

# Sykelig overvektiges erfaringer og utfordringer med å delta i en livsstils intervensjon, -et beskrivende design

Randi Vangen Skyrud og Anne Trollvik

*Randi Vangen Skyrud, spesialsykepleier, førstelektor, Høgskolen i Innlandet, Institutt helse og sykepleievitenskap, Elverum, [randi.skyrud@inn.no](mailto:randi.skyrud@inn.no)*

*Anne Trollvik, sykepleier, helsesøster, førsteamanuensis, Høgskolen i Innlandet, Institutt helse og sykepleievitenskap, [anne.trollvik@inn.no](mailto:anne.trollvik@inn.no)*

## Abstract

### **The experiences and challenges faced by morbid obese subjects when participating in lifestyle intervention, -a descriptive design**

*The aim of this study was to examine the experiences and challenges of the morbidly obese when participating in a long-term lifestyle intervention. The subjects, whom qualified as morbidly obese, participated for over a year in a group-based lifestyle intervention with ongoing treatments. A qualitative design was chosen to collect descriptive information throughout semi-structured interviews. There was a total of seven informants (male and female). Weight loss in the morbidly obese is typically achieved through conservative management and lifestyle intervention, with bariatric surgery reserved as a last option. Patients diagnosed with morbid obesity are often concerned about failing yet again after multiple attempts of weight loss. However, when guidance, education, and support from health professionals is provided in addition to active participation within a supportive group with other morbidly obese people, patients become reality-oriented and able to both initiate and sustain an effective lifestyle change.*

## Keywords/Nøkkelord

*morbid obesity; group based lifestyle intervention; qualitative design*

*sykelig overvekt; gruppebasert livsstilsintervensjon; kvalitativ forskning*

## Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4212>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Introduksjon

Overvekt og fedme er et viktig helsespørsmål i hele verden. Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver at det i 2016 var mer enn 1,9 milliarder voksne som var overvektige. Fedme er en alvorlig kronisk tilstand og WHO har klassifisert fedme grad I (kroppsmasseindeks, KMI mellom 30-34,9) til økt risiko for diabetes. Fedme grad II (KMI fra 35-39,9) medfører høy risiko for flere helseproblemer samt økt dødelighet. Ved fedme grad III, (KMI  $\geq$  40) medfører dette ytterligere økt helserisiko (Helsedirektoratet, 2011; WHO, 2017). Globalt er fedme en av de vanligste dødsårsakene. Mer enn 3,4 millioner mennesker dør hvert år som følge av tilstanden (WHO, 2017). Det er et nasjonalt mål å forebygge og behandle overvekt og fedme i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Folkehelseinstituttet anslår at det i Norge er 20 % menn og 17 % kvinner som lider av fedme (Folkehelseinstituttet, 2015). I Danmark er 47 % av den voksne befolkning overvektige, og 13 % lider av fedme (Sundhetsstyrelsen, 2017). I Sverige har det i perioden 2004-2013 vært en økning hos voksne med fedme, fra 11-14 % (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Benevnelsen sykkelig overvekt omhandler personer med KMI  $\geq$  40 og/eller med KMI  $\geq$  35 med tillegg av komplikasjoner relatert til fedme (Helsedirektoratet, 2015 a). Risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag, hypertensjon, ulike kreftformer, type 2- diabetes, gallesten, psykiske lidelser, muskel- og skjelett lidelser, stress og infertilitet, er noen av de sykdommer som viser seg å oppstå på grunn av fedme. Risikoen stiger med økt grad av fedme. I Norge er sykkelig overvekt definert som kronisk sykdom. I 2004 ble helseforetak pålagt å etablere behandlingstilbud til personer med sykkelig overvekt (Hjelmesæth & Sandbu, 2010). I det offentlige helsevesen foregår behandlingen av sykkelig overvekt både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015 b).

Behandlingen i primærhelsetjenesten koordineres av fastlegen, som vurderer hvem som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten får personer med sykkelig overvekt tilbud om en ikke-kirurgisk behandling og/eller vektreduserende kirurgi (Helsedirektoratet, 2011). Den ikke-kirurgiske behandlingen, som også benevnes som konservativ behandling, innebærer kostholdsendring, fysisk aktivitet og/eller adferdsterapi. En gruppebasert poliklinisk behandling, en livsstils intervensjon, utviklet i samarbeid med spesialiserte endokrinologer, psykologer, fysioterapeuter og sykepleiere, kan inneholde individuell medisinsk screening som består av måling av livvidde, vekt, blodprøver og kartlegge matvaner/aktivitetsnivå ved oppstart, etter 6 måneder og etter 12 måneder (Skyrud, Aaseth & Birketvedt, 2011). En fellesnevner i all fedmereduserende behandling er varig endring av livsstil, og behandlingen bør vare livet ut. En slik varig behandling blir imidlertid ikke gjennomført i praksis. Det kan se ut til at 12-24 måneder er vanlig oppfølgings-

tid (Hjelmesæth, Hofsø, Handeland, Johnson & Sandbu, 2007; Hjelmesæth & Sandbu, 2010; Helsedirektoratet, 2011; Dombrowski, Knittle, Avenell, Araújo-Soares & Sniehotta, 2014).

For å oppnå en endring over tid, kreves det en innsats over flere år, og egen tro på å lykkes med endringsarbeidet. Banduras teori om «self-efficacy» kan bidra til å forstå hvordan en person selv bedømmer muligheten til å mestre en livsstilsendring. Det å ha tro på å motivere seg selv til det å regulere egen helseatferd, det å ha følelsen av en kontroll over eget liv, er avgjørende faktorer både for å kunne endre en helsefarlig livsstil, og å opprettholde nye og sunne vaner. «Self-efficacy» kan påvirke personens valg av atferd, forberedelser til endringsarbeid, forsøk på endring, tankemønsteret og emosjonelle reaksjoner. Å ha tro på egen evne til å lykkes med å gjennomføre en handling, er nødvendig for å kunne starte et endringsarbeid som skal føre til resultat over tid. (Bandura, 1997; 2004). Andre studier viser at mestringstro og graden av mestringstro, har innflytelse på en persons innsats, utførelse, utholdenhet og målsetting (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012; Torgersen, Foreman, Husebø & Reime, 2017).

Etter en systematisk gjennomgang av tidligere forskning, finner vi få kvalitative studier som omhandler sykkelig overvektiges erfaringer og utfordringer med å delta i livsstilsintervensjon eller livsstils-behandling over en lengre periode. Forskning som omhandler gruppebehandling for sykkelig overvekt, hvor deltakere får kunnskap om sin sykdomssituasjon og i tillegg lærer selvstyrkende metoder, bidrar til bedre mestringforventning og selvfølelse (Fagermoen, Bevan, Berg, Bjørnsborg, Mathiesen, Gulbrandsen, Hustadnes & Strøm, 2014). Tjelta og Holsens (2013) forskning, viser at deltakere som deltar på poliklinisk gruppebasert pasientopplæring for mestring av diabetes type 2, får kunnskap om sin sykdom. Kunnskap fører til bedre forståelse. De beskriver også betydningen av å møte andre deltakere i samme situasjon, og det å dele erfaringer.

Knutsen, Bossy og Foss (2017) beskriver signifikante forskjeller på de deltakerne som hadde deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud for økt mestringskompetanse, sammenliknet med ikke-deltakere.

Det å delta i et gruppebasert tilbud, kan forebygge komplikasjoner ved diabetes type 2. Forskingen viser at det var høyere andel kvinner og personer med høy utdanning, som deltok i et slik gruppebasert tilbud.

Tarrant, Khan, Farrow, Shah, Daly og Kos (2017) sin forskning, viser til at personer med sykkelig overvekt som har deltatt i gruppebehandling for å mestre sin sykdom, beskriver gruppen som en ressurs for livsstilsendring. Deltakerne etablerte en felles sosial identitet, en interaksjon og støtte, som de mente bidro til å komme i gang, men også til å opprettholde individuell livsstilsendring. Deltakere som er kirurgisk behandlet for sykkelig overvekt, forteller at kognitiv teori kan være et nyttig verktøy i endringsprosessen. I tillegg fremkommer det

at motivasjon til livsstilsendring først skjer, når deltakerne får for store helseplager (Borge et al., 2012). Liebl, Barnason og Hudsons (2016) kvalitative studie omhandler det å opprettholde vektreduksjon etter kirurgisk behandling for sykelig overvekt. De beskriver at deltakerne erfarte en oppvåkning og et nytt perspektiv på deres liv. Deltakerne identifiserte sine negative holdninger, hva og hvem de ble påvirket av, og sin egen atferd.

De endret sitt miljø for å kunne opprettholde sine sunne levevaner, selvdisiplin og god struktur i hverdagen. God støtte i gruppen og det å omsette kunnskap om nødvendige livsstilsendringer over til handling, forsterket deltakernes mestrings- tro. Deltakerne i studien til Torgersen et al. (2017) har gjennomgått kirurgisk behandling, og forskerne beskriver at deltakerne ønsket tettere individuell oppfølging etter sin operasjon samt gruppeveiledning, for å dele sine erfaringer med hverandre.

Livsstilsendring er alternativet for de aller fleste som skal ned i vekt, uansett ikke-kirurgisk eller kirurgisk behandling. Det handler om å tilegne seg gode helsevaner med et sunt kosthold, aktivitet og nye spisevaner (Giske, Lauvrak, Elvaas, Hofmann, Håvelsrud, Vang & Fure, 2014; Torgersen et al., 2017). Varig vektreduksjon og regelmessig fysisk aktivitet, er vanskelig å vedlikeholde over tid. Flesteparten av de som deltar i et livsstilsendningsprogram for vektreduksjon, viser en tilbakegang til sin startvekt en viss tid etter at intervensjonen er over (Norris, Zhang, Avenell, Gregg, Brown, Schmid & Lau, 2007; Dombrowski et al., 2014; Gilmartin & Murphy, 2015). Forskning viser at også de som er kirurgisk behandlet for sykelig overvekt, møter problemer med vektøkning, hvis personene ikke mestrer en livsstilsendring (Hofsø, Aasheim, Søvik, Jakobsen, Johnson, Sandbu & Hjelmesæth, 2011; Torgersen et al., 2017). Mange med sykelig overvekt står overfor dilemmaet risiko for alvorlig sykdom og tidlig død, kontra mulige komplikasjoner og bivirkninger etter kirurgisk inngrep (Giske et al., 2014; Groven & Engelsrud, 2014).

Hensikten med studien er å beskrive hvilke erfaringer og utfordringer personer med sykelig overvekt har med å delta i en livsstilsintervensjon over en lengre tid. Kunnskapen fra denne studien gir innsikt i pasientgruppens perspektiv på egne opplevelser, og innsats som må til for å mestre en livsstilsendring.

Deres erfaringer kan bidra til å utvikle og forbedre behandlingstilbud og intervensjoner.

Problemstilling: Hvilke erfaringer og utfordringer har sykelig overvektige når de deltar i en livsstilsintervensjon over tid?

## **Metode**

Studien benyttet kvalitativ metode med et beskrivende design. For å oppnå struktur og kvalitet på forskningsintervjuet, ble Kvale og Brinkmanns (2015) syv

stadier for intervjuundersøkelse fulgt. Stadiene er: tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysing, verifisering (metodediskusjon) og rapportering. Forskerens erfaring med pasientgruppen og faglige interesse, bidro til å avgjøre problemstillingen og perspektivet.

### ***Datasamling***

Det ble benyttet semistrukturerte intervjuer i datainnhenting. Denne form for intervjuer gir tilgang til opplevd erfaring, og et forskningsintervju setter allmennmenneskelige fenomen som det er samtale om, inn i en faglig sammenheng (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med tema; diagnosen sykkelig overvekt, støtte til gjennomføring av behandling og endringsprosessen, og erfaringer og utfordringer med livsstilsendring. Intervjuet ble innledet med at deltakerne skulle fortelle om seg selv i forhold til sykkelig overvekt, og om hvorfor de startet på intervensjonen. Det ble gjennomført et prøveintervju der intervjuguiden ble testet ut og endret. Temaet støtte til gjennomføring av behandling ble tatt inn i den endrede intervjuguiden. Intervjuene varte fra 1-1,5 timer og lydopptak ble benyttet.

### ***Uvalg***

Det ble benyttet et strategisk utvalg, fra personer som deltok i en livsstilsintervensjon. Tilgang til rekruttering av deltakere til studien ble innhentet etter skriftlig søknad til medisinsk avdeling/poliklinikk for sykkelig overvekt.

Inklusjonskriterien var; voksne personer mellom 18-60 år med  $KMI \geq 35/40$ . Informantene skulle ha deltatt ved intervensjon for sykkelig overvekt i mer enn ett år. I tillegg skulle deltakerne ha deltatt i intensiv behandling ved et behandlingssenter for sykkelig overvekt. De skulle vært henvist fra lege til livsstilsintervensjonen.

Invitasjon om deltakelse ble skriftlig sendt ut til 12 personer som fylte inklusjonskriteriene, og syv av de inviterte svarte ja, fire kvinner og tre menn.

Fem av de inviterte besvarte ikke invitasjonen. Tre av deltakerne var separert, en var skilt. De andre var gift eller hadde samboer. Fem hadde høyskoleutdanning, seks var arbeidstakere og en uføretrygdet.

Samtlige hadde deltatt i livsstilsintervensjon hvor gruppebasert veiledning utgjorde hoveddelen av intervensjonen. Deltakerne kom fra ulike gruppesammensetninger både fra intervensjon ved poliklinikk og ved institusjonsbehandling. De hadde i tillegg deltatt i individuell screening og veiledning ved oppstart, etter 6 og etter 12 måneder. Intervensjonen var utviklet av et team, og pasientene brukte ingen diett, foruten å følge retningslinjer for kosthold og aktivitet, utarbeidet av Helsedirektoratet (Skyrud et al., 2011; Helsedirektoratet, 2011).

### ***Dataanalyse***

Førsteforfatter foretok intervju og transkribering. Den transkriberte teksten ble lest av førsteforfatter for å få et helhetsinntrykk av materialet, deretter ble teksten kondensert. Meningskategoriene og tema ble analysert av begge forfatterne. Den kondenserte teksten ble ivaretatt best mulig ut i fra det opprinnelige materialet for å få frem meninger og erfaringer slik det ble formidlet og oppfattet. Kombinasjonen av meningskondensering, meningsfortetting og meningsfortolkning ble foretatt (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å stille spørsmål om meningen i teksten, kom det videre frem tema som ble satt inn i en tabell, hvor data ble kodet.

Hvert tema fikk sin fargekode. Teksten ble deretter markert i ulike fargekoder før den ble satt inn i tabellen. Det ble søkt å finne likheter og forskjeller mellom ulike svar for å finne meningskategoriene, og som resulterte sentrale tema.

### ***Forskningsetiske overveielser***

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver et forskningsintervju å være fylt med moralske og etiske spørsmål. Et samspill mellom mennesker som påvirker intervjupersonene og den kunnskap som produseres under intervjuet vil påvirke vårt syn på menneskets situasjon. Forskningsetiske vurderinger ble foretatt under samtlige syv forskningsstadier. Informert samtykke ble ivaretatt da deltakerne i forkant fikk tilsendt informasjon om studiens hensikt, samt at dette ble gjentatt i forkant av intervjuet. Samtykkeerklæring ble underskrevet, og alle ble informert om at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien uten begrunnelse. Ingen av deltakerne valgte å trekke seg underveis. Data ble behandlet konfidensielt og anonymisert ved presentasjon av sitat som er omskrevet fra dialekt til bokmål. Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK) (6.2008.2118) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (20971/2/JE). Deltakerne fikk hvert sitt nummer og oversikt over navn og nummer ble forsvarlig oppbevart innelåst i arkivskap.

### **Funn**

Analyse av data frembrakte tre tema som deltakerne hadde erfaringer og utfordringer med under en livsstilsintervensjon for sykkelig overvektige. De tre temaene var: «redd for ikke å lykkes», «en snuoperasjon» og «støtte i vanskelige perioder».

#### ***Redd for ikke å lykkes***

Deltakerne hadde flere års erfaring med overvekt. De hadde også erfaring med å ha prøvd ut ulike slankekurs før de startet på livsstilsintervensjonen. Samtlige hadde erfaring med alvorlige tilleggssykdommer, og et ønske om å gjøre noe, for å oppnå en bedre helse og forebygge eventuelle andre sykdommer. Erfaringer de fortalte om fra tidligere slankekurs, var at de hadde oppnådd et vekttap, men

etter endt kurs, hadde vekten økt igjen. De fortalte om en redsel for å falle tilbake til gamle vaner, og ikke lykkes denne gangen heller. Fem av deltakerne fortalte om en barndom og ungdomstid som overvektige. En av mennene som tidligere var aktiv med idrett fortalte; *«mat, drikke, null trening og problemer i ekteskapet bidro til diagnosen sykkelig overvektig»*. Samtlige av kvinnene fortalte om en betraktelig økning i vekt etter gjennomført svangerskap. En kvinnelig deltaker fortalte det slik; *«Jeg har tidligere deltatt på et slankekurs og hadde en vektreduksjon på 50 kilo. Etter to graviditeter økte vekten igjen, og livet har bestått av jo-jo slanking»*. En mannlig deltaker fortalte om sine erfaringer med ulike slankekurer; *«Vekten har gått ned og opp igjen etter hver kur jeg har gjennomført, og da jeg startet på denne behandlingen hadde jeg hatt høyt blodtrykk over en lengre tid»*.

Utfordringene de fortalte om, var for flere av deltakerne, inngrodde vaner fra barneårene. Vaner ble til adferd og bidro til at kiloene ble et problem.

### ***En snuoperasjon***

Samtlige deltakere fortalte at de under livsstilsintervensjonen, har oppnådd resultat som reduksjon i midjemål, vektreduksjon og endringer i kostholdet. For de sykkelig overvektige deltakerne handlet ikke endringen om et stort vekttap i antall kilo, men mer en realitetsorientering om sin egen helse. I tillegg fortalte de om stressmestring i hverdagen, det å mestre sitt nye spisemønster, prioritere seg selv og lage avtaler med seg selv om treningstider. Å oppnå en livsstilsendring er mulig, men deltakerne erfarte at gamle vaner er vanskelig å endre. Utfordringen er at endringen også skal vare etter intervensjonstiden. Underveis i behandlingsperioden, ble deltakerne bevisst på hvorfor kiloene har sneket seg sakte men sikkert på kroppen. Flere av deltakerne hadde erfaringer med å gjemme seg bort og spise i smug. De fortalte at de hadde mye kunnskap om både mat og trening. De fleste fortalte at de aldri, før de startet på behandlingen, hadde inntatt sitt første måltid før etter skole/arbeidstid, det vil si «frokost» cirka klokken 15.30. En kvinnelig deltaker beskrev det slik; *«Jeg spiste aldri frokost og matpakke. Spiste en stor middag. Før behandlingen kjøpte jeg en stor helnøtt sjokolade, men nå kan jeg kose meg med en liten plate sjokolade i helgen. Tidligere kjente jeg ikke på smaken, men spiste og så på TV uten å kjenne etter hva jeg spiste, og hvor mye»*. Deltakerne fortalte at de benyttet mat og godteri som belønning og kos. En kvinnelig deltaker karakteriserte endret kosthold som en tapsopplevelse og sorg over ikke å kunne spise «god mat». Hun fortalte at god mat for henne var; *«Pizza, gode sauser, is, potetgull, kaker, brus og godteri, som jeg ikke kan spise i samme store porsjoner som tidligere»*.

Deltakernes erfaring og utfordringer med aktivitet, er at det er tungt og slitsomt å være i fysisk aktivitet over en lengre periode. De fortalte at det å gå en lengre distanse sammenhengende, var vanskelig. De unngikk oppoverbakker, vanskelig terreng og lengre distanser. Samtlige fortalte om et ønske om å være mer aktive.

Deltakerne erfarte at de nå var mer i bevegelse etter at de startet behandlingen for sykkelig overvekt. En mannlig deltaker fortalte det slik; *«Har sittet i sofaen i femten år. Kiloene har sneket seg sakte men sikkert på».*

Tre av deltakerne erfarte hvor viktig det var å innse at sykkelig overvekt er en sykdom og hvor viktig det er å foreta en «snuoperasjon» i livet. En av mennene fortalte det slik; *«Har innsett at det er en sykdom på lik linje med hjerneslag og hjerteinfarkt. Får hjelp på sykehuset og i tillegg av fastlegen. Det er viktig å ta grep og innse at det er et problem og en sykdom. Glad jeg har tatt skrittet videre, med hjelp av familie og venner, og innført noe viktig i livet mitt».* En annen kvinnelig deltaker fortalte; *«har ikke sett på meg selv som sykkelig overvektig og ble kvalm ved tanken på at jeg skulle til en overvektsklinikk. Ble en a-ha opplevelse å få en slik diagnose og jobbet mye med meg selv. Føltet som å være narkoman eller alkoholiker når jeg skulle til en intensiv behandling ved en institusjon».*

### **Støtte i vanskelige perioder**

Deltakerne fortalte at helsepersonell bidro til at de hadde riktig fokus. Gruppen hjalp og støttet hverandre når de mistet sitt fokus og alt ble vanskelig. Informantene uttrykte at det å oppleve støtte til livsstilsendring av ektefelle, samboer og nærmeste familie var viktig. Manglende støtte av samboer og/eller ektefelle derimot, opplevdes problematisk. Tre av deltakerne fortalte at skilsmisse/separasjon bidro til at de klarte å gjennomføre livsstilsendringen.

En kvinnelig deltaker fortalte at; *«Jeg hadde ikke støtte av mannen min og mat var en trøst som dempet mye av det som var problematisk».* Mat ble en trøst som dempet de emosjonelle faktorene i en problematisk situasjon. Det å rydde bort noe i livet sitt, kan bidra til å mestre en livsstilsendring. En annen kvinnelig deltaker som i løpet av livsstilsendringen ble skilt, fortalte at; *«Jeg har nå ryddet plass for en livsstilsendring og for å mestre denne endringen. Jeg klarte å gjennomføre dette etter separasjon fra min mann».* Relasjoner i arbeidslivet kan også føles vanskelig, og en mannlig informant fortalte; *«Relasjoner på arbeidsplassen er en utfordring, og jeg har opplevd stigmatisering. Dette ble vanskelig og følelser dempes med usunn mat».*

En deltaker fortalte at hun fikk støtte og ble forstått av helsepersonell og andre deltakere i intervensjonen, da de i gruppetimen snakket om det å få tilbakefall. Hun beskrev en opplevelse av skam når hun fikk tilbakefall. Hun fortalte; *«når jeg møtte opp i gruppen, opplevde jeg å få støtte til å komme meg videre med endringsarbeidet».* En annen deltaker erfarte det å delta i gruppebehandling slik; *«Viktig med støtte i gruppen og fra helsepersonell som forstår hva vi sliter med. Positivt å få gode råd og støtte. Følte meg ikke helt alene som overvektig. Å få støtte når en møter veggen, opplevdes som trygghet. Kom fortere i gang igjen hvis jeg hadde sklidd ut. Jeg har fått en ballast med kunnskap i stedet for ballast*



*med kilo».* En tredje deltaker hadde disse erfaringene med gruppebehandling; *«Det var motiverende å møte andre likemenn og andre som sliter med det samme problemet. Fikk kunnskap og foredrag som motiverte meg. Fikk svar på mine problem. Hvordan stress virker på vekten. Et stavkurs med en kjendis, motiverte meg til å trene med staver. Når jeg deltok i gruppen, måtte jeg skjerpe meg. Det var en positiv kontroll for meg å måtte veie meg under intervensjonen».* Deltakerne fortalte at når de deltok ved livsstilsendring, lærte de å ha mer fokus på helse og det å komme i bedre form. Ikke kun fokus på vektreduksjon. En kvinnelig deltaker fortalte; *«Jeg er ikke like opptatt av tall og vekt denne gangen, som når jeg deltok på tidligere slankekurs. Det handler om å kjenne mer på velvære, og med tiden, det å nå en trivselsvekt som kan vare livet ut».* Planlegging, struktur og videre støtte til livsstilsendring var faktorer samtlige erfarte som utfordring for å opprettholde resultatet.

## **Diskusjon**

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer og utfordringer personer med sykkelig overvekt har ved å delta i en livsstilsbehandling over tid. Funnene gir innsikt i deltakernes perspektiv på å delta i en livsstilsbehandling. Deltakerne kjenner på det å være redd for ikke å lykkes med endringsarbeidet. De er mer realitetsorientert om hvordan kiloene har sneket seg på over tid, og de kjenner på en tapsfølelse over mat som de ikke lenger kan spise. De er bevisst på at maten brukes både som trøst og stressdemper, og hvor viktig det er å ha støtte i vanskelige perioder. Endring er mulig, ved at de foretar en snuoperasjon i livet sitt, men det er mange utfordringer.

### ***Mestringstro og livsstilsendring***

Å kjenne på en redsel for ikke å mestre en livsstilsendring er vanskelig. Deltakernes tidligere erfaring med en stor vektreduksjon som ikke opprettholdes over tid, er en erfaring som påvirker forventninger om utfall og mestringsforventning. Har en person liten tro på egen evne til å mestre nye vaner, har dette sammenheng med hvor motivert en person er for en atferdsendring (Bandura, 1997; 2004; Torgersen et al., 2017).

Deltakerne har kunnskap, men har vanskelig for å omsette kunnskap til en varig endring i praksis. Å endre livsstil er krevende, og inngrodde vaner står i motsetning til hvordan de overvektige skal handle. Har de ikke innsikt i hvordan vaner påvirker helse, opplever de ikke en god nok grunn til å endre vanene (Torgersen et al., 2017). Diagnosen sykkelig overvekt er kompleks på grunn av psykologiske, sosioøkonomiske, hormonelle og metabolske faktorer som spiller inn og vanskeliggjør endringsarbeidet. Biologiske barrierer er viktige aspekt i en livstils-intervensjon, og er ikke hensyntatt i særlig grad i gjeldende veiledere (Puhl & Brownell, 2006; Helsedirektoratet, 2011; Ochner, Tsai, Kusher & Wadden, 2015). Selv om sykkelig overvekt er en kompleks diagnose så er det i

hovedsak miljømessige faktorer, med økt inntak av mat med høyt kaloriinnhold og økt passivitet, som er de mest sentrale årsaker til overvekt (Helsedirektoratet, 2011). Deltakerne forteller om flere år med inntak av mat og drikke som erfares å ha bidratt til at kiloene har sneket seg på kroppen. Det er derfor viktig å innse dette og bli realitetsorientert under livsstils-behandlingen. Mange er ikke oppmerksomme på sine vaner og på sine reflekshandlinger, som for eksempel at de på autopilot leter etter snacks i skap hvis de opplever stress (Rand, Vallis, Aston, Price, Piccinini-Vallis, Rehman & Kirk, 2017). Deltakerne i vår studie forteller at mat blir valgt som trøst, og at ulike typer mat har en trøstende effekt når de opplever problemer i hverdagen. Å legge om spisevaner, er en stor utfordring for de fleste. Mat oppleves som et rusmiddel og føles smertestillende og/eller oppkvikkende (Borge et al., 2012). I studien til Liebl et al. (2016) beskriver de deres deltakers slåsskamp med «matdemonene». Deltakerne i studien til Liebl et al. (2016) forteller om å ha lyst til å spise tre is i stedet for en is, og at de alltid kikker etter kjeks eller noe annet godt å spise på ettermiddagen. Denne lysten på noe godt å spise, beskrives som at den aldri forsvinner, heller ikke for de personene som er kirurgisk behandlet for sykkelig overvekt.

En stor kropp og fysiske plager, hemmer det å være fysisk aktiv. Wiklund, Olsén og Willén (2011) beskriver at det å være sykkelig overvektig hemmer deg på jobb og ellers i hverdagen. Å være sykkelig overvektig fører til å benytte seg av unnskyldninger, og at hverdagslige oppgaver blir vanskelige å gjennomføre. Deltakerne i vår studie forteller at det er viktig å innse at de har en diagnose som medfører mange tilleggssykdommer. Det er viktig å ha en realitetsforståelse for hva sykdommen kan føre til, og ikke fortsette og benekte sin egen helsetilstand og/eller underrapportere sin egen vekt. Strømme, Bakken, Andenæs, Klöckner, Mårvik, Kulseng og Holsen (2015) beskriver det å benekte egen helsetilstand som en utfordring. De mener at helsepersonell må være mer direkte og ta initiativ til samtale om overvekt og fedme. Fastleger kvier seg for å diskutere overvekt med sine pasienter for ikke å støte pasienten. Det kan være vanskelig for helsepersonell og være tydelige og ha en mer direkte uttrykksmåte, uten å være konfronterende.

Mange sosiale aktiviteter som bursdager, høytidsdager, helger og fester er forbundet med spising og drikking. Deltakerne i vår studie forteller om følelser og mat i forbindelse med å takle problemer og miste kontroll. Hvis opplevelsen av å delta på en livsstilsintervensjon gir en tapsopplevelse over mat som ikke kan spises, kan en slik opplevelse være en risikosituasjon.

Deltakerne i studien til Borge et al. (2012) forteller om å bli oppmerksomme på egne vaner og handlingsmønster i forhold til spising. Sammenlignet med vår studie, forteller deltakerne både i Borge et al. og vår studie, at det handler om å spise få måltider, vente mange timer med å spise neste måltid, eller at de spiser for ofte og aldri kjenner på sult. De forteller videre at de spiser store porsjoner

til måltidene og tenker mye på mat. Hvis det å delta i en livsstilsintervensjon oppleves som et tap, kan det være en grunn til at noen faller fra videre deltakelse i intervensjonen. Maten erfares å være en kompensasjon for problemer og stress. Deltakerne i vår studie beskriver at de har lagt seg til en vane i forhold til både mat og aktivitet. Sykelig overvekt er en kronisk tilstand og preget av gjentatte og mislykkede endringsforsøk og tilbakefall. Motivasjon til å holde ut og ikke gå tilbake til tidligere vaner er helt avgjørende for å endre livsstil over tid (Helsedirektoratet, 2011; Borge et al., 2012; Dombrowski et al., 2014).

Det er viktig å ha forståelse for hvor kompleks diagnosen sykkelig overvekt er, både for personen med sykkelig overvekt, pårørende og for helsepersonell. En forståelse for kompleksiteten kan bidra til nødvendig bevisstgjøring av hva som må til for å endre livsstil (Helsedirektoratet, 2011). Etter hvert i en livsstilsintervensjon erverves mer kunnskap og deltakerne blir mer bevisst sine erfaringer gjennom undervisning og/eller veiledning. Deltakerne får erfaring og opplever at det å endre vaner og leve på en ny måte kan bidra til å unngå alvorlige komplikasjoner. En slik opplevelse kan også bidra til å skape et mer optimistisk og håpefullt syn på situasjonen. Deltakerne i vår studie forteller at de har kunnskap om både kosthold og aktivitet, men trenger hjelp til å omsette sin kunnskap i hverdagen.

Deltakerne forteller også om ønsker og behov for å endre livsstil, oppnå en bedre helse og unngå risikosykdommer. De har ikke erfaring fra tidligere med å lykkes med sine forsøk over lengre tid. Individuelle erfaringer og opplevelser som en forforståelse er med på å prege deres grad av mestringstro (Bandura, 1997; 2004).

### ***Støtte fra helsepersonell, gruppen og andre viktige relasjoner***

Deltakerne forteller at de også trenger støtte og veiledning i hvordan de skal komme seg igjennom tilbakefall. Det handler om å være forberedt på hvordan de kan arbeide seg gjennom følelser forbundet med det de opplever som stress situasjoner. Deltakerne i vår studie forteller at det å delta i gruppebehandling er fordelaktig, og gruppen er en ressurs for livsstilsendring. Etablere psykososial kontakt med andre og dele sosial identitet opplevdes som nøkkelen til livsstilsendring (Tarrant et al. 2017). Borge et al. (2012) samt Liebl et al. (2016) beskriver i sin forskning hvor viktig det er med sosial støtte og at gruppebehandling gir en mulighet for nye nettverk, sosial trening og en tilgjengelig støtte. Støtte fra helsepersonell, og ikke en ovenfra og ned holdning, er viktig. Christiansen, Karlsen og Larsens (2017) forskning beskriver de negative normene som må legges til side og møte sykkelig overvektige på en åpen og fordomsfri måte. I vår studie forteller deltakerne at når helsepersonell bidrar til å ha riktig fokus på helse og støtte under vanskelige perioder, som ved tilbakefall i endringsarbeidet, oppleves dette som støtte. Deltakerne i vår studie beskriver videre at positive relasjoner bidrar til at de mestrer livsstilsendring over

tid. Det er viktig at ekteparet og/eller familien «eier» livsstilsendringen sammen på sin hjemmearena da de forteller hvor viktig det er med støtte både av helsepersonell og familie i en endringsprosess. Bruze, Holmin, Peltonen, Ottoson, Sjöholm, Näslund, Neovius, Calsson og Svensson (2018) har forsket på sammenheng mellom sykelig overvektige som har gjennomgått kirurgisk behandling og endringer i mellommenneskelig status. Sykelig overvektige som var single før kirurgisk behandling, hadde sammenlignet med kontrollgruppen, høyere forekomst av ekteskap etter behandlingen. Sykelig overvektige som derimot levde i et samboerforhold eller ekteskap før kirurgisk behandling, hadde en høyere forekomst i skilsmisse/separasjon, både 4 og 10 år etter den kirurgiske behandlingen. Forskningen støtter opp om det deltakerne forteller i vår studie. Dersom ektefeller ikke ønsket å være inkludert og/eller ikke var støttende i endringsarbeidet, bidro dette til separasjon og skilsmisse.

### ***Metodiske overveielser***

Hensikten med studien er å få frem erfaringer fra sykelig overvektige som deltar i en livsstilsintervensjon, og kvalitativ metode er en troverdig metode for å kunne få svar på problemstillingen. Ifølge Kvale og Brinkmanns (2015) kvalitetskriterier har vi nøye fulgt syv stadier for intervjuundersøkelse som nevnt under metodekapitlet. Allerede under intervjusituasjonen startet en intersubjektiv validering ved å kunne stille oppklarende spørsmål til informanten for å bekrefte intervjuers fortolkninger. Troverdigheten i studien er også styrket ved at funn er underbygget med sitater fra deltakerne og sammenfaller med andre studier (Kvale & Brinkmann, 2015).

Påliteligheten styrkes ved at deltakerne hadde ulike erfaringer, ulik alder og kjønn som gir en sterkere mulighet til å belyse problemstillingen fra ulike perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). De har likevel fellestrekk, med erfaringer og opplevelse av sykelig overvekt og deltakelse i livsstilsintervensjonen. Deltakerne som takket ja til å delta i studien, kan være de som har mestret en livsstilsendring bedre, enn de andre som valgte å takke nei til deltakelse i studien. Deltakerne er hentet fra ett behandlingssted i Norge. Overføringsverdien av funnene bygger på et lite utvalg i forhold til den populasjonen det forskes på. Funnene er ikke representative for alle sykelig overvektige, og heller ikke representative for annet helsepersonell og andre relasjoner, enn det som våre deltakere beskriver.

### **Konklusjon**

Deltakerne i vår studie har deltatt ved en livsstilsintervensjon i mer enn ett år, uten å oppnå sitt ønske om flere kilo vekttap. De har derimot en ny erfaring om at endringsarbeid fører til en bedre helse og muligens utsatt risiko for tilleggsykdommer som diabetes, hjerte/kar og kreft. Deltakerne har med seg tidligere erfaring med å mislykkes med det å opprettholde vekttap etter

«slankekurer», og er derfor redde for ikke å lykkes når de deltar ved en livsstilsintervensjon. Denne studien viser til, og styrker forskning som beskriver at det synes som et livslangt prosjekt å endre livsstil og opprettholde resultat. Deltakelse i gruppebehandling er fordelaktig og gruppen er en ressurs for livsstilsendring. Når relasjoner oppleves som problematiske, kan en slik opplevelse føre til tilbakefall i en livsstilsendring for sykkelig overvektige. Sorg, relasjoner innad i familien, problem i forhold til venner eller arbeidskollegaer, erfares som utfordringer. Utfordringene kan utløse trøstespising og tap av kontroll. Tap av kontroll over en ny struktur i hverdagen, som innebærer nye matvaner og det å være i fysisk aktivitet. Endringsarbeidet er en snuoperasjon og krever en innsats av hver enkelt deltaker. Å være forberedt på enkeltindividenes utfordringer under en livsstilsintervensjon er et tema som bør inkluderes i behandling for sykkelig overvektige. For å utbedre og forbedre behandlingstilbudet, er god og riktig kommunikasjon mellom helsepersonell og sykkelig overvektige en viktig faktor. Støtte, også fra helsepersonell, er nødvendig. Helsepersonell må være tydelige, og ta initiativet til å snakke om fedme med pasienten uten å være krenkende i sine uttalelser.

Videre forskning bør undersøke langtidseffekt av det å delta i en livsstilsendring med fokus på relasjoner, både mellom helsepersonell og pasient, relasjoner pasienter med sykkelig overvekt seg imellom og relasjoner i deres sosiale setting med venner og familie. Som helsepersonell i arbeid med personer med sykkelig overvekt er det viktig å skaffe til veie kunnskap om langtidsresultat slik at helsepersonell og sykkelig overvektige ikke mister troen på at endringsarbeid nytter.

## Litteratur

- Bandura, A. (1997). Insights. Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter*, 13(9), 4-6.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2).  
<https://doi.org/10.1177%2F1090198104263660>
- Borge, L., Christiansen, B., Fagermoen M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning*, 7 (1):14-22. DOI: 104220/sykepleienf.2012.0024
- Bruze, G, Holmin, T.E., Peltonen, M., Ottoson, J. Sjöholm, K., Näslund, I., Neovius, M., Carlsson, L. & Svensson, L-A. (2018). Associations of bariatric surgery with changes in interpersonal relationship status: results from 2 Swedish cohort studies. *JAMA Surg*.  
Doi: [10.1001/jamasurg.2018.0215](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0215)
- Christiansen, S. W., Karlsen, T-I. & Larsen, I. B. (2017). Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 2, 13. årgang.  
<http://dx.doi.org/10.7557/14.4195>

- Dombrowski, S. U., Knittle, K., Avenell, A., Araújo-Soares, V. & Sniehotta, F.F. (2014). Long Term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 348:g2646 doi: 10.1136/bmj.g2646
- Fagermoen, M. S., Bevan, K., Berg, A. C., Bjørnsborg, E., Mathiesen, C., Gulbrandsen, H., & Hustadnes, A. L. & Strøm, A. (2014). Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Sykepleien Forskning*, 3(9), 215-223. Doi:10.4220/sykepleienf.2014.0132
- Folkehelseinstituttet (2015). Overvekt og fedme hos voksne. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/overvekt-og-fedme-hos-voksne/>
- Folkhälsomyndigheten (2016). Övervikt och fetma. Hentet fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/>
- Gilmartin, J. & Murphy, M (2015). The Effects of Contemporary Behavioural Weight Loss Maintenance Interventions for Long Term Weight Loss: a Systematic Review. *Journal of Research in Nursing*, 20 (6), s.481-496. <https://doi.org/10.1177/1744987115599671>
- Giske, L., Lauvrak, V., Elvaas, I-K., Hofmann, B., Håvelsrud, K, Vang, V. & Fure, B. (2014). Langtidseffekter etter fedmekirurgi. (Rapport nr. 1 fra Kunnskapssenteret) Hentet fra: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2477865/K\\_Rapport\\_2014\\_01\\_Fedmekirurgi.pdf?sequence=1](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2477865/K_Rapport_2014_01_Fedmekirurgi.pdf?sequence=1)
- Groven, K, S & Engelsrud, G. (2014). Når fedmekirurgi vurderes som «siste utvei». *Forskning* nr. 3, 9: 252-259 doi:10.4220/sykepleienf.2014.0136
- Helsedirektoratet (2011). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Helsedirektoratet (2015) a. Prioriteringsveileder – sykkelig overvekt. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykkelig-overvekt/seksjon?Tittel=tilstander-for-sykkelig-overvekt-9659>
- Helsedirektoratet (2015) b. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Meld. St. 19, 2014-2015. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

- Hjelmesæth, J., Hofsvø, D., Handeland, M., Johnson, L. K. & Sandbu, R. (2007). Livsstilsbehandling av sykkelig fedme. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 127: 2410-2.
- Hjelmesæth, J. & Sandbu, S (2010). Sykkelig overvekt – ulikt behandlingstilbud. *Tidsskrift for den Norske legeförening*. 130:1808.  
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0622>
- Hofsvø, D., Aasheim, E. T., Svøvik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R. & Hjelmesæth, J. (2011). Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 131(19), 1887. doi: 10.4045/tidsskr.10.1463
- Knutsen. I. R., Bossy, D. & Foss, C. (2017). Gruppebaserte lærings- og mestringstilbud gjør det lettere å mestre sykdommen. Likevel takker halvparten nei til slike tilbud. *Sykepleien.no/Forskning* doi: 10.4220/Sykepleienf. 2017.60171.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske
- Liebl, L., Barnason, S., & Hudson, D. B. (2016). Awakening: A qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing*. Volume 25, issue 7-8; 951-961. DOI: 10.1111/jocn.13129
- Norris, S. L, Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Brown, T.J., Schmid, C. H. & Lau, J. (2007). Long-Term Non Pharmacological Weight Loss Interventions for Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. Review. *The Cochrane library*, Issue 4.
- Ochner, C. N., Tsai, A. G., Kushner, R. F. & Wadden, T. A. (2015). Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3 (4), 232:234.  
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00009-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00009-1)
- Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14, 1802:1815.
- Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L. & Kirk, S. (2017). “It is not the diet; it is the mental part we need help with.” A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Vol. 12, 1306421.  
<http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017.1306421>
- Skyrud, R. V, Aaseth, J & Birketvedt, G. S (2011). Outpatient, Multidisciplinary Treatment of Morbidly Obese Patients: A Two-Year Retrospective Study. *The Open Behavioral Science Journal*, 2011, 5, 00-00
- Strømme, M, Bakken, I. J., Andenæs, E, Klöckner, C. A., Mårvik, R., Kulseng, B. & Holen, A. (2015). Fet, feit eller bare overvektig? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 20, 135:1816. doi: 10.4045/tidsskr.14.0828.
- Sundhedsstyrelsen (2017). Overvægt. Hentet fra:  
<https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt>
- Tarrant, M., Khan, S., Farrow, C., Shah, P, Daly, M. & Kos, K. (2017). Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: A

- qualitative interview study. *British Journal of Health Psychology*, 22, 77-93. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12218>
- Tjelta, M., & Holsen, I. (2013). “Det går an å mestre det meste ved å gå på sanne kurs som dette her”. Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie. *Nordisk sygeplejeforskning* nr. 3, vol. 3, ss. 193-205. ISSN 1892-2678
- Torgersen, Å., Foreman, R. J., Husebø, S. E. & Reime, M. H. (2017). Gastric bypass- ingen snarvei til ny livsstil. Pasienterfaringer to år etter kirurgi. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 1, 13. Årgang. <http://dx.doi.org/10.7557/14.4125>
- WHO (2017). Obesity and overweight. Hentet fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wiklund, M., Olsén, M. F., & Willén, C. (2011). Physical activity as viewed by adults with severe obesity, awaiting gastric bypass surgery. *Physiotherapy Research International*, 16(3), 179-1