter dette steget ble meningsdannede enheter identifisert. All tekst ble så sortert. I tredje omgang ble alle meningsdannende enheter abstrahert. Betydningen ble så sammenfattet og presentert under resultater i kronologisk rekkefølge fra hovedfunn og så videre. Ved å bruke en slik trinnvis analyse i datainnsamlingen styrker vi muligheten for å skjerpe prosjektets fokus og problemstilling, dermed får man lettere totaloversikt og slipper et stort og uhandterlig materiale (Malterud, 2013). Etter at alle fire stegene i analyseprosessen var gjennomført gikk forsker tilbake til trinn en; fra helhetsinntrykk til temaer, og fant at eksisterende kategorien trengte justering. Resultatene viste ikke det inntrykk som forsker satt igjen med. Noen nye temaer ble dannet og noen temaer fikk nytt navn. Temaer som stod var hovedfunnene; omgangskrets, empowerment og personlige egenskaper. Forsker har gått frem og tilbake i analysetrinnene, noe Malterud (2013) beskriver som en styrke ved at den meningsbærende kraften i vår empiriske data styrkes.

3.7.3 Transferability

Transferability omhandler i hvilken grad funnene i studien kan overføres til andre kontekster.

I kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap sosialt, altså gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson (Kvale & Brinkmann, 2010). Denne studien tar ikke sikte på generalisere funn eller direkte overførbarhet, men å belyse den opplevde virkelighet blant utvalget om vektreduksjon gjennom livsstilsendring i kurs i spesialisthelsetjenesten. For å gjengi dette best mulig og bevare meningsinnholdet er resultatkapittel gjengitt med sitater fra informantene.

Sosiale relasjoner mellom intervjuer og informant har betydning for datamaterialet, og utfordringer ligger i å finne en balanse mellom trygt og fritt spillerom og samtidig opptre etisk forsvarlig (Kvale & Brinkmann, 2010). Det var ingen informanter i denne studien som ga uttrykk for å være utilpass med båndopptaker. Deltakernes kroppsspråk var avslappet og flere informanter takket for at de fikk delta. Jeg var opptatt av den interpersonelle situasjonen i forhold til et tema som kan oppleves sårt og vanskelig å snakke om, spesielt for de som ikke har lyktes, derfor informerte jeg igjen om studien før intervjuet begynte og svarte på eventuelle spørsmål. Intervjuene var selvkommuniserende (Kvale & Brinkmann, 2010), som intervjuer var det ikke behov for mange kommentarer og forklaringer

utover å holde informanten innenfor tema. Jeg tok ingen notater under intervjuene, og jeg lot intervjuguiden ligge på siden, da jeg husket det godt i hodet og kunne la informanten bevege seg mellom temaene slik som falt han/hun naturlig.

4.0 AVSLUTNING

Denne studien har belyst forskjellene mellom individer som har lyktes med sin livsstilsendring og de som ikke har lyktes etter et år med livsstilskurs gjennom spesialisthelsetjenesten. Omgangskrets, empowerment og opplevelse av sammenheng viser seg som betydelige faktorer for å lykkes. Samt arbeidssituasjon og utdanningslengde. Ved negativ sammenheng med disse faktorene hadde ikke deltakerne oppfylt kravene for å lykkes.

Funnene understreker viktigheten av en holistisk holdning til livsstilsendring og vektreduksjon. Funnene i denne studien viser at for individuelle tiltak for vektreduksjon bør det fokuseres på personlige egenskaper og hjemme-miljø, samt aktivt benytte empowerment i endringsarbeid. Kunne antallet som lyktes økt dersom det hadde vært et tilbud til de pårørende av deltakerne på kurs? På det strukturelle nivå bør fokus rettes mot sosioøkonomisk status og sosiale ulikheter i helse, samt mot det helsefremmende.

Empowerment og brukermedvirkning er blitt allmenne begreper spesielt i arbeid med helse, hvor det handler om å gi individer verktøy til å ta ansvar for eget liv. Dette kan bidra til at samfunnet impliserer at de som ikke klarer å håndtere sin vektneidgang på egenhånd er svake og skaper en stigmatisering av overvektige, det kan også skape implikasjoner for individet selv og med dette redusere mestringsfølelse. Funnene i denne studien viser også at de som hadde lyktes med sin livsstilsendring hadde et helsefremmende fokus, noe som kan implisere at psykiske aspekter og mental helse og trening bør ha et like stort fokus i livsstilsendring som treningsveiledning og kostholdsrad.

Videre forskning kan rettes mot bruk av empowerment og sense of coherence ved veiledet livsstilsendring, eventuelt videre forskning som kan gi oss kunnskap om effektive tiltak for vellykket og varig livsstilsendring.

Litteratur:

Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Helsedirektoratet 2012. Rapport IS-2170. Hentet 28. April 2014

Andersen S, Engeland A, Søgaard AJ, Nystad W, Graff-Iversen S, Holme I. Changes in physical activity behavior and the development of body mass index during the last 30 years in Norway. 2007; 18: 309-317

Antonovsky A. The sense of coherence. A historical and future perspective. *Isr J Med Sci* 1996; 32: 170 – 8.

Bartholomew LK. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach 2011: San Francisco, Jossey-Bass.

Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2006; 126:1036 – 8

Brumoen H. Svake og sterke øyeblikk. Bygging av mestringstillit. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2010;47: 1017-1019

De nasjonale etiske forskningskomiteene, 2010. Forskerrollen. Hentet 24. April 2014 fra: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>

Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2008). *I fellesskap for endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, TJ, & Heggen, K. (red.). (2007). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engeland A, Bjørge T, Selmer RM, Tverdal A. Height and body mass index in relation to total mortality. 2003; 14(3):293-9.

Folkehelseloven. Lov om folkehelsearbeid, med merknader til de enkelte bestemmelsene. Helsedirektoratet. 2011: IS-1939

Folkehelsemeldingen. Stortingsmelding nummer 34; God helse, felles ansvar. 2012-2013.

Førde R. Helsinkideklarasjonen. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Publisert: 11. februar 2009. Sist oppdatert 02. desember 2013. Hentet 5. Mai 2014 fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Glanz K, Rimer B, Visvanath K. Health Behavior and health education. Theory, research and practice. 4. Utg. 2008: San Francisco: Jossey- Bass.

Gradientutfordringen. Sosial og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. 2005: IS-1229.

Greener J, Douglas F, Teijlingen E. More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Social Science and Medicine*. 2010; 70: 1042-1049

Helse og omsorgsdepartementet. Verdens helseorganisasjon (2012). Lastet ned 14. Mai 2014 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126

Hofgaard TL. En ny definisjon av helse? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2010; 4:47 -362

Hvalvik S, Reiseron IÅ. Transition from self-supported to supports living. Older people's experiences. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2011; 6:7914

Hånes H, Graff-Iversen S, Meyer H. med bidrag fra HUNT (K. Midthjell). Overvekt og fedme hos voksne - faktaark med statistikk. Hentet 28. April fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=44465>

Hånes, H. Fakta og statistikk om fysisk aktivitet. *Folkehelseinstituttet* 2012: 73174

Klepp KI. Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet I befolkningen. Helsedirektoratet. Rapport: IS-2167

Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 2001: 2(4): 219-29.

Krokstad, S. Knudsen, M.S. Folkehelse I endring. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984-2008. NTNU; Levanger: 2011. 978-82-91725-08-6

Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2010. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lippke S, Ziegelmann JP. Theory-based health behavior change: Developing, testing and applying theories for evidence-based interventions. *Applied psychology: international Review* 2008, 57: 698-716

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Helse og omsorgsdepartementet. Prop. 90 L (2010–2011). Hentet 28. April 2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011/8/2.html?id=638551>

Magnusson M, Sørensen T, Olafsdottir S, Lehtinen-Jacks S, Holmen TL, Heitmann BL, Lissner L. Social inequalities in obesity persist in the Nordic region despite its relative affluence and equity. 2014; 3:1-15

Mansell I, Bennett G. The learning curve: the advantages and disadvantages in the use of focusgroups as a method of datacollection. *Nurse researcher*, 2004: 11 (4): 79-88.

Malterud K. Kvalitative metoder I medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift for den norske legeforening 2002; 122:2468-72

Malterud K. Kvalitative metoder I medisinsk forskning. En innføring. 3. Utg. 2013: Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen EW. *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. 2005: Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, 2. Opplag.

McGaghie WC, Wigton RS. The Effect of Obesity on Medical Students' Approach to Patients with Abdominal Pain. J Gen Intern Med. Apr 2001; 16(4): 262–265.

Nilsen V, Bakke PS, Gallefoss S. Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus- results from a randomized, control trial. 2011; 893:1471-2458

Nilsen, V. Bakke, P.S. Rhode, G. Gallefoss, F. Predictors of health-related quality of life changes after lifestyle intervention in persons at risk of type 2 diabetes mellitus. 2014; 10: 11136-014-0702-z

Nordic Nutrition Recommendations 2012 - Integrating nutrition and physical activity. Nord, Nordic Council of Ministers, Copenhagen. 2014:002

Næss, Ø. Rognerud, M. Strand, B.H. Sosiale ulikheter i helse. En faktarapport. Folkehelseinstituttet 2007; 978-82-8082-187-4

Paisley J, Beanlands H, Goldman J, Evers S, Chapell J. Dietary Change: What are the Roles of Significant Others? J Nutr Educ Beav. 2008;40:80-88

Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice. 2010. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. 2004. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. 2010; 100(6): 1019–1028.

Rasanathan K, Krech R. Action on social determinants of health is essential to tackle noncommunicable diseases. 2011; 89:775-776.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (2012). Hentet ut 22. april 2014.

Fra:

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672&_ikbLanguageCode=n

Smedsrød M. Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering. Nordic School of Public Health NHV 2012: 1104-5701

Strand BH, Næss Ø. Forskning på sosiale ulikhet i helse. 2006:
<http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/del-iii-1b.pdf>

Sundt, E. (1870): Om fattigforholdene i Christiania. Fra den ved Christiania Repræsentantskabs Beslutning af 9de September 1868 nedsatte Kommitte. Første hefte. Kristiania: J Chr Gundersens Bogtrykkeri.

Sørensen M, Graff-Iversen S. Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? Tidsskrift for den norske legeforening. 2001; 121:720 – 4

Sørensen M, Graff-Iversen S, Haugstvedt KT, Enger-Karlsen T, Narum IG, Nybø A. Empowerment I helsefremmende arbeid. Tidsskrift for den norske legeforening. 2002; 122:2379 – 83

Tell G, Klepp KI. Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål. Helsedirektoratet; 2013: IS-0373

Thideman, A. Treningsbransjen, 2012. Virke hovedorganisasjonen. PDF lastet ned 5. Mai 2014 fra:
<http://www.virke.no/talloganalyse/Documents/Treningssenterbransjen%202012.pdf>

Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Kausman R, Komesaroff P. They all work...when you stick to them: A qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. Nutrition Journal 2008; 7-34

Tverdal A. Forekomsten av fedme blant 40–42 åringer i to perioder. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121(6):667-72.

Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127(1):34-7.

Vaage OF. Mest mosjon og idrett blant de med høy utdanning. Samfunnsspeilet 2004/5. Hentet fra
<http://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/mest-mosjon-og-idrett-blant-de-med-hoy-inntekt-og-utdanning>

Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. Tidsskrift for den norske legeforening. 2004; 124:65-6

WHO. (1986) Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. 17–21 November, World Health Organization, Ottawa, Geneva, Canada.

Wold B, Samdal O. Psykologiens rolle I helsefremmende arbeid. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2005; 42: 897-902

Yilmaz J, Povey L, Dalglish J. Adopting a psychological approach to obesity. Nursing standard 2011 Jan 26-Feb 1;25(21):42-6.

Artikkel

Antall ord: 4915 (uten litteraturhenvisninger)

Link til vitenskapelig tidsskrift: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/index>

Tittel: "Opplevelse av vektreduksjon gjennom livsstilsendring i spesialisthelsetjenesten"

Kine Rasmussen

Bordalsbakken 21, 4639 Kristiansand S

Veileder

Gudrun E. Rhode

gudrun.e.rohde@uia.no

Biveileder

Vegard Nilsen

Vegard.nilsen@sogne.kommune.no

”Det er nå toget går. Og jeg hoppet på, og jeg har liksom ikke turt å hoppe av”: En kvalitativ studie om opplevd effekt av vektreduksjon gjennom livsstilsendring.

Sammendrag

Bakgrunn: Ikke-smittsomme, kroniske sykdommer er en vesentlig utfordring både på individ- og samfunnsnivå, samt et viktig helsepolitisk satsingsområde for å bedre folkehelsen.

Hensikt og problemstilling: Belyse den opplevde effekten av livsstilsendring gjennom et år på livsstilskurs gjennom spesialisthelsetjenesten. Målet var å se på hvilke faktorer som kan føre til vellykket livsstilsendring.

Metode: En kvalitativ studie med åtte informanter som deltok i individuelle semistrukturerte intervjuer, fem kvinner i alderen fra 20-53 år. Analysen ble gjennomført med systematisk tekstkondensering.

Resultater: Informantene som hadde lyktes med sin livsstilsendring beskrev en nær omgangskrets som deltok i livsstilsendringen, en høyere utdanning og var i mindre grad sykemeldte og uføretrygdede enn de som ikke lyktes. Resultatene viste at omgangskrets, personlige egenskaper og opplevd sammenheng var viktige faktorer for vellykket livsstilsendring.

Konklusjon. Empowerment, sense of coherence og en støttende og deltakende omgangskrets vises som nødvendige faktorer for vellykket livsstilsendring.

Nøkkelord: Atferdsendring. Livsstilsendring. Overvekt. Vektreduksjon. Empowerment. Sense of Coherence.

INNLEDNING

Overvekt og fedme kalles nå en epidemi, epidemi brukes om alle typer sykdommer og årsaker til dødsfall (helsetilstanden i Norge, 2010). Mens det tidligere var infeksjonssykdommer som tok flest menneskeliv, er de vanligste dødsfall i dag knyttet til livsstil. Kroniske, ikke-smittsomme sykdommer er blitt den dominerende dødsårsaken i befolkningen, en utvikling som forventes å fortsette (Prescott & Børtveit, 2004).

Begrepet ”Helse i alt vi gjør” (Health in All Policies) er en del av en internasjonal utvikling innen politikktutforming utviklet for å møte vår tids helseutfordringer. Det har skjedd en endring i folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv der innsats ble rettet mot forebygging av konkrete sykdommer, til et påvirkningsperspektiv som retter oppmerksomheten mot faktorer som påvirker helsen. Et påvirkningsperspektiv gir et bedre grunnlag for å påvirke bakenforliggende faktorer som har betydning for helse og fordelingen av helsen i befolkningen (Lov om folkehelsearbeid, 2010-2011).

Det er et sterkt nasjonalt og internasjonalt fokus på en ny og aktiv pasientrolle, hvor pasientene tar større ansvar for egen helse (Folkehelsemeldingen; St.meld.nr. 34). Empowerment er et begrep som har blitt populært innenfor folkehelse og mye brukt i det politiske folkehelsearbeidet. Begrepet er vanskelig å oversette til Norsk, men innebærer å gi individer mulighet til å ta ansvar for egen helse ved at de er mer aktive og tar mer kontroll. Innenfor empowermentbegrepet står mestringsforventning, opplevd kompetanse og sosial støtte sentralt (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

I Norge har 20% av den voksne befolkningen en BMI på over 25. Dette tilsvarer en dobling av antall overvektige de siste 20 årene (Nasjonale faglige retningslinjer, 2011). Livsstilssykdommer er et viktig helsepolitisk satsingsområde, hvor det arbeides med en helsepolitisk holdningsendring i forhold til fedmeepidemien – fokuset skal flyttes fra skam til mestring (Nasjonale faglige retningslinjer, 2011). Både undervektige og personer med fedme har økt dødelighet i forhold til normalvektige og de som er moderat overvektige. Overvekt (BMI 25-30) er ingen sykdom i seg selv,

men overvekt og fedme kan skape alvorlige problemer for helse, trivsel og livskvalitet (Engeland, M. Fl. 2003).

Prescott og Børtveit (2004) skriver at overvekt betraktes som en progredierende, kronisk tilstand preget av mislykkede endringsforsøk og gjentatte tilbakefall. De konkluderer med at både lange og korte intervensjoner kan ha effekt på livsstilsatferd, men at motivasjon, besluttsomhet og mestringsevne er viktige determinanter, samt at endringsarbeidet må tilpasses den individuelle nivå.

Studier viser at intervensjoner basert på teori og teoretiske modeller for atferdsendring har en større effekt enn intervensjoner som ikke har en slik tilnærming. Hvorvidt disse endringene er varige er det få studier som viser (Lippke & Ziegelmann, 2008). Det er ikke funnet noen betydelig forskjell om intervensjonene er korte eller langsiktige, men at personens motivasjon, følelse av mestring og personens miljø spiller en viktig rolle (Prescott & Børtveit, 2004). Empowerment er et begrep innenfor folkehelse som omfatter både individuelle og strukturelle forhold for å bedre helsen i befolkningen (folkehelseloven, 2011), hvor fokuset er å sette folk i stand til å mestre egen livssituasjon. Antonovsky (1996) skriver om det sykdomsforebyggende fokus og om hvordan ulike individer har ulik grunnholdning for å takle utfordringer i livet. Antonovsky skriver at personer som opplever en sterk psykososial funksjon opplever seg selv som mindre syke (Antonovsky, 1996).

Nye studier viser at over 70% av helsearbeidere har fordommer rundt fedme. Videre viser studier at mennesker med fedme og overvekt stigmatiseres i større grad enn homofile og rasediskriminerte i møte med helsepersonell (Puhl, 2010). I artikkelen kommer det frem at overvektige oppfattes som late og uærlige, og at de har liten kontroll og ikke følger den behandlingen som de får (Puhl, 2010).

Denne studien var basert videre på Nilsens et.al. (2011) sin studie om effekt av livsstilsintervensjon for personer i risikozonen for å utvikle type 2 diabetes mellitus. Bakgrunnen i denne studien tar utgangspunkt i livsstilsendring som eneste viktigste tiltak for å forebygge diabetes type 2. Målet med studien var å kartlegge effekten av en intervensjon for livsstilsendring med lav intensitet. Studien foregikk gjennom spesialisthelsetjenesten. Konklusjonen i denne studien bekreftet bakgrunnen om at mindre kliniske tiltak kan føre til viktige endringer i livsstil for personer i risiko for diabetes type 2. Endringen førte også til økt helserelatert livskvalitet (Nilsen et. al. 2011, Nilsen et.al. 2014).

Hensikten med denne studien er å belyse ved hjelp av kvalitativ metode hvordan deltakere ved livsstilskurs opplever, erfarer og beskriver sin endring etter livsstilskurs, både hos deltakere som har lyktes og ikke lyktes med sin atferdsendring.

METODE

Det ble gjennomført en kvalitativ studie basert på semistrukturerte, individuelle intervjuer (Malterud, 2013) av deltakerne i intervensjonsprogrammet.

Utvalg

Åtte individuelle semistrukturerte intervjuer er gjennomført. Alle informantene er rekruttert fra spesialisthelsetjenesten med sykkelig overvekt som utgangspunkt. Den yngste var 20 år og den eldste var 53 år. Fem av disse var kvinner. Tre informanter var i kategorien ”lykkes” hvor fysisk aktivtetsnivå måtte være bedret med 10% og informanten måtte ha en vektreduksjon på 5% (Nilsen et.al. 2011). Dårligere resultater ble plassert i kategorien ”ikke-lykkes”. Alle hadde gjennomført første år og den tette oppfølgingen av livsstilskurset i løpet av 10-18 måneder før datainnsamling. Eksklusjonskriteriene var de som ikke behersket norsk, gjennomgått slankeoperasjon, alvorlig psykisk sykdom og personer under 18 år.

Datainnsamling

Semistrukturert intervju er benyttet i denne studien (varighet var fra 35 minutter til 2 timer og 4 minutter) for innsamling av data, fra november 2013 til februar 2014. Intervjuspørsmålene omfattet opplevelser, erfaringer og beskrivelser hos individet gjennom livsstilsendring, og omfattet fysiske, psykiske og sosiale faktorer knyttet til livsstilsrelatert atferdsendring. Deltakerne ble stilt åpne spørsmål som for eksempel ”kan du beskrive det øyeblikket du skjønnte at du måtte endre livsstil?” og ”hvilke erfaringer har du gjort deg gjennom kurset?”.

Analyse

Analysen av data er gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering som er utviklet av Kirsti Malterud (benevnes videre som STC; systematic text condensation), bygget på fenomenologiske prinsipper og Giorgis psykologisk- fenomenologiske metode for analyse av

kvalitative data (Malterud, 2013). Prosedyren for analyse består av fire steg; 1) Totalt inntrykk – fra kaos til temaer. 2) identifisere og sortere meningsenheter – fra temaer til koder. 3) kondensering – fra kode til mening. 4) Syntetisering – fra kondensering til beskrivelser og konsepter (Malterud, 2012).

RESULTATER

I intervjuene utmerket personlige egenskaper og mellommenneskelige faktorer seg for hvorvidt en person har lyktes med sin livsstilsendring eller ikke. Det dannes et tydelig skille mellom gruppene. Temaer som utkrystalliserte seg var omgangskrets, sosioøkonomisk status, opplevd kontroll over eget liv, å se seg selv, holistisk helsesyn, samt forståelse og tilegnelse av ny kunnskap.

Omgangskrets

Det er et tydelig skille når det gjelder opplevelse av støtte fra familie og omgangskrets mellom de to gruppene. Informantene som, i følge inkluderingskriteriene, hadde lyktes med sin livsstilsendring fokuserte på endring i hjemmet, gruppen som lyktes snakket i større grad om en nær omgangskrets å støtte seg på, samt ektefelle/samboer som gjennomførte endringen sammen med dem. Blant alle som hadde lyktes var den nærmeste omgangskrets viktig for å opprettholde nye vaner, mens den perifere omgangskrets opplevdes som en ytre motivasjon i form av positive tilbakemeldinger. Felles for alle informantene som ikke hadde lyktes med sin endring var en liten omgangskrets eller opplevelse av få å støtte seg på, noen snakket også om en omgangskrets som ikke tilpasset seg endringene, og at det førte til at familien levde to liv. En informant sa også tydelig at hun opplevde misunnelse i vennegjengen, og at livsstilsendringen med dette ble stilt i et negativt lys.

”jeg er jo litt heldig som har ei kone som gjerne hiver seg med på dette hun også.. sånn at vi liksom ikke må lage to forskjellige middager og måltider og.. så det synes jeg er veldig bra da. Så vi var nøye på det når vi var rundt på besøk, vi takket jo nei til både det ene og det andre og de fikk jo litt sjokk våre venner.. ”

Blant de som ikke hadde lyktes med sin livsstilsendring opplevdes kursgruppen som den støttende omgangskretsen, og var i stor grad en ytre motivasjon for endring. Omgangskretsen beskrives som en støtte og en motivasjon som forsvant i det oppfølgingen gjennom kursdager blir sjeldnere og deltakerne i større grad skal klare seg selv. De som ikke hadde lyktes følte seg alene om endring. De opplevde heller ikke den indre motivasjonen for å gjennomføre endringsarbeidet.

Hos gruppen som lykkes var det omgangskretsen som ga trygghet og bekreftelse på at riktige valg ble tatt. Omgangskretsen ble omtalt som en ytre motivasjon i form av tilbakemeldinger og oppbakking, samt en indre motivasjon ved at en bedret familiesituasjon, å være tilstede for barn blant annet. En trygghet som samtlige av de som ikke lykkes beskriver som et savn. Blant gruppen som ikke lykkes opplevdes det som vanskelig å stole på sine egne ressurser, samt sin omgangskrets, at de hadde behov for hjelp fra personer med fagkunnskap. Flere informanter i gruppen ikke-lykkes snakket om en usikkerhet og at det var vanskelig å få orden i alle rådene for kosthold, helse og fysisk aktivitet.

”Det er noe med det der at når du er liten, så har du mamma og så vet mamma alt liksom.. ikke sant.. og når du blir voksen, så er du mamma selv og da skal du vite alt.. og det.. det... gjør man jo ikke. Så det er vel det der at man skulle ønske at man hadde den der lille hånda på ryggen som kunne bekrefte det at du... altså.. jeg passer på jeg liksom.. ikke sant.. ja, det lille klypet i øra eller at noen kan ta deg i mot hvis du faller.. Det der å føle at du har en trygghet på at de valgene du tar er gode, på en måte.”

De som ikke hadde lykkes sa at de ikke involverte familien i livsstilsendringen, men lot de fortsette å spise slik som familien tidligere hadde gjort og endret sin egen mat. De opplevde at samboer/ektefelle ønsket å trekke dem tilbake til deres tidligere liv og klarte ikke å løsrive seg fra gamle vaner til fordel for ny livsstil.

Utdanning og arbeid

Utdanning og arbeidssituasjon utgjorde et skille mellom gruppene lykkes og ikke- lykkes. De som ikke hadde lykkes opplevde en større grad av sykdom og kunne oftere fortelle at de var sykemeldte eller uføretrygdede. Blant de som ikke lykkes opplevde de at det å endre livsstils kombinert med jobb og familieliv var for stor belastning.

”og det er jo rart da at man må sykemelde seg for å gå på et livsstilskurs når andre ser ut til å klare å kombinere det så greit...”

I kategorien ”lykkes” har informantene lengre utdanning enn i kategorien ”ikke-lykkes”.

Det var ingen forskjell mellom gruppene for antall barn, men de som hadde lyktes i følge inklusjonskriteriene opplever en knyttet familie og at livsstilsendringen gjelder hele familien, de står ikke alene.

Opplevelse av kontroll

Informantene som hadde lyktes med sin livsstilsendring ga uttrykk for at de følte at de kunne styre sin verden, mens de som ikke hadde lyktes følte at de måtte tilpasse seg verden. Her ble det mange unnskyldninger og hindre for å komme i gang. De som ikke hadde lyktes havnet fort i en offerrolle hvor de følte de måtte tilpasse seg den verden de levde i og ble sittende fast med de samme utfordringene. Felles for denne gruppe var at de følte et samfunnspress hvor alt skulle se fint ut utad. En informant beskrev følelsen av å aldri nå opp og følte at hun måtte være den perfekte mor, den perfekte kone, den perfekte datter, og søster, og venninne og at hennes behov alltid havnet bakers i køen. Dette var et tema som ofte gikk igjen i intervjuene blant de som ikke hadde lyktes. Dette var ikke et tema hos de som hadde lyktes.

”nei, det er jo det at en blir blind og en glemmer seg selv og. Ja.. sånn at.. jeg hadde jo veldig høyt fokus på meg selv veldig lenge, men så kommer du tilbake til hverdagen, og sakte men sikkert så glir du liksom tilbake, om ikke til det samme sporet så i hvertfall til et lignende spor. Hvor fokuset da er ungene og alle andre hele tida..”

Å se seg selv

” Det er ikke sånn at jeg tenker meg og overvektig.”

Begge gruppene beskrev en følelse av å være stigmatisert, følelsen av å ikke fortjene sin plass i samfunnet. De som hadde lyktes med sin livsstilsendring snakket om denne følelsen i fortid. Som overvektig ønsket de ikke noen oppmerksomhet. Videre beskriver en informant som har lyktes følelsen av å gå fra overvektig til normalvektig;

”bare få det der lille (blunker med øyet). Ehm.. og den får man jo ikke, og den ønsker man jo ikke heller, den oppmerksomheten, når man er så stor. For da skjems man sånn over kroppen og utseende sitt, så.. man tenker at man er til.. bry på en måte.. for andre fremmede mennesker.. i hvert fall følte jeg det da. Mens nå kan jeg liksom gå med hodet hevet og ta på meg noen fine klær og føle meg fin. Og på en måte kreve min plass. At ja, jeg har noe å gjøre her, som et individ, som et menneske da.. altså.. ja, og kunne få det blikket, men også å kunne ta i mot det blikket også. Jeg tenkte at dette var ikke bare for at han skulle være snill, men at han likte det han så.”

En opplevelse av å mangle verktøy til å kunne håndtere eget liv var et savn hos informantene som ikke hadde lyktes. Flere informanter snakket om at de egentlig burde klart å endre livsstil selv og snakket om fokuset, som er stadig viktigere i helsefaglig arbeid, om at man skal ta ansvar for egen helse. De som ikke hadde lyktes omtalte dette som umotiverende og erfarte det vanskelig å snakke med helsepersonell, hvor den første samtalen med fastlegen ble omtalt som en av de største barrierene for å begynne livsstilsendringen. Flere informanter opplevde det vanskelig å åpne seg på kurset de første gangene på grunn av møtene de tidligere har hatt med helsepersonell som mener at det bare er å spise mindre og bevege seg mer. De som hadde lyktes opplevde en respekt på kurset, hvor overvektsproblematikken ble tatt på alvor.

Både hos gruppen som har lyktes og gruppen som ikke har lyktes snakket de om å se ut som en person og føle seg som en annen. Overvekten ble brukt som en slags beskyttelse, et skall eller et gjemmed. Alle informantene beskrev en følelse av å ikke kjenne igjen seg selv, eller beskrev sin overvekt som noe som ikke var en del av dem.

”Føles som jeg sitter i en sånn sumodrakt som de leier ut til sånn utdrikningslag og sånt.. og så går jeg rundt i det.. jeg skal virkelig brainstorme meg selv for å klare å gå ut blant folk”.

Flere nevnte at de gjennom kurset hadde fått opp øynene for hvordan de virkelig ser ut og får dette bekreftet i hverdagen. En informant fortalte at han hadde kommet på informasjonsmøte før kursstart og gikk ut igjen og fortalte sin kone at han ikke hadde noe der å gjøre, han var ikke så overvektig at det var nødvendig, hvor kona hadde svart at jo, du er en av de største her. Gjennom kurset opplevde flere deltakere å bli vekket til virkeligheten, om utseende og helsetilstanden sin.

”vi flirer mye av det jeg og han jeg trener sammen med.. for vi møter jo på ymse i heia.. hehe.. typisk så ser vi.. hun var fin, nei.. og det er henne.. oi.. og så ser vi oss i speilet og oisann.. vi har veldig mye moro med det”.

Blant mange i gruppen som ikke hadde lyktes så fortsatt mange ikke hvor store de var, og snakket i liten grad om helseutfordringer ved sin størrelse. De som hadde lyktes var mest opptatt av å snakke om hvordan hverdagen hadde endret seg, små ting som var veldig betydelige som de ikke kunne gjøre før.

De som hadde lykkes beskrev en trygghet som de som ikke hadde lykkes manglet. De som hadde lykkes hadde ofte flere kilo de ønsket å ta av, men var rolige og visste at om de bare fortsatte med livsstilen som de hadde begynt på, så kom resultatet etter hvert. De som hadde lykkes var tydeligere i svarene sine, de var mer bestemt og reflekterte over holdninger i forhold til atferd. Samtidig som de viste en indre ro med et kroppsspråk som var tilfreds. De som hadde lykkes satt bakover lent i stolen under intervjuet og de kikket sjeldnere vekk for å svare. De som hadde lykkes med sin livsstilsendring var opptatt av å dele opplevelser og erfaringer, mens de som ikke hadde lykkes var mer opptatt av å svare riktig og spurte ofte om de svarte riktig på spørsmålet.

Holisme og dualisme

De som hadde lykkes opplevde kroppen som en del av seg selv, og snakket om at ved å ta vare på seg selv kan man lettere ta vare på andre. Noe som i stor grad ble beskrevet som indre motivasjon for mange; å ta vare på barn og familie. De som ikke hadde lykkes med sin livsstilsendring snakket om sin kropp i tredjeperson, som om den ikke var en del av "jeget". "Jeg" var den tenkende delen, den delen som mottok informasjon og kunnskap. Mens kroppen ble beskrevet som en ting som måtte behandles. Kroppen skulle gjøre som hodet sa, og den ble ofte omtalt som ulydig.

"den hadde ikke gått ned i vekt ved oppfølgingen"

En informant som ikke hadde lykkes i følge inkluderingskriteriene hadde jobbet hele året med tanker og følelser i forhold til mat og følte seg sterkere for å endre sin atferd enn noen gang. Vekten stod på det samme, men informanten beskrev at ved å endre sine tanker og følelser rundt mat og måltidsituasjoner ville vekten følge etter på sikt. Dette er en tankegang som de som lykkes hadde, og denne informanten var den eneste i gruppen "ikke-lykkes" som snakket holistisk om vektreduksjonen.

Å forstå og anvende kunnskap

Et annet skille mellom de to gruppene omhandlet kunnskap og oppfattelse av verktøyene gitt på kurset, at livsstilsendring ikke skal være en diett, men en endring for livet. Mens de som hadde lykkes hadde en indre ro og lett snakket om utfordringene som en del av endringen, mens ikke lykkes

stresset, slet med dårlig samvittighet, straffet seg selv og de sa at endringen måtte skje på et annet tidspunkt i livet. De som hadde lykket snakket om året på kurs som lærerikt, de hadde et ønske om å komme videre og søkte i stor grad etter ytterligere kunnskap på egenhånd. De hadde et ønske om selvrealisering og var læringsorienterte.

”på jobb fikk jeg hev-senk pult, slik at jeg kunne stå i stedet for å sitte.. såå.. for eksempel.. før så tok jeg jo å samlet opp kopier.. eller utskrifter og så gikk jeg en gang.. men nå går jeg heller flere ganger..”.

De som lykket hadde lettere for å skille mellom unnskyldninger og utfordringer, og gikk helt inn for endringen. Mens ikke-lykket fant ikke system i informasjonen gitt på kurset, de opplevde livsstilsendring som en straff for å ha forårsaket sin høye vekt. Gruppen ikke-lykket inntok en offerrolle hvor de var offer for familiesituasjon og samfunn og opplevde det som vanskelig å begynne livsstilsendringen og gå helt inn for det. En informant som hadde lykket forteller;

”Det er nå toget går, sa de, det er nå dere må hoppe på. Nå går toget. Og jeg hoppet på, og jeg har liksom ikke turt å hoppe av. Ehm.. og det er akkurat som at det er ikke lov å jukse på dette kurset, det er akkurat som.. altså.. som at du kjører ikke på rødt lys.. du kjører i 40 km når det er 40 km sone og det er barn rundt om kring. Du.. du setter deg ikke og speeder av garde da på egen hånd, så du overholder de kjørereglene da som de har satt på en måte. Så det var liksom... jeg gikk helt inn i det på en måte”

De som hadde lykket hadde i stor grad endret tankemønster og lykket med å skille mellom diett og livsstilsendring. Blant de som ikke hadde lykket forteller flere hvordan de satte i gang med diett før veiing på kursdager for å ”lykket” på vekten.

”Men så tok jeg skikkelig tak i meg selv, så i løpet av sommeren så gikk jeg jo ned 15 kilo, men da gikk jeg jo igjen på sånn ekstremkost, ikke sant. Og det som skjer er jo det at, det går til et visst punkt og så går det ikke lenger.. ikke sant. så da la jeg på meg ti kilo igjen”.

De som hadde lykket snakket om livsstilsendring som en konstant bevisstgjøring av egne handlinger, samt at det er en atferd som ikke har noen sluttdato. De som ikke hadde lykket søkte etter en opplevelsen av harmoni, hvor alt skulle flyte og utfordringer ikke eksisterte. De som ikke hadde lykket ventet på at de skal få nok kunnskap og kontroll slik at de ikke opplevde fristelser, hvor de ikke måtte være bevisste og hvor ingen utfordringer var for store.

”det som er formålet med det kurset som jeg skjønnte er jo det at en skal endre tankegangen sånn at, eh, det man gjør naturlig nå, det som ikke er bra for deg.. det skal.. du skal snu det sånn at du tar de sunne valgene uten at du tenker på det.”

DISKUSJON

Funnene i denne studien diskuteres i lys av teori. Studien viser betydningen av omgangskretsen, samtlige som lykkes har en støttende og deltakende omgangskrets mens samtlige som ikke lykkes føler seg alene om endring. Utdanningsnivå og å være i jobb (sosioøkonomisk status) viste seg som betydelige faktorer. Personlige egenskaper hadde mye å si for hvorvidt informantene hadde lykkes med sin livsstilsendring eller ikke; opplevelse av kontroll over eget liv og livssituasjon, å ha et realistisk bilde av seg selv og sin helse. Det viste seg også at de som lykkes hadde et holistisk helsesyn med fokus på det helsefremmende (salutogenese). De som hadde lykkes hadde et avslappet kroppsspråk og snakket om at utfordringer alltid ville være til stede, men viste en følelse av mestring rundt dette. Denne roen og selvsikkerheten vistes ikke blant de som ikke hadde lykkes. De som ikke hadde lykkes hadde vanskelig med å frigjøre seg fra diett-tanker og så etter raske løsninger. De som hadde lykkes omtalte sin kropp som ”jeg”, mens de som ikke hadde lykkes omtalte sin kropp i tredjeperson. Med et helhetlig menneskesyn menes at menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon er en enhet (Strandberg et.al. 2007).

Forskning viser at mindre kliniske tiltak kan føre til betydelig endringer i livsstil for personer i risikozonen for type 2 diabetes mellitus, som er en økende utfordring på verdensbasis (Nilsen et.al. 2011). Sosioøkonomisk status vises også som en viktig faktor for utfall av livsstilsendring (Nilsen et. al. 2014). Likevel viser funnene i denne studien at opplevelse av en støttende og deltakende omgangskrets, følelse av mestring og sosioøkonomisk status er like viktige faktorer for å lykkes som et kurs for livsstilsendring.

Omgangskrets og sense of coherence

Omgangskretsen viser seg helt avgjørende for om informantene har lykkes med sin endring eller ikke. Alle informantene som oppfylte kravene for ”lykkes” snakker hovedsakelig om endring på hjemmebane hvor samboer/ektefelle og eventuell familie deltar på endringen. Mestringsfaktorer kan deles i tre, hvor den første faktoren handler om individets selvtillit og selvbilde, den andre faktoren

knyttet til familieklimaet hvor støtte og samhold står sentralt. Den tredje faktoren er det øvrige nettverket av venner og familie (Ekeland & Heggen, 2007).

Informantene som falt inn under kategorien lykkes i denne studien hadde en høy opplevelse av å kunne påvirke sin situasjon, de oppfattet i stor grad prinsippene i kurset og mestret det å benytte disse verktøyene i sin livsstil. Denne gruppen så også den nye livsstilen som overkommelig og et opplagt valg. Forskning viser at personer med sterk opplevd sammenheng (SOC) ser på seg selv som mindre syke, opplever mindre belastning samt opplevelse av en sterkere psykososial funksjon (Mendel et.al. 2001). Gode motstandsressurser er for eksempel god økonomi, sosiale nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egostyrke og religion. Den enkeltes ressurs vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet. Antonovsky kaller denne grunnholdningen sense of coherence (SOC) (Walseth & Malterud, 2004).

Empowerment

En vesentlig risikofaktor for utvikling av sykdom er opplevelsen av maktesløshet (Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Empowerment er et begrep ment som verktøy for å bedre folkehelsen både på individ og samfunnsnivå. Informantene i denne studien som ikke hadde lykkes med sin livsstilsendring opplevde bruken av empowerment som en ansvarsfraskrivelse fra samfunn og livsstilskurs, de opplevde at det ble forventet at de skulle ta ansvar for egen helse og utviklet med dette unnskyldninger fordi de ikke hadde tilegnet seg kompetansen til å delta og påvirke. Dette understreker betydningen av å møte individet på det nivå det befinner seg og Prescott og Børtveits (2004) teori om at personlige faktorer spiller en viktig rolle for endring av livsstilsrelatert atferd. De som hadde lykkes opplevde mestring, støtte fra nær omgangskrets, kurs og samfunn samt at de opplevde sin egen kompetanse som tilstrekkelig/god.

Utdanning og arbeid

I denne studien går et tydelig skille på utdanningsnivå og om personen har lykkes eller ikke lykkes. I dette utvalget vises grad av utdanning som en gradient; desto lengre utdanning informantene hadde desto lenger hadde informantene kommet i sin livsstilsendring både når det gjaldt vektreduksjon og bedret fysisk aktivitetsnivå. I denne studien hadde to av tre som lykkes høyere utdanning, mens blant de fem som ikke lykkes var fagbrev høyeste utdanning. Det var også store forskjeller i

sykemeldinger, deltidsarbeid og uføretrygd mellom gruppene. Det går fram av sykefraværstatistikken at grupper med høyest utdanning har lavest sykefravær (Røed & Fevang, 2007). Yrkesmessig belastning kan være helsemessig ugunstig, likevel kan det bidra til helseproblemer å stå utenfor arbeidslivet. Sammenlignet med yrkesaktive er helsetilstanden dårligere blant nesten alle grupper som står utenfor arbeidsmarkedet (Dahl, et. al. 2010, Nilsen et.al. 2014).

METODEDISKUSJON

Kvaliteten i studien avhenger av forskerens nøyaktighet (Malterud, 2013). Som forsker har jeg forsøkt å tydeliggjøre alle stegene i prosessen fra utvalg til analyse. Kvale og Brinkmann (2010) beskriver et kvalitativt forskningsintervjuet som et håndverk og som en metode for å produsere kunnskap gjennom en interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson.

Målet med studien var å se på opplevelser, erfaringer og beskrivelser ved vektreduksjon gjennom livsstilsendring. Studien er gjennomført med kvalitativ metode og analysert etter prinsippene i Kirsti Malteruds systematisk tekstkondensering. Valg av tema er foretatt i samarbeid med veileder, og kriteriene satt for ”lykkes” og ”ikke lykkes” er diskutert med biveileder Vegard Nilsen, disse kriteriene er også i samsvar med Nilsens et. al. (2011) studie om type 2 diabetes mellitus.

Intervjuguiden ble revidert i mindre grad etter første intervju med oppfølgingsspørsmål på et spørsmål. Samme intervjuguide ble benyttet i alle intervjuene uavhengig om informant hadde lykkes eller ikke lykkes med sin livsstilsendring. Intervjuguiden var semistrukturert og ble brukt til å holde informantene innenfor temaet. Med erfaring som personlig trener og med kunnskap gjennom min utdanning innenfor folkehelse har jeg stadig måtte påpeke forskjellene mellom intervju ment for forskning eller intervju ment som veiledning for livsstilsendring. Jeg opplever at jeg tilegnet meg erfaring underveis i intervjuprosessen, og at intervjuene stadig ble rikere på data. Informantene har frivillig ønsket å delta og flere takket i etterkant og synes det var fint å få snakke om sine opplevelser.

Studien er gjennomført i spesialisthelsetjenesten. Alle informantene har deltatt på samme kurstilbud. Åtte informanter deltok, noe som anses som et tilstrekkelig utvalg i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2010). Ved flere informanter kunne flere nyanser kommet til syne. Temaet i denne

studien er et sår tema preget av gjentatte tilbakefall og følelse av stigmatisering i samfunnet, de fleste informantene forteller at de fant det vanskelig å ta overvektsproblematikken opp med sine fastleger, dette kan ha påvirket rekrutteringsprosessen og antall deltakere. Data er presentert med sitater for å presisere hvordan teorien har kommet frem i datamaterialet. Lydopptakene var av god kvalitet.

KONKLUSJON

Å være i stand til å ta ansvar for sin egen helse og en opplevelse av tilhørighet og sammenheng vises som nødvendige faktorer for vellykket livsstilsendring.

Studiens relevans og betydning for praksis

I denne studien har informantene gitt oss en innsikt i faktorer som har bidratt til at de har lyktes med sin livsstilsendring, samt dannet et bilde av utfordringer i forhold til å lykkes. Kanskje kan disse funnene bidra til videre forskning for å utvikle gode intervensjoner for vektreduksjon livsstilsendring.

Litteratur

Antonovsky A. The sense of coherence. A historical and future perspective. 1996; 32: 170 – 8.

Dahl, E. Van der Wel, K.A. Harsløf, I. (2010). ”*Arbeid, helse og sosial ulikhet*”. Høgskolen i Oslo. Helsedirektoratet. Hentet 24.april 2014 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf>

Ekeland, TJ, & Heggen, K. (red.). (2007). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engeland A, Bjørge T, Selmer RM, Tverdal A. Height and body mass index in relation to total mortality. 2003;14(3):293-9.

Folkehelsemeldingen. Stortingsmelding nummer 34; God helse, felles ansvar. 2012-2013.

Folkehelse rapport 2010. Helsetilstand i Norge. Rapport 2010:2 Nasjonalt folkehelseinstitutt. ISBN: 978-82-8082-411-0

Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2010. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lippke S, Ziegelmann JP. Theory-based health behavior change: Developing, testing and applying theories for evidence-based interventions. *Applied psychology: international Review* 2008, 57: 698-716

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), med merknader til de enkelte bestemmelsene. Opptrykk til fylkesvise samlinger høsten. 2011: IS-1939

Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3. Utg. 2013: Oslo: Universitetsforlaget.

Mendel et.al. 2001. Mendel B, Bergensis J, Langius A. *The sense of coherence: a tool for evaluating patients with peripheral vestibular disorders*. *Clin Otolaryngol* 2001; 26: 19 – 24.

Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne
Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. 2011: IS-1735

Nilsen, V. Bakke, P.S. Gallefoss, F. Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus - results from a randomised, controlled trial. 2011; 893:1471-2458

Nilsen, V. Bakke, P.S. Rhode, G. Gallefoss, F. Predictors of health-related quality of life changes after lifestyle intervention in persons at risk of type 2 diabetes mellitus. 2014; 10: 11136-014-0702-z

Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. 2004. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. 2010; 100(6): 1019–1028.

Røed K., E Fevang. Organizational Change, Absenteeism and Welfare Dependency. Journal of Human Resources, 2007; 42: 156–193.

Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. 2007: 1471-2296-8-8

Sørensen M, Graff-Iversen S. Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? Tidsskrift for den norske legeforening. 2001; 121:720 – 4

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Helse og omsorgsdepartementet. Prop. 90 L (2010–2011). Hentet 28. April 2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011/8/2.html?id=638551>

Vigrestad T, Hellandshølen AM. Åpne samtaler i nettverksmøter. 2012: Oslo: Universitetsforlaget.

Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. Tidsskrift for den norske legeforening. 2004; 124:65-6

Vedlegg 1

Tabell 1

Praktisk eksempel på analyseprosess:

Meningsenhet	Sammenfattet meningsenhet	Tema
<p><i>”jeg er jo litt heldig som har ei kone som gjerne hiver seg med på dette hun også.. sånn at vi liksom ikke må lage to forskjellige middager og måltider og.. så det synes jeg er veldig bra da. Så vi var nøye på det når vi var rundt på besøk, vi takket jo nei til både det ene og det andre og de fikk jo litt sjokk våre venner..”</i></p>	<p>Jeg er heldig som har ei kone som er med på dette. Så vi slipper å lage to middager.</p>	<p>Støttende/deltakende omgangskrets</p>
<p><i>”nå begynner jo omgangskretsen å bli litt vant til det. Så om det settes brus på bordet, så tar jeg ikke det liksom og.. spør om jeg kan få noe vann til middagen eller et eller annet sånn... så det går egentlig fint.”</i></p>	<p>Omgangskretsen begynner å venne seg til endringene.</p>	<p>Støttende omgangskrets.</p>
<p><i>”jeg har en vennegjeng som er skeptiske til endring.. hehe.. i eh.. de liker å gå på byen hver fredag og lørdag og da spiser vi helst pizza og godteri på siden.. ehm.. og når jeg forteller at jeg endrer livsstil så tror de at jeg mener at jeg skal slanke meg og går da i forsvar fordi at kanskje de føler seg truffet noen av de og at de og kanskje burde ha gjort noe med det.”</i></p>	<p>Jeg har en vennegjeng som er skeptiske til endring, og kanskje føler seg truffet når jeg sier jeg skal endre min livsstil.</p>	<p>Ikke motiverende omgangskrets</p>

<p><i>”familien har jo vært veldig støttende.. ehm.. mannen min han har jo også en trang til godteri, og.. også.. fikk han jo dårlig samvittighet når han tok en sjokolade og jeg satt i sofaen og uff ja.. det skjønner jeg ikke hvordan du klarer og.. og noen ganger så sa han jo ingenting heller.. jeg tenkte.. så gikk det en sånn.. det gikk en faen i meg da. Nå pleier jeg ikke å banne men.. eh.. at da skal jeg i hvertfall klare det, når han vifter med denne sjokoladen”</i></p>	<p>Familien har vært støttende. Det var vanskelig når mannen min satt i sofaen og spiste godteri og jeg ikke kunne ha. Men da gikk det en faen i meg.</p>	<p>Omgangskrets som ytre motivasjon</p>
<p><i>”Vi har funnet mye støtte i hverandre og vi sutrer og vi piper og vi er positive og vi er negative. Vi kan gjerne skrive lange logger med pip, sutre, sutre og pip, men så er det alltid noen som kommer med en positiv ”jeg synes du er flink allikevel”. Og når du da har begynt å høre på den.. og gud og den gjør godt.”</i></p>	<p>Vi har funnet mye støtte i hverandre, og når noen sier at jeg synes du er flink likevel, så gjør det veldig godt.</p>	<p>Omgangskrets som ytre motivasjon</p>

Vedlegg 2

Tabell 2

Beskrivelse av studiegruppen

Informant	Kjønn	Alder
A	Dame	37
B	Mann	39
C	Dame	44
D	Dame	36
E	Mann	45
F	Mann	53
G	Dame	20
H	Dame	25

Vedlegg 3
Intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjonsspørsmål:

Kjønn

Alder

Utdanning

Yrke

Sivilstatus

Barn

P1 Under kurset

- Kan du beskrive det øyeblikket da du bestemte deg for å endre livsstil?
 - Tanker, følelser, sted, tid, situasjon..
- Kan du kort beskrive det kurset du har deltatt på på sykehuset?
 - Hvordan fikk du plass?
 - Hva opplever du som positivt/negativt?
- Hvilke erfaringer har du gjort deg gjennom kurset?
 - Er det noe du ville gjort annerledes dersom du kunne gjort det om igjen nå?
- Hva opplever du at har hatt størst betydning for din motivasjon gjennom kurset?
- Hva opplever du som den største barrieren for å endre livsstil?
- Kan du beskrive den livsstilen du har i dag?
- Hvordan opplever du din helsetilstand?
- Hvilke erfaringer har du med tidligere livsstilsendring/vektreduksjon?
 - Hvilke kurs/tiltak har du forsøkt tidligere?
 - Hvordan er det annerledes denne gangen?
- Kan du beskrive hvordan du opplever støtte fra din omgangskrets?
 - I hvilken grad har denne støtten hatt betydning for deg?
- Kan du beskrive det øyeblikket da du visste at dette kurset var noe du kunne gjennomføre/ at det var dette kurset som kunne være til hjelp for deg?

- Hvilke erfaringer er de viktigste du har gjort deg dette året?
- Hva opplever du at har vært avgjørende for din livsstilsendring?
- Kan du beskrive hvordan livsstilsendringen har vært psykisk?
 - Hvilke tanker har vært dominerende?
 - Hvordan har du motivert deg selv?
- Har du før/under eller etter kurset opplevd depresjon, angst eller annen form for psykiske plager?

P2 etter kurset

- Hvordan vil du beskrive dine resultater?
 - Hvordan vil du beskrive oppnådde resultater fremfor forventede resultater?
- Hva motiverer deg til å opprettholde din nye livsstil/atferdsendring?

Er det noe du ønsker å legge til som du ikke synes at mine spørsmål har dekket? Opplevelser, erfaring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

”opplevd effekt av vektreduksjon gjennom livsstilskurs”

Bakgrunn og hensikt

Jeg er student ved Universitetet i Agder og skriver en masteroppgave i folkehelsevitenskap. Dette masterprogrammet fokuserer på helseatferd og endring av helseatferd med utgangspunkt i fagområdene ernæring, fysisk aktivitet og helsefag. I min masteroppgave vil jeg gjennomføre en studie som fokuserer på utfordringer relatert til livsstil, levekår og demografiske endringer i befolkningen. Dette er utfordringer som krever økt spesifikk faglig kompetanse, økt tverrfaglig kompetanse og evne til samarbeid mellom ulike profesjoner, helsepersonell, brukere og ulike etater.

Tidligere forskning viser at kroniske, ikke smittsomme sykdommer (livsstilssykdommer) er blitt den dominerende utfordringen for helsesituasjonen i befolkningen. Denne utviklingen ser ut til å fortsette. Livsstil er i dag et viktig helsepolitisk satsingsområde med behov for mer kunnskap. Vi har lite kunnskap om hvordan livsstilsendring oppleves av individene selv, og hvilke faktorer som er avgjørende for en vellykket livsstilsendring. Målet med denne studien er å belyse hvordan livsstilskurs oppleves av deltakerne selv. Hva opplever, erfarer og beskriver deltakerne at har hatt betydning for deres atferdsendring.

Hva opplever du har hatt betydning for deg? Uansett om du har oppnådd ditt mål eller ikke er du like viktig for denne studien. I den forbindelse spør jeg om du kunne tenke deg å delta

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du deltar på et individuelt intervju med varighet på 1- 1 ½ time. Intervjuet kan foregå på sykehuset, hvor du har gjennomført livsstilskurset eller et annet sted som er lettere tilgjengelig for deg. Dette intervjuet spilles inn på lydbånd, som oppbevares forsvarlig i forhold til etiske retningslinjer, og uten tilgang for andre uten ditt samtykke.

Mulige fordeler og ulemper

Denne studien vil ikke ha noen fordeler eller ulemper for deg, men vil bidra med ny kunnskap med en annen vinkling på effekt av livsstilsendring.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen fra intervjuet vil bli benyttet som beskrevet under bakgrunn og hensikt for denne studien. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være prosjektleder og veileder som har tilgang til innsamlede opplysninger. Innsamlede opplysninger vil anonymiseres og lydbåndopptak makuleres ved prosjektslutt 01.05.2015.

Førstegangskontakt opprettes av kursansvarlig ved Sørlandet sykehus. Prosjektleder, Kine Rasmussen har ikke tilgang til personidentifiserende opplysninger før informant har takket ja til deltakelse i studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien. Du kan når som helst og uten grunn trekke deg fra å delta i denne studien, uten at dette får konsekvenser for deg på noen måte videre. Dersom du ønsker å delta tar du kontakt via mail eller telefon til Kine Rasmussen. Dersom du ønsker å trekke deg underveis, eller har andre spørsmål knyttet til studien kan du når som helst kontakte ansvarlig for studien: Kine Rasmussen, masterstudent ved Universitetet i Agder: tlf 924 96 639, eller på mail; rasmussen_kine@hotmail.com. Veileder: førsteamanuensis Gudrun Rohde, gudrun.e.rohde@uia.no. Biveileder: Kommuneoverlege i Søgne Vegard Nilsen, Vegard.nilsen@sogne.kommune.no

Kontakt meg på mail eller telefon om du kunne tenke deg å delta eller om du har noen spørsmål; rasmussen_kine@hotmail.com eller 92496639.

Med hilsen

Kine Rasmussen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5
NSD

Gudrun Rohde
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 07.10.2013

Vår ref: 35701 / 2 / KS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>35701</i>	<i>Opplevd effekt av vektreduksjon gjennom livsstilskurs</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gudrun Rohde</i>
<i>Student</i>	<i>Kine Rasmussen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kine Rasmussen Bordalsbakken 21 4639 KRISTIANSAND S

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35701

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for deltakelse. Personvernombudet finner i utgangspunktet skrevet godt utformet, men forutsetter at følgende endres/tilføyes;

- det må innledningsvis redegjøres for at prosjektet er en masteroppgave ved Universitetet i Agder og hvem som er ansvarlig for gjennomføringen.
- det må gå frem hvordan utvalget er trukket og hvordan førstegangskontakten er opprettet. Det må bl.a. gå frem at prosjektleder Kine Rasmussen ikke vil vite hvem de er før de selv samtykker overfor henne til deltakelse (jf. de opplysninger som er gitt i innsendt meldeskjema).
- setningen "Opplysninger som kan spores tilbake til deg skal ikke benyttes. Personopplysninger, lydbånd og transkripsjon oppbevares separat på trygge steder som kun forsker og autorisert personell med tilknytning til prosjektet har tilgang til. Dine opplysninger slettes ved prosjektets ferdigstillelse senest 01.12.15" endres til "Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være prosjektleder og veileder som vil ha tilgang til innsamlede opplysninger. Innsamlede opplysninger vil anonymiseres og lydbåndopptak makuleres ved prosjektslutt, 01.05.2015."

Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes personvernombudet@nsd.uib før det tas kontakt med utvalget (merk eposten med prosjektnummer).

Personvernombudet tar høyde for at det kan bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.12.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

REK sør-øst har vurdert prosjektet og finner at det faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2.