

MASTEROPPGAVE

Samfunnsernæring

Mai 2018

Pasienters opplevelser av «Startkurs» som holdes i
forkant av fedmekirurgi



Karoline Steenbuch Lied

**Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie helsefremmende arbeid**

OsloMet – storbyuniversitetet

We are coming to understand health not as the absence of disease, but rather as the process by which individuals maintain their sense of coherence (i.e. sense that life is comprehensible, manageable, and meaningful) and ability to function in the face of changes in themselves and their relationships with their environment.

Aaron Antonovsky, 1923-1994

Forord

Det er med stor glede og stolthet at jeg nå setter punktum for denne masteroppgaven. Samtidig syns jeg det er litt trist at det hele er over, fordi jeg syns året har vært utrolig morsomt og lærerikt, og utfordrende – i positiv forstand¹. Da jeg begynte på masterstudiet hadde jeg en idé om hvilket temaområde jeg ønsket å jobbe med i masteroppgaven min, og da jeg hørte om den tiltenkte studien ved Bærum sykehus, tenkte jeg umiddelbart: ”Det vil jeg skrive om!” Jeg har lenge ønsket å bli bedre kjent med personer som vurderer fedmeoperasjon som siste utvei for sin vektproblematikk. Hvem er de? Har de tro på at de vil lykkes med å endre livsstilen sin? Hvor motiverte er de? Får de den støtten de trenger? Det å få høre de overvektiges perspektiv, samt deres personlige historier, har vært veldig lærerikt. Jeg er svært takknemlig for at jeg fikk lov til å jobbe på dette prosjektet på Bærum sykehus.

Denne masteroppgaven hadde ikke vært mulig å skrive hadde det ikke vært for en rekke personer. Først vil jeg takke de åtte pasientene på Startkurs ved Bærum sykehus som takket ja til å være med i studien min. Uten dem hadde den ikke blitt noe av! Jeg er takknemlig for at de tok seg tid til å la seg intervju, og for at de åpnet seg for meg. Videre vil jeg takke mine to veiledere: Hovedveileder, professor i helsekommunikasjon Kjell Sverre Pettersen, og biveileder, førsteamanuensis Marianne Molin, begge ved OsloMet – storbyuniversitetet. Begge har gitt meg god veiledning og støtte underveis, spesielt Kjell Sverre. Vi har hatt god kommunikasjon, samt en god dose humor hele veien, og dette har uten tvil løftet meg frem. Jeg vil også takke for et enestående samarbeid med mine to kontaktpersoner ved Lærings- og mestringssenteret på Bærum sykehus, Anne-Cathrine Berg og Katherine Bevan. Jeg er veldig takknemlig for den gode kommunikasjonen og den gode tonen vi har hatt, og ikke minst for alle de gode klemmene jeg fikk underveis. Jeg vil også takke familien min. Mamma og pappa har vært engasjerte under hele prosessen. I hver eneste samtale jeg har hatt med pappa det siste drøye året, har han alltid spurt meg hvordan det har gått med oppgaven – selv om han har vært midt oppi alvorlig kreftsykdom og kreftbehandling. Takk til mannen min Espen, som også har støttet meg og vist nysgjerrighet underveis.

Bærum 11.05.2018

Karoline Steenbuch Lied

¹ Et abstrakt fra masteroppgavens hovedfunn ble utarbeidet og akseptert ved konferansen *COMET 2018* i Birmingham, 25-27 juni. Flere årsaker gjorde at det ikke ble mulighet å delta på konferansen.

Sammendrag

Bakgrunn: Overvekt/fedme er et stort folkehelseproblem. Hvert år fedmeopereres omkring 3000 personer i Norge. Alle som opereres ved offentlige sykehus må gjennom et obligatorisk Startkurs før operasjonen. Kurset har blant annet til hensikt å bistå deltakerne med å komme i gang med livsstilsendringer og etablere et støttende nettverk. Relativt få studier er utført angående opplæring til denne målgruppen.

Hensikt: Å kartlegge endringsprosessen til fedmepasienter som deltar på Startkurs, samt vurdere deres opplevelse av brukervedvirkning og sosial støtte.

Metode: Semistrukturerte dybdeintervjuer av åtte kursdeltakere, i to omganger. Tolkningen av de verbatim transkriberte intervjuene ble utført i en fenomenologisk teoriramme.

Funn: Funnene viser at 1) de fleste kommer i gang med endringsarbeidet på Startkurset, 2) de fleste opplever brukerpanelet som betydningsfullt, 3) det er ulike meninger om betydningen av sosiale støtte, både i og utenfor Startkurs, 4) alle får ny kunnskap om tilbakefall, 5) flere innrømmer å ha en spiseforstyrrelse og 6) mange klarer ikke å se seg selv som slank.

Konklusjon: Studien viser at pasienter opplever Startkurs som nyttig, og at kursholderne får pasientene i gang med sitt endringsarbeid, gjennom egenkraftmobilisering (empowerment). For at nytteopplevelsen til den enkelte pasient skal bli enda bedre bør man utføre longitudinelle studier som studerer empowerment og sosial støtte over lenger tid. I tillegg bør brukere i brukerpanelet ha mer ulike erfaringer etter fedmeoperasjon, og man bør i større grad vektlegge temaene tilbakefall og spiseforstyrrelser.

Nøkkelord: *Fedmekirurgi, fedmepasienter, Startkurs, empowerment, brukervedvirkning, sosial støtte, endringsprosess, spiseforstyrrelser.*

Abstract

Background: Obesity is a major public health concern. In Norway, approximately 3000 individuals undergo bariatric surgery annually. Patients who undergo surgery at public hospitals must complete a mandatory prerequisite course prior to surgery, with the intention to empower them to behavior change and to establish a social network. Relatively few studies have been conducted regarding training for this target group.

Aim: To map the behavioral changes that obese patients undergo while attending the course, and to consider their experiences with user participation and social support.

Method: Semi-structured in-depth interviews of eight participants, in two sequences. The interviews were transcribed verbatim and analyzed using a phenomenological approach.

Results: The findings show that 1) most of the patients begin with behavioral changes during the course, 2) most of the patients find the user panel significant, 3) there are different opinions about the importance of social support – both within the course and outside, 4) all patients obtain new knowledge about relapsing in a behavior change, 5) several admit having an eating disorder and 6) many have difficulties visualizing themselves as a slim person.

Conclusion: The study shows that the patients experience the mandatory course as useful, and that the course leaders empower the patients to behavioral change. To increase the benefit for each individual participating in the course longitudinal studies should be carried out to assess the impact of empowerment and social support over time. In addition, the users should have more varying experiences after bariatric surgery, and one should emphasize the matters of relapse and eating disorders to a greater degree.

Keywords: *Bariatric surgery, obese patients, Startkurs, empowerment, user participation, social support, behavioral change, eating disorders.*

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Liste over tabeller	vii
Liste over figurer	vii
Liste over forkortelser med forklaringer	viii
Oversikt over vedlegg	ix
1 Bakgrunn for studien	1
1.1 Overvekt i befolkningen	1
1.2 Behandlingsmuligheter ved fedme og overvekt	2
1.3 Beskrivelse at Startkurs	4
1.4 Samarbeidspartnere og veiledere	6
2 Teori	7
2.1 Empowerment	7
2.2 Mestringstro	9
2.3 Brukermedvirkning	10
2.4 Sosial støtte	12
2.5 Online sosial støtte	14
2.6 Salutogenese	15
2.7 Endringsprosessen	16
2.8 Spiseforstyrrelser	18
2.9 Visualisering.....	20
2.10 Problemstillingens forskningsspørsmål	22
3 Metode	23
3.1 Litteratursøk	23
3.2 Forforståelse.....	23
3.3 Studiedesign - fenomenologi	24
3.3.1 Fenomenologisk fremgangsmåte.....	26
3.3.2 Det kvalitative dybdeintervjuet	26
3.3.3 Utarbeidelse av studiens intervjuguide.....	27
3.3.4 Utvalget i masteroppgaven	29
3.3.5 Gjennomføring av intervjuene	30
3.3.6 Observasjon på kurs	31
3.4 Transkribering av intervjuene og analyse	32

3.4.1	Trinn 1: Få et helhetsinntrykk av materialet.....	34
3.4.2	Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter.....	34
3.4.3	Trinn 3: Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene.....	36
3.4.4	Trinn 4: Sammenfatte betydningen.....	37
3.5	Forskningsetiske vurderinger.....	38
4	Resultater.....	39
4.1	Endringsprosessen.....	39
4.1.1	Har satt i gang arbeidet med endring av vaner.....	39
4.1.2	Har begynt å tenke på å endre vaner.....	41
4.2	Brukerpanel.....	43
4.2.1	En utelukkende positiv opplevelse.....	43
4.2.2	Brukerpanelet har ingen innvirkning.....	44
4.2.3	Ønsker eldre brukerpanel.....	45
4.3	Sosial støtte i gruppen.....	46
4.3.1	Opplevelse av sosial støtte som viktig hele veien.....	46
4.3.2	Bli mer positiv til den sosiale støtten i løpet av kurset.....	47
4.3.3	Tenker at den sosiale støtten er viktig for <i>andre</i> i gruppen.....	49
4.3.4	Sosial støtte på Facebook.....	50
4.4	Sosial støtte fra andre.....	51
4.4.1	Forteller alle rundt seg om den forestående operasjonen.....	51
4.4.2	Forteller noen om den forestående operasjonen.....	53
4.4.3	Forteller bare 1-2 personer om den forestående operasjonen.....	53
4.5	Faktorer som påvirker endringsprosessen.....	55
4.5.1	Tilbakefall.....	55
4.5.2	Spiseforstyrrelser.....	57
4.5.3	Visualisering.....	60
4.6	Helhetlig oppsummering av mine tolkede funn.....	61
5	Diskusjon.....	63
5.1	Metodediskusjon.....	63
5.1.1	Studiens reliabilitet.....	63
5.1.2	Studiens validitet.....	65
5.2	Diskusjon av resultater.....	66
5.2.1	Endringsprosessen.....	67
5.2.2	Erfaringer med brukerpanel.....	69
5.2.3	Sosial støtte – i og utenfor Startkurset.....	72
5.2.4	Andre faktorer som kan påvirke endringsprosessen.....	79

5.3	Mulige overordnede funn i masteroppgaven	84
5.4	Konklusjon og implikasjoner	85
6	Referanseliste.....	86
	Vedlegg 1. Meldeskjema Personvernombudet.....	97
	Vedlegg 2. Meldeskjema for forskningsstudier – Vestre Viken	99
	Vedlegg 3. Tilbakemelding på REK-søknad	104
	Vedlegg 4. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt	105
	Vedlegg 5. Intervjuguide 1	108
	Vedlegg 6. Intervjuguide 2	110
	Vedlegg 7. Eksempel på et transkribert intervju.....	114

Liste over tabeller

Tabell 1: KMI og helse. WHO's vurderinger av sammenhengen mellom KMI og helse for voksne, *s 1*.

Tabell 2: Timeplan for Startkurs 74, august 2017 ved Bærum sykehus, *s 4*.

Tabell 3: Oversikt over studiedeltakerne, samt alder, utdanning og yrke, *s 30*.

Tabell 4: Eksempel på kode, kategori og meningsbærende elementer, *s 36*.

Tabell 5: Oversikt over koder/temaer og kategorier, *s 37*.

Liste over figurer

Figur 1: Oversikt som viser empowerment på ulike nivåer, og som viser hvilke faktorer som påvirker, *s 8*.

Figur 2: Stadier i en atferdsendring, stages of change, *s 17*.

Figur 3: Nivåer i logiske nivåer-modellen, levels of change, *s 21*.

Figur 4: Analysetrinnene i systematisk tekstkondensering, *s 34*.

Liste over forkortelser med forklaringer

AN	Anorexia Nervosa	En spiseforstyrrelse kjennetegnet ved en vegring mot å opprettholde en sunn kroppsvekt, og en tvangspreget frykt for å gå opp i vekt.
BMI/KMI	Body Mass Index Kroppsmasseindeks	Formel som beskriver balanse mellom en persons vekt og høyde: Defineres som kroppsvekten dividert med kvadratet av høyden angitt i meter (kg/m ²).
BN	Bulimia nervosa	En spiseforstyrrelse som kjennetegnes av tilbakevendende overspising, etterfulgt av kompenserende atferd, som selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmiddel, osv.
EDNOS	Eating disorder not otherwise specified	Uspesifisert spiseforstyrrelse. Diagnosen brukes når en person er betydelig plaget av en spiseforstyrrelse, men mangler et eller flere nødvendige symptomer for å oppfylle en annen diagnose.
NK LMH	Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse	Kompetansetjeneste i helse- og omsorgstjenesten på fagområdet læring og mestring ved langvarige helseutfordringer. Eies av Helse Sør-Øst regionale helseforetak.
NLP	Nevrolingvistisk programmering	Alternativ tilnærming til kommunikasjon, personlig utvikling og psykoterapi. Kalles også for læren om hvordan du finner frem til de beste ressursene i deg selv og hos andre.
LMS	Lærings- og mestringssenter	En samhandlingsarena på sykehus hvor det utvikles og tilbys kurs, opplæring, informasjon og veiledning både på tvers av diagnoser og diagnosespesifikt.
SOC	Sense of Coherence	Opplevelse av sammenheng. Et av de mest sentrale begrepene innen Aaron Antonovskys teori om salutogenese.
WHO	Verdens helseorganisasjon	Organ under FN, som jobber for å bedre helsetilstanden til verdens befolkning. Er en ledende autoritet i det internasjonale helsearbeidet.

Oversikt over vedlegg

1. Meldeskjema Personvernombudet
2. Meldeskjema for forskningsstudier - Vestre Viken
3. Tilbakemelding på REK-søknad
4. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt med samtykkeskjema
5. Intervjuguide 1
6. Intervjuguide 2
7. Eksempel på et transkribert intervju

1 Bakgrunn for studien

1.1 Overvekt i befolkningen

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) har antallet overvektige på verdensbasis doblet seg siden 1980. I 2014 var 1,9 milliarder av den voksne befolkningen overvektig. Av disse hadde over 600 millioner mennesker fedme. I aldersgruppen fra 18 år og oppover er 39 % av befolkningen overvektig, mens 13 % har fedme. Overvekt og fedme forekommer i de fleste av klodens regioner, med unntak av Asia og Afrika, sør for Sahara. Det at flere og flere land, spesielt lav- og middelsinntekts land, opplever at både underernæring og fedme sameksisterer, kaller man for ”*double burden of disease*”. WHO har definert fedme som en av de største helsetruslene i moderne tid. Globalt sett er det i øyeblikket flere overvektige mennesker enn undervektige. Overvekt og fedme utgjør en risiko for hjerte- og karsykdom, kreft og diabetes type 2 (World Health Organization, 2016).

Årsaken til vektøkningen i befolkningen er sammensatt, der både strukturelle samfunnsmessige endringer og personlige preferanser spiller en viktig rolle. Psykologiske og fysiologiske faktorer spiller også inn (Helsedirektoratet, 2010). For å vurdere vektrelatert helserisiko brukes standardiserte målinger som KMI. Kroppsmasseindeks (KMI, engelsk: BMI) er et uttrykk for vekt i forhold til høyde, og beregnes som vekt (kg) dividert med høyde² (m²). I tabell 1 vises hvilke vurderinger WHO har gjort når det gjelder sammenhengen mellom KMI for voksne, uavhengig av kjønn og sykdomsrisiko (Folkehelseinstituttet, 2015).²

Tabell 1: KMI og helse. WHO's vurderinger av sammenhengen mellom KMI og helse for voksne, uavhengig av alder og kjønn (Folkehelseinstituttet, 2015).

Klassifisering	KMI, kg/m ²	Sykdomsrisiko
Undervekt	18,4 eller lavere	Lav risiko for diabetes, økt for andre helseproblemer
Normalvekt	18,5 - 24,9	Lav
Overvekt	25,0 - 29,9	Økt risiko for diabetes
Fedme grad 1	30,0 - 34,9	Økt risiko for diabetes og dødelighet
Fedme grad 2	35,0 – 39,9	Høy risiko for flere helseproblemer, samt økt dødelighet
Fedme grad 3	40,0 eller høyere	Ytterligere økt helserisiko

² WHO's KMI-modell er utarbeidet for voksne, og passer ikke for barn og unge. Det er utarbeidet egne KMI-modeller med grenseverdier for overvekt og fedme hos barn og unge (Folkehelseinstituttet, 2015).

Ifølge Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse er tre av 10 nordmenn overvektige. Nordmenns levevaner er blitt bedre, men i et folkehelseperspektiv går utviklingen saktere enn man hadde ønsket (Statistisk sentralbyrå, 2016). Overvekt er rangert som den fjerde største risikofaktoren for den globale sykdomsbyrden, mens i Norge har den ligget på tredje plass (Bjørnara, Torstveit & Bere, 2017). Sykdomsbyrdeberegninger identifiserer hvilke sykdommer, skader og risikofaktorer som fører til mest dødelighet og ikke-dødelige helsetap i forskjellige befolkningsgrupper, i tillegg til at de gir oversikt over helsetilstanden i befolkningen og endring av risikofaktorprofiler over tid (Knudsen et al., 2017).

Å anslå hva overvekt og fedme koster samfunnet er ikke et enkelt regnestykke, men det er anslått at kostnader knyttet til overvekt og fedme utgjør mellom 0,5 og 1 prosent av de nordiske lands bruttonasjonalprodukt. For Norge ville det anslagsvis utgjøre 6–7 milliarder kroner per år eller om lag 1600 kroner per innbygger per år (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen, 2007-2011).

1.2 Behandlingsmuligheter ved fedme og overvekt

Det finnes mange vektreduksjonsmuligheter for personer med betydelig overvekt. Fedmeoperasjon og livsstilsendringkurs er blant de mest populære alternativene i Norge. Av livsstilsendringkurs finnes kommunale tilbud, slik som Frisklivssentraler (tilbyr dagsopphold) og Norsk idrettsmedisinsk institutt/NIMI (tilbyr døgnopphold). Dessuten har man ulike private aktører, som Grete Roede AS og VGs Vektklubb, der overvektige mot betaling kan få veiledning for å gå ned i vekt. Alle disse aktørene har som mål å gi kunnskapsbasert hjelp til kostholdsendring og økt fysisk aktivitet gjennom et strukturert oppfølgingstilbud. Det finnes også ulike applikasjoner (app-er) som har til hensikt å hjelpe overvektige med å spise sunnere og mindre, samt få dem til å endre sine usunne levevaner. Disse er både gratis- og betalingsløsninger.

Selv om det finnes en rekke konvensjonelle ikke-inngrepsbaserte tilbud for å oppnå vektreduksjon, ønsker flere og flere å få utført fedmekirurgi for å løse sin overvektproblematikk. Noen mener fedmekirurgi bør være forbeholdt de som er ekstremt overvektige og der andre vektreduksjonsmetoder har mislyktes for dem (Armstrong, Anderson, Le & Nguyen, 2009). I Norge har imidlertid økningen i bruk av fedmekirurgi som behandling vært formidabel. For å bli vurdert for fedmekirurgi i Norge må man enten ha sykkelig overvekt, altså $KMI > 40 \text{ kg/m}^2$, eller $> 35 \text{ kg/m}^2$ dersom man har en vektrelatert sykdom (Kristinsson, 2017). I 2007 ble det utført nærmere 1000 fedmeoperasjoner ved norske sykehus (Skogøy, Laurini, & Aasheim, 2009). I dag fedmeopereres imidlertid omtrent 3000 pasienter hvert år

(Kristinsson, 2017). Det er særlig kvinner som gjennomgår kirurgisk behandling for fedme (Groven & Rugseth, 2016). Fedmeoperasjonene er fordelt på cirka 20 sykehus, hvorav 2/3 av operasjonene er utført på offentlige sykehus, slik som Bærum sykehus og Aker universitetssykehus. En tredjedel av operasjonene utføres på private praksiser, som Aleris Overvektklinikk og Volvat. I tillegg er det et ukjent antall pasienter som lar seg operere i utlandet hvert år (Kristinsson, 2017). Ved Bærum sykehus har totalt 1200 pasienter vært gjennom en vektreduserende operasjon, siden de startet med denne behandlingen i 2006.

I Norge utføres det to former for fedmekirurgi; gastrisk bypass og gastrisk sleeve (internasjonalt benyttes også andre metoder, men disse vil ikke bli omtalt her). Gastrisk bypass ble først beskrevet i 1966, og har vært utført siden da, mens den ble utført laparoskopisk (kikhullsoperasjon) først i 1993. Det finnes mange varianter av gastrisk bypass, men standardmetoden innebærer å lage en lomme på toppen av magesekken som rommer 30 ml, samt å koble vekk 150 cm av tynntarmen. Så kobles det som er igjen av tarmen til den lille lommen på magesekken (Kristinsson, 2017). I 2012 var 75% av alle fedmeoperasjoner i Norge av typen gastrisk bypass. Den er den operasjonsformen som er dokumentert å kunne gi størst og mest varig vekttap (ibid.).

Gastrisk sleeve er en relativt ny fedmeoperasjonsmetode. Etter hvert som man erfarte at et inngrep i magesekken, uten å koble ut tarmen, også ga et stort vekttap, har flere helseforetak tatt i bruk denne metoden. Under operasjonen deles magesekken på langs slik at et smalt rør av magesekken står igjen. Den fradelte magesekken på cirka 80 prosent av dens opprinnelige volum blir fjernet. Størrelsen på den gjenværende magesekken rommer rundt 100 ml. Gastrisk sleeve er den vanligste fedmekirurgiske fremgangsmåten i verden. Siden denne metoden er relativt ny, er det mindre dokumentasjon på hvor stort vekttap man kan oppnå. Flere studier viser at man oppnår omtrent samme vekttap som ved gastrisk bypass, mens andre viser det motsatte. Ved denne operasjonen unngår man komplikasjoner og bivirkninger som en omkobling av tynntarm kan forårsake (Oslo universitetssykehus, 2005).

En del av behandlingsopplegget for fedmepasienter ved norske offentlige sykehus er et obligatorisk kurs, kalt Startkurs, som Lærings- og mestringscenteret (LMS) ved de forskjellige sykehusene arrangerer (Oslo universitetssykehus, 2005). De første LMS i Norge ble etablert ved Aker sykehus i Oslo i 1997. Hovedmålet er å tilrettelegge for at personer med langvarige helseutfordringer – og deres pårørende – skal få kunnskap som bidrar til bedre og økt mestring av egen livssituasjon (Lode, 2016). Hensikten til Startkursets helsefremmende veiledning og opplæring er også å bistå deltakerne med å ta informerte behandlingsvalg, komme i gang med livsstilsendringer samt etablere et støttende nettverk (Fagermoen et al., 2014).

1.3 Beskrivelse at Startkurs

Et Startkurs går over åtte uker, og pasientene møtes én gang i uken à fem timer, hvilket tilsvarer 40 timer totalt. Grunnen til at kurset strekker seg over tid, er kunnskapen om at det krever tid, refleksjon og øvelse å endre en persons tankemønstre og vaner (Mathiesen, 2011). Kurset som ble fulgt i denne studien ble holdt på Bærum sykehus, der det arrangeres seks Startkurs i året. Det deltar et tjuetalls pasienter på hvert kurs, som holdes i lokalene til LMS. Alle de neste beskrivelsene av Startkurs vil gjelde for det Startkurset som jeg som forsker fulgte i forbindelse med denne masterstudien (rammeverk og emner er relativt likt på alle kurs).

Startkurs ved Bærum sykehus ledes av to veiledere ansatt ved LMS. I tillegg deltar brukerrepresentanter, samt andre forelesere, som klinisk ernæringsfysiolog, kirurg, psykolog og representanter fra konservative behandlingsklinikker. Med andre ord; det er et tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell, erfarne brukere og andre eksterne, der viktig fagkunnskap og nyttige erfaringer formidles. For å kunne kvalifisere til fedmeoperasjon må pasienter ha fullført 80% av det totalt 40 timer lange Startkurset.

Startkurs inneholder flere hovedelementer: Hvordan lykkes med å nå sine mål, ernæring/kostveiledning, informasjon om behandlingsmuligheter samt veien videre/hvordan leve med nye vaner (se tabell 2 for nærmere beskrivelse av kursdagene). Det legges stor vekt på såkalt dialogbasert undervisning.

Tabell 2: Timeplan for Startkurs 74, august 2017 ved LMS, Bærum sykehus.

Dag	Hovedtema	Veileder	Nærmere beskrivelse av dagen
Kursdag 1	Introduksjon til kursdag	LMS-veileder og brukerpanel	<ul style="list-style-type: none">• Introduksjon - presentasjon av kurs og deltakere• Brukerpanel – erfaringer med overvektsbehandling og endring av levevaner
Kursdag 2	Hvordan lykkes med å nå mine mål?	Psykolog	<ul style="list-style-type: none">• Samtale om livsstilsendring• Motivasjon til å skape endringer – praktiske erfaringer
Kursdag 3	Ernæring/kostveiledning	Klinisk ernæringsfysiolog	<ul style="list-style-type: none">• Kost og endring• Gruppearbeid
Kursdag 4	Informasjon om behandlingsmetoder	Kirurg og brukerpanel	<ul style="list-style-type: none">• Informasjon om overvektskirurgi• Brukerpanel – erfaringer med overvektsbehandling
Kursdag 5	Informasjon om behandlingsmetoder	Representanter fra NIMI og	<ul style="list-style-type: none">• Informasjon om konservativ behandling

		Friskvernsklinikk samt LMS-veileder	<ul style="list-style-type: none"> • Endringsplan – refleksjonsoppgaver
Kursdag 6	Fysisk aktivitet og endringsplan	LMS-veiledere	<ul style="list-style-type: none"> • Grppesamtale om endringsplan • Saboterende tanker knyttet til endring • Fysisk aktivitet
Kursdag 7	Hvordan leve med nye vaner?	Psykolog og brukerpanel	<ul style="list-style-type: none"> • Endringsplan, hvor er jeg nå/hvordan leve med nye vaner? • Brukerpanel – tiden etter behandling • Grppesamtaler
Kursdag 8	Avslutning og veien videre	Koordinerende sykepleier og LMS-veiledere	<ul style="list-style-type: none"> • Hva skjer videre • Praktisk informasjon • Grppesamtaler

Ved Bærum sykehus blir det informert at hensikten med Startkurset er følgende:

- a) Pasienten skal få informasjon om hvilke behandlingsmuligheter vedkommende har.
- b) Pasienten skal komme i gang med endringer som er realistiske å få til. Under dette kommer elementer som for eksempel det å være del av et støttende nettverk, å bli bedre kjent med egne behov og ressurser og å skape økt bevissthet omkring en livsstilsendring.

Relativt få studier er utført angående opplæring til denne målgruppen, så det er begrenset hva man vet om hvilke opplevelser pasienter har av et Startkurs. I en kvantitativ studie fra 2009, der deltakere på Startkurs ble bedt om å fylle ut spørreskjemaer på fem ulike tidspunkter, ble det konkludert med at kurs som vektlegger at deltakere får grunnleggende kunnskap om sin sykdomssituasjon, og som lærer selvstyrkende metoder, kan bidra til å øke deres mestringsforventning og selvfølelse (Fagermoen et al., 2014). Studieforfatterne hevdet at det er behov for flere studier som ser på hvilken betydning Startkurs har for pasienter (og pårørende), særlig i situasjoner med langvarige helseutfordringer hos kursdeltaker. Forskerne uttrykket at både spørreundersøkelser og intervjustudier kan bidra med ytterligere kunnskap på feltet (ibid.). I artikkelen ”Lærer å mestre fedme” fra 2011, som handler om Startkurs ved LMS på Aker universitetssykehus, skrev også forfatterne at det er behov for mer kunnskapsutvikling og forskning knyttet til læringstilbudene ved LMS (Bonsaksen, Hustadnes, Axelsen & Bjørnsborg, 2011). Samme år ble det gjort en masterstudie som kartla deltakernes erfaringer under et Startkurs ved Sykehuset Østfold. Her ønsket studieforfatteren blant annet å studere hvilke prosesser i selve kurset som kunne bidra til en livsstilsendring hos deltakerne. Studien

konkluderte med at følgende prosesser i Startkurs kan føre til en personlig livsstilsendring; forbedring av egne tankemønstre, ens deltakelse i et sosialt nettverk og personlig opplevelse av anerkjennelse (Mathiesen, 2011). På bakgrunn av ovennevnte referanser, ønsker jeg med denne studien å bidra med ytterligere kunnskap på dette feltet. Med hjelp av personlige intervjuer av pasienter som har deltatt på Startkurs forsøker jeg å besvare følgende problemstilling:

Hvilke opplevelser har pasienter av ”Startkurs” som holdes i forkant av fedmekirurgi?

Startkurs ved LMS på Bærum sykehus er ikke blitt evaluert siden oppstart i 2006. Ved å kartlegge pasienters opplevelser mens de går på obligatorisk Startkurs, kan man styrke Bærum sykehus og resten av Vestre Viken sin opplæring av pasienter som forløp til deres overvektsbehandling. Videre kan resultatene av studien være nyttige for andre fagmiljøer som tilbyr overvektsbehandling.

1.4 Samarbeidspartnere og veiledere

Masterprosjektet er tilknyttet LMS ved Bærum sykehus, Vestre Viken. Eksterne veiledere er fysioterapeut og gruppeveileder Anne-Cathrine Berg og ergoterapeut og gruppeveileder Katherine Bevan, begge ved LMS ved Bærum sykehus. Interne veiledere er professor i helsekommunikasjon Kjell Sverre Pettersen, ved OsloMet – storbyuniversitetet (hovedveileder), samt førsteamanuensis Marianne Molin, også ved OsloMet – storbyuniversitetet (biveileder).

2 Teori

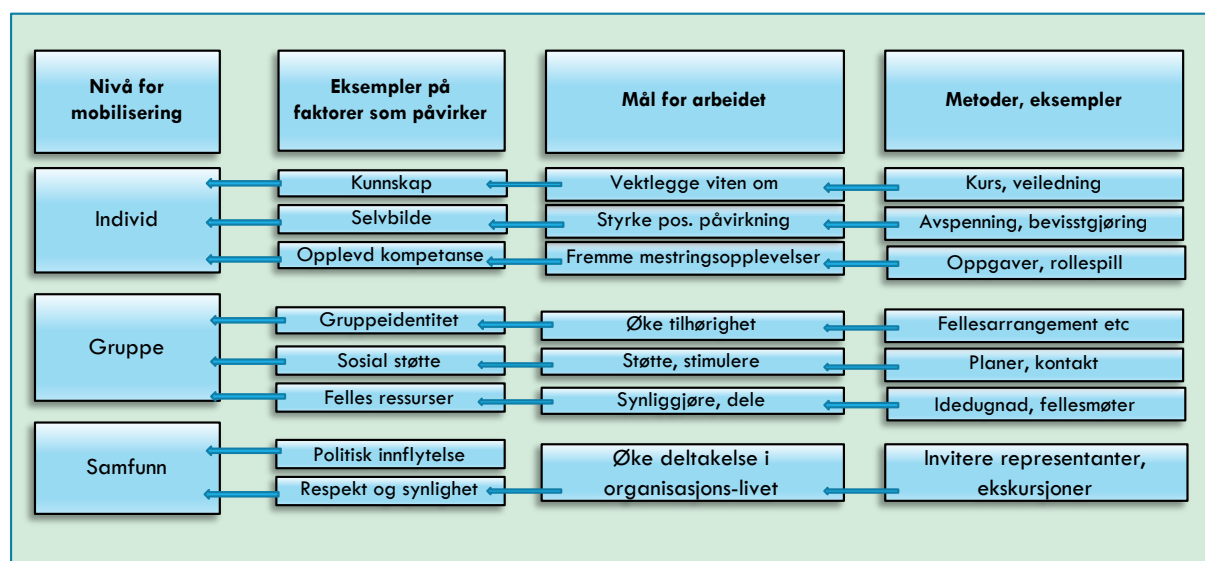
I dette kapitlet vil teori og tilhørende forskning som er relevant for problemstillingen bli belyst. Teoriene er presentert i denne rekkefølgen: Empowerment, mestringstro (self-efficacy), brukermedvirkning, sosial støtte (social support), salutogenese, endringsprosessen, spiseforstyrrelser og visualisering.

2.1 Empowerment

Det ideologiske begrepet *empowerment* har en relativ kort historie, og ble fremmet for første gang i 1960-årene under frigjøringsbevegelsene til svakstilte grupper, som afroamerikanernes frigjøringskamp i USA (Strøm og Fagermoen, 2011). Mange husker parolen ”power to the people” fra denne tiden. Den grunnleggende tanken da var at mennesket er et aktivt handlende subjekt, og både vil og kan sitt eget beste - så lenge forholdene legges til rette for det. Den videre utviklingen av begrepet har foregått spesielt innen helse- og sosialfeltet, men det var først i 1986 at Ottawa-charteret lanserte begrepet *empowerment*. Ottawa-charteret er et initiativ fra Verdens helseorganisasjon (WHO) som retter oppmerksomheten mot helseforebyggende og helsefremmende arbeid. De brukte begrepet *empowerment* som en prosess som gjør folk i bedre stand til å øke kontrollen over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (ibid.). I dag er empowerment et gjennomgående teoretisk element innen helsefremmende arbeid, fordi man vet at pasientene kan oppnå bedre resultater om de styrkes og finner hjelp til å styrke seg selv. På den måten er de bedre rustet til å mestre sin egen situasjon (Aanonli & Hansen, 2016).

Empowerment som teoretisk perspektiv anvendes både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (Strøm og Fagermoen, 2011). Empowerment på individnivå kan for eksempel være i en konsultasjon, mens man gjennom arbeid i grupper ønsker å stimulere til økt fellesskap som vil føre til empowerment på gruppenivå. Det gjøres gjennom blant annet sosial støtte og deling av kunnskap. På samfunnsnivå handler det om å ha innflytelse i politiske ressurser som berører både individets eller gruppens interesser. Figur 1 viser disse forskjellige empowerment-nivåene, og hva som kjennetegner hvert nivå. Figuren viser også eksempler på faktorer som kan påvirke i de forskjellige nivåene. For eksempel vil sosial støtte kunne være en påvirkningsfaktor for empowerment på gruppenivå. Målet for denne typen arbeid vil være å støtte og stimulere en gruppe til å lage planer og holde kontakten. Figuren er lagd av masteroppgaveforfatteren selv, men er presentert på samme måte som i artikkelen til Sørensen et al. (2002), fordi den etter min mening gir en god fremstilling av de ulike nivåene (Sørensen

et al., 2002). Empowerment er komplekst fordi det kan gjøres på mange forskjellige nivåer. Denne masteroppgaven ser først og fremst på empowerment-prosesser på gruppenivå.



Figur 1: Empowerment på ulike nivåer, og hvilke faktorer som påvirker (inspirert av Sørensen et al., 2002).

Empowerment-perspektivet er også stort på den måten at den vektlegger betydningen av å støtte personer som enten befinner seg i en *akutt* situasjon eller som trenger hjelp til å fremme sin helse på *lang* sikt (Myhrstuen, 2017). Uavhengig om det dreier seg om en akutt eller en mer langsiktig situasjon, påpekte Struzzo et al. (2013) i deres studie at motivasjonsendring er grunnleggende for å opprettholde en ny livsstil. Styrking av personlige evner og selvtillit synes å være sentrale strategier for å motivere personer til å endre og forenkle deres evne til å håndtere situasjonen de er i (Struzzo et al., 2013).

Når man snakker om empowerment i Norges brukes ofte begrepet ”myndiggjøring” eller ”egenkraftmobilisering”. Målet er å gjøre individer i stand til å øke kontrollen over sin egen helsetilstand, ved å definere sine egne problemer og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre. Det motsatte av myndiggjøring og empowerment er maktesløshet. Man kan komme seg ut av denne avmaktsposisjonen gjennom makt, styrke og kraft som kommer utenfra (Lode, 2016). Viktigheten av slik myndiggjøring når det kommer til behandlingen av fedme, bekreftes også i Helsedirektoratets retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (Helsedirektoratet, 2010).

På Startkurs legges det stor vekt på at både pasienter og pårørende skal tilegne seg kunnskap som kan bidra til mestring av egen livssituasjon (Lode, 2016). Empowerment er sentralt i alle kurs som holdes ved LMS (men er ikke et begrep som brukes i kurssammenheng).

På Startkurs får deltakerne grunnleggende kunnskap om sin sykdomssituasjon, og lærer selvstyrkende metoder som kan bidra til bedre mestringsforventning og selvfølelse. Dette gjøres for eksempel gjennom brukermedvirkning og sosial støtte, som er grunnleggende prinsipper innen empowerment-tenkningen. Denne oppgaven vil som nevnt fokusere på hvordan personer som trenger hjelp til å fremme sin helse på lang sikt opplever å få økt styrke på gruppenivå. Denne kraften hos den enkelte kan utvikles uten at det settes inn et samfunnsmessig initiativ (Askheim, 2012). Før disse ”metodene”, altså brukermedvirkning og sosial støtte, vil bli diskutert, er det viktig å belyse mestringstro. Skal man klare å oppnå noe gjennom ulike empowerment-prinsipper, er det viktig at pasienten/individet selv finner en indre motivasjon som gjør at hans/hennes mål kan oppnås.

2.2 Mestringstro

Man kan tenke på empowerment som en *prosess* som gir individer kontroll over eget liv (Perkins & Zimmerman, 1995). Individer som er ”empowered”, eller myndiggjort, viser ofte større grad av selvregulatoriske kvaliteter som mestringstro (Tol, Alhani, Shojaezadeh, Sharifirad & Moazam, 2015). Et teoretisk perspektiv som bygger videre på empowerment, er det å finne den indre troen på at man vil lykkes, altså at man vil klare å mestre noe. Det er flere ulike definisjoner på mestring. Felles for dem er at menneskets atferd ikke kan begrenses til hans eller hennes individuelle strategi, men det må forstås i et større samfunnsperspektiv (Neegaard, 2008). Det er viktig å synliggjøre hvilke samfunnsmessige rammer som kan påvirke opplevelsen av å mestre en sykdom eller langvarige helseutfordringer. I denne masteroppgaven blir det ansett som mest aktuelt og relevant å bruke Albert Banduras sin teori på dette området. Den kanadiske psykologen introduserte begrepet *self-efficacy* på 1970-tallet, som handler om individets evne og tro til å utføre en helserelatert atferdsendring. Self-efficacy har rot i Banduras’ sosial-kognitive teori, som illustrerer at individet, hans/hennes omgivelser og hans/hennes atferd konstant interagerer og påvirker hverandre. Ifølge Bandura er self-efficacy den mest sentrale forutsetningen innen atferdsendring, og spiller en sentral rolle innen læring og mestring (Nutbeam, Harris & Wise, 2010). Dette betyr at det ofte ikke er tilstrekkelig å ha et ønske om å endre en atferd eller å ha økt kunnskapsnivå om en atferdsendring. Helseutfall påvirkes av utfallet personen forventer at handlingen skal ha. Self-efficacy defineres gjerne som troen på at man kan lykkes i å utføre en bestemt oppgave i en bestemt kontekst (Bandura, 1977). Bandura antok at troen på å fullføre en oppgave kan både formes og modifiseres ved å 1) se tilbake på tidligere atferd, 2) kopiere atferden til andre, 3) motta støtte og overbevisning og 4)

se på den emosjonelle og psykologiske stimulansen individet opplever når de utfører handlingen (Bandura, 1994).

En vanlig norsk oversettelse av begrepet self-efficacy er *mestringstro*, og handler altså om ens egne evne til å handle på en måte slik at man oppnår et mål man har satt seg. Man har tro på sine egne krefter i å håndtere oppgaver og utfordringer (Fagermoen & Lerdal, 2011). Ifølge Bandura finnes det varierende grad av mestringstro, og jo høyere tro på og forventning man har på en endring, jo større endring vil man foreta seg. Individuer med lav mestringstro vil på den annen side raskt miste både troen på seg selv og troen på at de vil lykkes (Bandura, 1977).

På Startkurs er det å gi pasientene økt mestringstro en vesentlig del av arbeidet, derav navnet Lærings- og mestringssenter. En definisjon på mestring ble utformet av sentrale personer allerede i det første LMS, og det ble beskrevet slik i 2004:

”Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre”
(Hvinden, 2011, s. 54).

Å finne en egen indre tro på at man vil lykkes vil også i stor grad kunne bli påvirket av ytre faktorer (Deci & Ryan, 1994). Derfor er det viktig å stimulere ytre ressurser som kan bidra til å bedre individets mestringsevne, og som kan bidra til å påvirke han/henne i en helsefremmende retning – noe den følgende delen vil omhandle.

2.3 Brukermedvirkning

Empowerment bygger på tre viktige hovedprinsipper; maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse (Tveiten, 2016). Når det gjelder medvirkning betraktes brukere som borgere av et samfunn med de rettighetene, mulighetene og pliktene det innebærer. Som borger av et samfunn er det en menneskerett å ha innflytelse over spørsmål som gjelder en selv. Brukerrollen vil bare være en liten del av livet, men for å kunne leve et aktivt liv, er det viktig å få den hjelpen en trenger og de tjenestene en har behov for (Larsen, Nordal, Aasheim & Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Ordet ”brukermedvirkning” brukes ofte i forbindelse med både empowerment og self-efficacy, og noen omtaler til og med empowerment og brukermedvirkning med en og samme betydning (Olsen, 2012). I denne oppgaven brukes ikke disse begrepene synonymt, men brukermedvirkning sees som en *tilnærming* for å oppnå empowerment. Brukermedvirkning er altså *relatert* til empowerment-tenkningen (Sigstad,

2004). Brukermedvirkning, eller user participation som det ofte kalles på engelsk, kan defineres som: ”Aktiv deltagelse fra pasienter, pasientrepresentanter eller potensielle pasienter, i planlegging, overvåking og utvikling av helsetilbud” (Hvinden, 2011, s. 55). Brukerne opptrer altså som talspersoner på brukergruppens vegne, og de deltar i samhandling med det øvrige hjelpeapparatet (ibid.). Man anser de erfaringene som brukerne har som like viktige som det fagfolkene kan bidra med. I tillegg anses brukermedvirkning som en klar forutsetning for en god mestringsprosess.

Akkurat som med empowerment, foregår brukermedvirkning på flere nivåer (Larsen, Nordal, Aasheim & Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det er på individnivå, systemnivå og politisk nivå. På individnivå får de som benytter seg av et tjenestevalg muligheten til å medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige, og som innebærer større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. På systemnivå innebærer brukermedvirkning at brukere inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltakende ved å dele av sin kunnskap. På politisk nivå involveres brukergrupper og brukerorganisasjoner når politiske beslutninger skal fattes (ibid).

Denne oppgaven vil fra nå fokusere på brukermedvirkning på systemnivå. Bandura beskrev selv i 1994 viktigheten av å være vitne til personer som er i samme situasjon som en selv. Det vil gjøre individet i bedre stand til å mestre en aktivitet, og det vil bidra til å gi individet økt tro på at han/hun vil kunne beherske og lykkes med det samme (Bandura, 1994). Bare to år senere ble det konkludert i en konferanse som ble holdt i Oslo av ulike brukerorganisasjoner, som Diabetesforbundet, at læring er nødvendig for å leve med eller mestre tilværelsen med kronisk sykdom. Denne nye metoden for opplæring, hvor de med erfaring selv deltar, ble gitt mye oppmerksomhet, og det ble erklært enighet i at brukerens erfaringskunnskap måtte bringes til torgs. Videre ble brukermedvirkning introdusert som et sentralt begrep i opplæringssammenheng (Hvinden, 2011). I sin kommentar skrev også Sørensen og Graff-Iversen (2001) at ideer om helse og folkehelsearbeid har endret seg som følge av at både folkehelsen og sykdomsmønsteret har endret seg. Trenden har vært et skifte fra å vektlegge opplysningsarbeid og planlagt påvirkning av atferd til mer dialog og brukermedvirkning (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). I en stortingsmelding stadfestes det at det i helse- og omsorgstjenesten er lovpålagt å sørge for bruker- og pasientmedvirkning. Det er fordi erfaringene viser at det gjør tjenestene bedre, samtidig som det bidrar til å styrke individets egenmestring og deltakelse (St. Meld. nr. 34 (2012-2013), 2013). Norske myndigheter har faktisk i mange år påpekt at brukermedvirkning skal inn i helsetjenesten, men det er ennå et stykke igjen før både pasienter og brukere er deltakere i et slikt helsetilbud (Hvinden, 2011).

Når det er sagt har enkelte også stilt spørsmålstegn ved brukermedvirkning, og mener at man gjennom dette kan skape økte og urealistiske forventninger. Implikasjonene av det igjen kan være at brukermedvirkning blir kostnadsdrivende (Haukelien, Møller & Vike, 2011).

I motsetning til helsetjenesten for øvrig, har brukermedvirkning vært en sentral premis helt siden oppstart av det første LMS. Læringstilbudet og læringsinnholdet utvikles og gjennomføres i et samarbeid mellom brukerrepresentanter og fagfolk (Strøm & Fagermoen, 2011). I studien til Fagermoen et al. (2014) kom det fram at å benytte selvstyrkende metoder i pasientkurs, som brukermedvirkning, kan være viktig supplement til annen behandling. Målet med brukermedvirkning er at det som formidles skal oppleves som hverdagsnært og relevant for deltakerne (Fagermoen et al., 2014). Når brukere deltar og påvirker utformingen på denne måten, som er utover sin egen sak, omtales det som nevnt som brukermedvirkning på system nivå, eller som kollektiv brukermedvirkning (Bakke, 2009). På Startkurs foregår dette ved at brukere opptrer som talspersoner på brukergruppens vegne, og deler sine erfaringer ved å holde korte foredrag eller ved å stille spørsmål som vil være til hjelp for pasienter som går på Startkurs. Et av målene er å gi pasientene økt mestringstro.

På flere av møtene på Startkurs 74 snakket deltakere i et brukerpanel om sine erfaringer med overvektsbehandling og endring av levevaner. Brukerpanelet bestod i hovedsak av fedmeopererte brukere, i tillegg til én bruker som hadde gjennomgått konservativ behandling (ikke-kirurgisk behandling). Alle hadde vært gjennom behandlingen nokså nylig, for mellom 1-2 år siden, og alle hadde selv vært deltakere på Startkurs. Brukerne som hadde gjennomgått fedmekirurgi virket veldig fornøyd med å ha gjort det, selv om enkelte hadde møtt på flere post-operative utfordringer underveis enn andre. De hadde alle lyktes med å gå ned i vekt, og ingen så ut til å angre på valget de hadde tatt.

Flere av brukerne var inne på at det er flere faktorer som har betydning for evnen til å takle livsbelastninger, til å komme seg videre i en endringsprosess og til å få økt tro på at man vil lykkes. Det kunne for eksempel være opplevelsen av sosial støtte.

2.4 Sosial støtte

Gjennom sosial støtte kan man hjelpe et individ å oppleve økt mestringsevne. Sosial støtte defineres som i hvilken grad en persons grunnleggende sosiale behov dekkes gjennom interaksjon med andre. Grunnleggende sosiale behov er knyttet til blant annet emosjoner, selvfølelse, identitet og trygghet, som kan møtes gjennom en sosio-emosjonell tilførsel (Strand & Finset, 2005). Med andre ord vil man gjennom sosial støtte kunne oppleve eller erfare at man blir ivaretatt av andre, at man blir respektert og verdsatt, samt er en del av et sosialt nettverk

der hjelpen og forpliktelsen er gjensidig (Lode, 2016). I mestringslitteraturen beskrives sosial støtte som en problemløsende strategi. Dette er når en person enten søker noe konkret i form av råd og informasjon eller emosjonell støtte i form av empati og omsorg. Dette fenomenet beskrev Antonovsky allerede i 1979, og han sa at jo større sosial tilhørighet man har til et individ eller til en gruppe, jo større er sannsynligheten for at man vil takle utfordringer i livet, og jo mer sannsynlig er det at man vil klare å opprettholde eller forbedre sin helse (Antonovsky, 1979). Med andre ord beskrev han sosial støtte som en av de mest fremtredende mestringsressursene. Dette framkom også i en stortingsmelding, hvor det blir beskrevet at opplevelsen av sosial støtte bidrar til helse og livskvalitet. Og det motsatte, altså ensomhet, utenforskap og opplevelse av manglende sosial støtte, har betydelige negative konsekvenser for helse (St.meld. nr. 34 (2012-2013), 2013).

Mye av litteraturen som finnes på *social support* viser hvor viktig det er med sosial støtte *under* en vektreduksjon (Schwaiger, 2017). Videre viser et søk i Pubmed at det er gjort mange studier som går på sosial støtte i forhold til *mestring*, noe som også er beskrevet av Lode (2016): ”Det er betydelig dokumentasjon på at sosial støtte reduserer eller regulerer uønskede psykologiske konsekvenser av stressituasjoner” (Lode, 2016, s. 47). Som det skrives i stortingsmeldingen nevnt over, vil personer som har slike nære bånd til andre, og som opplever at en eller flere bryr seg om dem, i lettere grad løse spenning enn personer som ikke har denne egenskapen i sine relasjoner (St.meld. nr. 34 (2012-2013), 2013). Og videre vil forvissningen om at man har en slik sosial støtte tilgjengelig ofte være nok til at det kan være en mestringsressurs, og dermed øke personens styrke (Langeland, 2011). Det man imidlertid vet mindre om er den langsiktige effekten av sosiale støtte i forbindelse med en vektreduksjon eller etter en fedmeoperasjon.

Teori om sosial støtte er et viktig grunnlag for Startkurs på Bærum sykehus, og et viktig mål for kurset er å stimulere deltakerne til å utvide sitt eget sosiale nettverk. I litteraturen bekreftes den gode effekten av sosial støtte i gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring: ”Generelt ser gruppeundervisning ut til å ha positiv effekt på psykososiale utfall som psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom” (Austvoll-Dalgren, Nøstberg, Steinsbakk & Vist, 2001, s. 6). Mathiesen (2011) fant i hennes studie at deltakelse i sosiale nettverk som Startkurs utgjør, vil kunne føre til livsstilsendringer. Det sosiale nettverket kan bidra med ressurser i deltakernes liv som gjør det lettere å mestre utfordringer (Mathiesen, 2011). I studien til Schwaiger (2017), som ble gjort på pasienter som mottok kostveiledning, ble det konkludert at de informantene som opplevde å ha sosial støtte, var de samme som rapporterte å ha sterk mestringstro (Schwaiger, 2017).

Selv om gruppebaserte læringstilbud som Startkurs handler om å legge til rette for, samt oppfordre pasienter til å danne og delta i det sosiale nettverket på selve kurset, er det også viktig å huske at det som skjer og dannes i sosiale nettverk også spres i nettverket (Christakis & Fowler, 2010). Nyere studier viser et robust forhold mellom sosial og emosjonell støtte og bedre helse, der sosial støtte karakteriseres som støtte fra familie, venner og andre (Reblin & Uchino, 2008). Dette gjorde det relevant å se på hva slags sosial støtte pasientene i denne studien opplevde å få, både på kurs, men også utenfor kursets vegger – blant familie og venner. De fleste studier bruker selvrappoteringskjema for å undersøke i hvilken grad en person opplever å ha sosial støtte (Lode, 2016). I denne kvalitative studien ble imidlertid informanter bedt om å fortelle om *betydningen* av den sosiale støtten, og hvor mye sosial støtte de opplevde at de fikk. Fokuset var både på det sosiale nettverket pasientene opplevde å ha i en *gruppe* på Startkurs, men også i hvilken grad de opplevde sosial støtte utenom kurset, og ikke minst hvordan de opplevde den sosiale støtten i den virtuelle verdenen.

2.5 Online sosial støtte

Det er viktig å huske at vi er i en tid der måten sosial støtte blir gitt og mottatt på har endret seg sterkt i takt med utviklingen av sosiale nettverkstjenester, som for eksempel Facebook. Selv om man snakker mye om alle fordelene som Facebook-basert sosial støtte gir, finnes det lite empirisk evidens som understøtter dette, og det er ingen validerte tiltak som har blitt designet for å vurdere den sosiale støtten som gis via sosiale medier (McCloskey, Iwanicki, Lauterbach, Giammittorio & Maxwell, 2015). I en studie fant imidlertid forskere at sosiale medier, spesielt Facebook og blogger, kan bidra til å forbedre pasienters utfall. I denne studien så forskerne på opplevelsen av sosial og emosjonell støtte samt brukerstøtte hos kronisk syke (Patel, Chang, Greysen & Chopra, 2015). Likeså fant Naslund et al. (2018) at Facebook virker som et lovende verktøy for å kunne bidra til endring i helseatferd hos alvorlig syke (Naslund, Aschbrenner, Marsch, McHugo & Bartels, 2018). Studien ble kun gjort på pasienter med alvorlig psykiske lidelser, men det anses likevel relevant å vise til denne da psykiske lidelser ofte betraktes som en underliggende årsak til overvekt og fedme (Verpe, 2016). På Startkurs oppfordres det i stor grad til at hver kursgruppe danner sin egen lukkede Facebook-gruppe, der de både kan oppmuntre hverandre og være hverandres støttespillere.

Alt som er blitt diskutert i teoridelen til nå, enten det er empowerment, mestringstro eller det å bli påvirket til å endre sin atferd gjennom indre eller ytre faktorer, bidrar til å redusere motstand, og kan ansees som helsefremmende. Det har med andre ord i stor grad handlet om måter en kan tilføre positive handlinger, muligheter og betingelser for å bedre et utfall. Dette er

en litt ny måte og nytt syn å ha på helse og sykdom, og omtales gjerne også som en *salutogen tilnærming*:

2.6 Salutogenese

Når man snakker om både empowerment, mestringstro, brukermedvirkning og sosial støtte er det naturlig å trekke fram teorien om salutogenese. Salutogenese betyr ”tilblivelse av helse”, der *saluto* er det latinske ordet for helse, og *genese* er tilblivelse eller skapelse (Langeland, 2011). Salutogenese, eller opphavet til helse, beskrives ofte som det motsatte av patogenese, altså opphavet til sykdom (Jacobsen, 2016). Antonovsky lanserte dette begrepet med et ønske om å fokusere på det som gir helse, og så på helsetilstand som en glideskala, eller et kontinuum med to ytterpunkter; helse og uhelse. Individet beveger seg hele tiden mellom disse to ytterpunktene. I et salutogent perspektiv ønsker man å finne ut hvilke faktorer som gjør at individet vil bevege seg mot den friske og helsefremmende retningen i kontinuumet. Disse faktorene omtales gjerne som mestringsressurser (ibid.), og omhandler begreper som mestring og mestringstro, som allerede er blitt diskutert i dette kapittelet.

Teorien om salutogenese gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring kan skapes, via teoriens hovedbegrep ”sense of coherence” (SOC) (Langeland, 2014). Dette blir ofte oversatt til ”opplevelse av sammenheng”. SOC gir uttrykk for i hvilken grad en person har tillit til at verdenen og livet kan betraktes som *meningsfullt, begripelig og håndterbart* (Jacobsen, 2016). Alle disse tre komponentene må være til stede for at et menneske skal kunne oppleve sammenheng, og de står i et dynamisk forhold til hverandre. Antonovsky trekker imidlertid fram meningsfullhet som den viktigste komponenten, og i dette ligger det å oppleve mening, noe som er knyttet til følelser og motivasjon hos individet. Begripelighet anses som den nest viktigste komponenten, og viser til individets forståelse og subjektive opplevelse. Håndterbarhet gjenspeiler individets mulighet og evne til å påvirke sin egen situasjon eller omgivelser (ibid.). Dette vil si at en lav opplevelse av sammenheng kan gi utfall i håpløshet og oppgitthet, mens en høy opplevelse av sammenheng kan bidra til økt mestringstro på at en kan gjøre noe med situasjonen, og at en selv kan klare å påvirke utfallet.

Sett i sammenheng med denne studien, kan det forstås slik at de pasientene som har en høy opplevelse av sammenheng vil klare å møte sine utfordringer ved å handle aktivt, og at de har troen på at de vil overkomme disse utfordringene. Pasientene som har en lav opplevelse av sammenheng har derimot en lenger vei å gå, og vil trenge mer motivasjon og styrke. Det er ingen enkel oppgave for de som holder Startkurs å vite hvor på dette kontinuumet den enkelte pasient befinner seg, og i hvilken grad de opplever av de har mestringsressurser. I tillegg er det

et faktum at samspillet mellom personer og omgivelser alltid vil være i forandring. Ifølge Antonvosky er idealet i en behandling å skreddersy et opplegg til den enkelte, noe som kalles for *aktiv adaptasjon* – som går ut på å tilrettelegge behandlingen ut ifra pasientens aktive deltakelse. Til tross for at han sier dette er verken helse- eller sosialarbeidere eksplisitt definert i Antonovskys teori om salutogenese, men disse menneskene kan likevel forstås som ressurspersoner i pasientens eksterne omgivelser (Langeland, 2011). På Startkurs ønsker man gjennom en salutogen tilnærming å gi pasientene økt innsikt i egen mestringsevne ved å øke bevisstheten om ens eget potensial, slik at pasienten kommer inn i en god sirkel kjennetegnet av et konstruktivt samspill mellom mestringsressurser og SOC (ibid.).

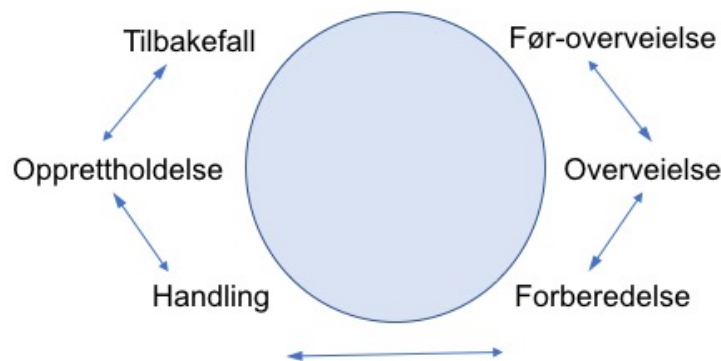
2.7 Endringsprosessen

Så langt i denne teoridelen er det beskrevet mye om mestringstro, både knyttet opp mot empowerment-tankegangen, samt brukermedvirkning. Mestringstro er også beskrevet som et resultat av sosial støtte og i et salutogent perspektiv. Mestringstro er i tillegg et viktig konstrukt i flere teorier som brukes innen atferdsendring, som blant annet den transteoretiske modellen, eller atferdsendringsmodellen (Stages of change). Denne modellen viser at økt mestringstro er assosiert med bedre adopsjon til en atferdsendring, og at mestringstro er et viktig strategisk ledd underveis i en endringsprosess (Wingo et al., 2013). Noen år etter at Bandura presenterte sin teori om self-efficacy på 1970-tallet, utarbeidet Prochaska og DiClemente sin stadiebaserte endringsmodell ”Stages of change”. Den viser at for å overkomme en endring, må individet gjennom en prosess som involverer distinkte faser. Modellen har to dimensjoner som viser både de forskjellige stadiene i en endringsprosess, og prosessen som er relevant for de ulike stadiene. Modellen baserer seg på at en atferdsendring er en prosess fremfor en hendelse, og at individer har varierende motivasjonsnivå og beredskap til å endre seg. Den identifiserer fem grunnleggende stadier av endring (Nutbeam, Harris & Wise, 2010):

1. Før-overveielse. Beskriver individer som ikke vurderer å endre sin atferd, enten fordi de ikke er klar over at de burde det eller fordi de bevisst ikke ønsker å gjøre det.
2. Overveielse. Stadiet der et individ er klar over problemet, og vurderer å endre en spesifikk atferd, men det gjøres ingen tiltak.
3. Forberedelse. Stadiet der individet gjør seg klar til å foreta en atferdsendring.
4. Handling. På dette stadiet utføres selve endringen. Endringer i dette stadiet er ofte synlig, og individet vil ofte motta anerkjennelse fra andre.

5. Opprettholdelse/vedlikehold. Stadiet der den nye atferden vedlikeholdes, og blir en del av den nye atferden. Individet jobber hardt for å opprettholde atferdsendringen og unngå tilbakefall. Individet befinner seg i denne fasen når de har holdt seg til den nye atferden i over seks måneder (Prochaska, Diclemente, Norcross & Fowler, 1992).

Nå har man i tillegg inkludert et stadium med tilbakefall, for kortere eller lengre tid (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Denne oppgis ofte som del av det femte stadiet. Noen ganger oppgis også et sjette stadium, som kalles terminering, som er enhver atferd som fullstendig terminerer en handling. På dette stadiet har individet ingen fristelser og graden av self-efficacy er høy (Nutbeam, Harris & Wise, 2010). Modellen viser ikke en lineær prosess, men fremhever at tilbakefall og gjentakelse av de ulike stadiene er vanlig, og er en vel-dokumentert del av jobben med å endre atferd. Dette kan tolkes som at tilbakefall er nok mer regelen enn unntaket (se figur 2).



Figur 2: Stadier i en atferdsendring. Egen modell med inspirasjon fra Prochaska, Diclemente, Norcross & Fowler (1992).

Negative følelser som stress, angst og depresjon, konflikt med andre personer, sosialt press for å gjenoppta tidligere atferd samt positive følelser knyttet til glede eller følelsen av å skulle feire, er eksempler på faktorer som kan påvirke atferdsendringsprosessen (Mæland, 2010).

Det er viktig å ha forståelse og innsikt i denne modellen når det kommer til helsefremmende arbeid, fordi man må legge vekt på ulike motivasjonsfaktorer, alt etter som hvilket stadium i modellen individet befinner seg på. Informasjon kan for eksempel være viktig i det første stadiet, mens sosial støtte er viktig på vedlikeholdsstadiet. Det er forsket mye på denne modellen, og den har vist seg å være nyttig når det kommer til ulike former for helseatferd, som røyke- og alkoholavvenning, fysisk aktivitet og vektkontroll (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). I kurssammenheng, kan for eksempel veiledere stille viktige spørsmål,

framfor å oppgi de ”riktige” svarene, og på den måten vil pasienten kunne reflektere over egne tanker, følelser og atferd i de ulike trinnene i endringsprosessen (Fagermoen et al., 2014). Arbeidet med å bevisstgjøre pasienter på hva som kan sabotere gjennomføringen av endringer, samt håndtering av tilbakefall, foregår gjennom hele Startkurset. Ved bruk av ulike refleksjonsverktøy, samt strukturert veiledning, får pasientene hjelp til å bli bevisste på hvordan både tanker og følelser kan påvirke handlinger og endringer. Denne utvidede læringen om endringsprosessen, og spesielt knyttet opp mot tilbakefall, kan også sees i sammenheng med empowerment-tankegangen, fordi veilederne er opptatt av at pasientene skal få kontroll over eget liv og endre sin atferd på dette området også.

2.8 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for psykiske lidelser knyttet til mat, kroppsvekt og eget kroppsbilde (Skårderud, 2004). En person med en spiseforstyrrelse har vansker med å forholde seg til både mat, personlige tanker og egne følelser. Pasienten er gjerne overopptatt av kropp, vekt og utseende. Dette er svært belastende på kroppen, da det ofte kontrollerer store deler av dagliglivet. Det finnes flere former for spiseforstyrrelser, og det vanligste er å dele dem inn i tre kategorier: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) og overspisingslidelse (Binge Eating Disorder på engelsk) (ibid.). En fjerde betegnelse er en uspesifikk spiseforstyrrelse der pasienten verken diagnostiseres med AN eller BN, men har en tydelig spiseforstyrret atferd. Disse kommer i ”rest-kategorien” EDNOS, (eating disorder not otherwise specified) fordi de mangler et eller flere av de nødvendige symptomene for å oppfylle diagnosekriteriene til AN, BN eller overspisingslidelse (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Ortoreksi omtales gjerne som den fjerde spiseforstyrrelsen, som betegner en spiseforstyrrelse preget av et overdrevet fokus på å spise sunn mat.

AN kjennetegnes ved en intens frykt for å bli fet eller legge på seg. Det resulterer ofte i et vekttap på minst 15 prosent av normalvekt, sett i forhold til høyde og alder. BN kjennetegnes ved en uimotståelig trang for mat og gjentatte episoder med overspising der pasienten ikke har kontroll over matinntaket. Episodene etterfølges av handlinger som kompenserer for det store matinntaket og for å unngå vektøkning. Typisk atferd er avførende midler, vanddrivende medisiner eller en kombinasjon av streng slanking og fysisk aktivitet. Overspisingslidelse minner om BN, men skiller seg ved at pasienten ikke kaster opp eller bruker andre midler for å kvitte seg med det ekstra energiinntaket. Pasienter med overspisingslidelse blir gjerne overvektige, og er dermed mer utsatt for blant annet hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, diabetes type 2, slitasjegikt og søvnapné (Pedersen, Anderssen & Hjartåker, 2009). EDNOS-

kategorien er så mangfoldig og dermed gir diagnosen lite informasjon om sannsynlige symptomer, utvikling eller utfall, noe som gjør det vanskelig å bruke EDNOS som en diagnose. I en omfattende metaanalyse som omfatter 125 studier kommer det fram at EDNOS er assosiert med solid psykologisk og fysiologisk sykелighet, sammenliknet med de andre spesifiserte spiseforstyrrelsene (Thomas, Vartanian, Brownell, 2009). EDNOS er den vanligste spiseforstyrrelsen innen både klinisk og epidemiologisk sammenheng (Smink, Hoeken & Hoek, 2012). Felles for alle former for spiseforstyrrelser, er at studier viser at det er en sammenheng mellom depresjon og diagnostiserbare spiseforstyrrelser (Dennard & Richards, 2013).

De underliggende årsakene til utvikling av spiseforstyrrelser er ofte sammensatte. Som oftest ser man en disponerende faktor (genetiske forhold, personlighet, traumer, etc.), en utløsende faktor (mobbing, pubertet, familieoppløsning, etc.) og en vedlikeholdende faktor (miljøets reaksjoner, familiekonflikter utløst på grunn av spiseforstyrrelsen og psykiske symptomer av underernæring) (Skårderud, 2004). Det er vanskelig å anslå nøyaktig hvor mange nordmenn som lider av en spiseforstyrrelse. Det er stor variasjon i forekomsttall i ulike studier. Til tross for dette påstår Skårderud, Rosenvinge og Götestam (2004) i sin artikkel at ”pålitelige studier” antyder 10 – 40 nye tilfeller av AN per 100.000 kvinner per år, og en prevalens på 0,2 – 0,4 %. Nye årlige tilfeller av BN varierer sterkt, men anslagsvis regnes 5 – 65 tilfeller per 100.000 kvinner per år. Prevalensen av BN er høyere enn ved AN, og ligger på omkring 1 – 2 %. Det antydes en prevalens for overspisingslidelse på mellom 1,5 % og 3,2 % per 100.000 kvinner (Skårderud, Rosenvinge og Götestam, 2004). Det er imidlertid noe usikkerhet ved disse tallene. I et befolkningsperspektiv er spiseforstyrrelser en relativt sjelden sykdom, og personer med denne lidelsen benekter og/eller skjuler ofte sykdommen og unngår å oppsøke profesjonell hjelp. Det er grunn til å tro at forekomsten er noe høyere (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012).

Flere studier viser at personer med sykkelig fedme har et vanskelig forhold til mat og spising, og at spiseforstyrrelser, særlig overspising, er en problematikk hos flere (Groven og Rugseth, 2016). Opp til 30 prosent av kvinner som søker behandling for fedme har, eller har tidligere hatt, en spiseforstyrrelse, både i form av anorexia nervosa (AN), men også bulimia nervosa (BN) eller overspisingslidelse/tvangsspisinglidelse. Det til tross for at personer med spiseforstyrrelser (og andre tunge psykiske lidelser) ikke anses som egnede kandidater til fedmeoperasjon. Man har ikke tilsvarende tall for menn, men mye tyder på at de samme forhold gjelder for dem (Helsedirektoratet, 2010). Spiseforstyrrelser er ikke del av ”pensum” på Starkurs, men ble likevel diskutert opptil flere ganger, både under forelesningene og i pausene – og i intervjuene.

2.9 Visualisering

Mental trening dreier seg om ulike teknikker man bruker for å bli mentalt sterkere. Visualisering er en form for mental teknikk som brukes til å påvirke en rekke faktorer. De indre bildene vi til stadighet viser til oss selv har stor innvirkning på hvordan vi løser forskjellige situasjoner, og kan gjøre et individ best mulig forberedt på noe som skal skje i fremtiden (Pensgård, Riise & Stensbøl, 2013). Bruksområdet til visualisering er stort, og effekten er godt dokumentert, spesielt innen feltet sportspsykologi. Generelt sett har evnen til å kunne visualisere, en positiv effekt på en atferd eller en opptreden. For eksempel har man sett at å visualisere en tennisserve har forbedret presisjonen på serveren. Når det kommer til helseatferd handler det imidlertid mindre om presisjonen av atferden, men mer om motivasjonen til å engasjere seg i den nye atferden. I en studie fra 2014 ønsket forskere å se om visualisering av en spesifikk helseatferd, herunder å spise mer frukt og grønt, økte sannsynligheten for at studiedeltakerne ville ta til seg den nye atferden (Rennie, Uskul, Adams & Appleton, 2013). Deltakerne ble delt i to grupper, der den ene gruppen visualiserte, og fikk i tillegg relevant informasjon knyttet opp mot denne helseatferden, mens den andre gruppen visualiserte, men fikk ikke noe tilleggsinformasjon. Konklusjonen var at hos deltakerne som hadde lest informasjonen, ga visualiseringen en signifikant sterkere vilje til å endre atferd. I tillegg fikk disse studiedeltakerne både økt self-efficacy og overbevisningsevne. Visualisering med informasjon, eller økt kunnskap, kan altså øke graden av handling (ibid.). Da er det grunn til å tro at både fedmepasienter og personer med spiseforstyrrelser på Startkurs kan ha stor nytte av visualiseringsøvelser. Dette bekrefter også Harjang (2012), som sier at man kan bruke visualisering både innen idrett og helseatferd for å utvikle psykologiske og fysiske ferdigheter, og at visualisering kan føre til økt motivasjon, økt selvtillit og til økt kontroll over emosjonelle reaksjoner (Harjang, 2012).

Albert Einstein sa en gang: "We can not solve our problems with the same level of thinking that created them". Dette har forfatter og coach Robert Dilts fulgt opp i moderne tid. Han beskriver at vi må gå et "hakk opp" hvis vi skal løse de problemene vi skaper, og minner på mange måter om det Bandura sier om self-efficacy; Ofte er det ikke tilstrekkelig bare å ha et *ønske* om å endre en atferd eller å ha økt *kunnskapsnivå* om en atferdsendring (Bandura 1977). Det må mer til. Robert Dilts har laget en matrise for å illustrere dette (Logical levels). På de nederste nivåene i matrisen til Dilts ligger omgivelsene våre, atferden vår og den kompetansen vi har, mens lenger opp ligger vår overbevisning, vår identitet og vår visjon - altså den vi ønsker å være (se figur 3) (Godtfredsen & Merunada, 2010).



Figur 3: Nivåene i *Logical levels*-modellen (hentet fra Godtfredsen & Merunada, 2010).

Mye av litteraturen som går på endringer er på atferdsnivået, som for eksempel endringsmodellen/Stages of change-modellen, som er beskrevet allerede. Men hvor robust blir den endringen hvis den kun er på et atferdsnivå, spør Dilts. Det hjelper mer hvis man får kompetanse, men for å få en *robust* endring må man jobbe seg videre oppover til nivåene ”verdier og overbevisninger”, ”identitet” og ”visjon” (Hall & Bodenhamer, 2003). Klarer man å endre på de øverste trinnene, går alt det som er lenger ned i trappen som regel lettere. Ifølge Dilts klarer mange å flytte seg selv i Stages of change-modellen, men de flytter ikke den de er en del av (ibid). Hvis ens identitet og visjon for eksempel er knyttet mye opp rundt usunn mat og tv-titting, er det vanskelig å få til en langvarig endring. Men om man *ser* på seg selv som en person som ikke spiser usunn mat foran tv-en, og at det er en del av ens identitet og visjon, er det lettere å lykkes med å oppnå denne endringen. Dette med logiske nivåer er et verktøy som er blitt brukt innen coaching i mange år, og spesielt innen NLP-feltet. Coaching handler om å få til en bevegelse høyt oppe i de logiske nivåene, og dette verktøyet sies å være spesielt velegnet til å identifisere hvor et gitt problem hører hjemme. NLP bruker kognitiv atferdsterapi som utgangspunkt, og et av hovedmålene innen denne terapiformen er å endre tankebanene som bidrar til å opprettholde problemene. Kognitiv atferdsterapi bygger på teorier om at tanker, følelser og atferd påvirker hverandre (Holen, 2006).

Mental trening, visualisering og logiske nivåer er ikke en del av innholdet i Startkurs, men temaet visualisering kom opp i flere av intervjuene, da informantene blant annet ble spurt om de klarte å se selv som en slank person. Svarene til informantene ble oppfattet som interessante, og ga økt innsikt for å kunne besvare problemstillingen.

2.10 Problemstillingens forskningsspørsmål

For å komme nærmere innpå disse teoretiske perspektivene, er denne masterstudiens problemstilling som nevnt: *Hvilke opplevelser har pasienter av "Startkurs" som holdes i forkant av fedmekirurgi?*

Denne problemstillingen vil bli operasjonalisert gjennom følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan bidrar Startkurset i å sørge for at pasientene kommer i gang med en *endring av sine levevaner*?
- Hvilken betydning har det for pasientene å høre om erfaringene i et *brukerpanel*?
- Hvordan er pasientenes opplevelse av *sosial støtte*?
- Hvilke *eventuelle faktorer* kommer opp under Startkurs, som kan påvirke pasientenes endringsprosess?

3 Metode

I dette kapittelet vil det først redegjøres for litteratursøk knyttet til masteroppgaven. I tillegg vil forskerens rolle og forforståelse gjennom hele arbeidsprosessen beskrives. Sistnevnte er viktig å gjengi, siden det danner grunnlag for hvordan data tolkes, og til dels også for forskerens valg av spørsmål i intervjuguiden. Masteroppgavens empiri kommer fra kvalitative intervjuer, og teori knyttet til kvalitative intervjuer vil bli presentert. Deretter er det beskrevet hvorledes intervjuguiden ble utarbeidet, hvordan informantene ble rekruttert og hvordan intervjuene ble utført. Til slutt omtales hvordan analysene av intervjuene ble utført. Observasjon ble også benyttet i denne studien, men dette er ikke brukt som et metodisk vitenskapelig redskap i denne oppgaven. Det er fordi observasjon verken var viktig for å besvare problemstillingen eller forskningsspørsmålene, men det var imidlertid lærerikt å observere Startkurset både for å forstå hva informantene skulle gjennom, og for å få en økt forståelse av fenomenet. I dette kapittelet gis dermed bare en kort beskrivelse av observasjon på Startkurs. Det er valgt å utdype masterstudiens validitet og reliabilitet i Diskusjons-kapittelet, under metodediskusjonen.

3.1 Litteratursøk

For å innhente all slags litteratur som er relevant for denne studien og for problemstillingen, ble følgende databaser brukt: PubMed, Cochrane Library, PubPsych, Bibsys, Google Scholar samt Oria læringssenter og bibliotek ved OsloMet. Det ble brukt en rekke søkeord, både sammen og separat. Blant disse er: ”Startkurs”, ”fedmepasienter”, ”overvektsbehandling”, ”fedmekirurgi”, ”bariatric surgery”, ”empowerment”, ”self-efficacy”, ”mestringstro”, ”mestringsevne”, ”endringsprosess”, ”brukerpanel”, ”brukermedvirkning”, ”user participation”, ”user support”, ”sosial støtte”, ”social support”, ”støttende nettverk”, ”Stages of change”, ”tilbakefall”, ”spiseforstyrrelser” og ”visualisering”. Litteraturlisten gir for øvrig en oversikt over publikasjoner som er brukt i denne masteroppgaven. Både i brødteksten og i litteraturlisten er referansene satt opp etter stilen til American Psychological Association (APA) 6th edition. Her står forfatterens navn i alfabetisk rekkefølge etterfulgt av årstall for publikasjonen.

3.2 Forforståelse

Et sentralt aspekt innen kvalitativ metode og fenomenologi (som vil forklares i neste delkapittel) er at forskeren skal tilnærme seg problemstillingen mest mulig uten forutinntatte meninger og fordommer (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). Forskere vil

imidlertid alltid ta med seg sin fagkompetanse og sine personlige erfaringer inn i forståelsesprosessen. Ingen møter verden helt forutsetningsløst. All denne ”bagasjen”, bestående av faglige, sosiale og kulturelle erfaringer, som forskerne samler med seg i sin ryggsekk, bringes med inn i deres forsøk på å fortolke meningsfulle betydninger. Derfor er det god praksis om forskeren klargjør egen fortolkningsbakgrunn ved å beskrive de deler av hans/hennes bakgrunn som er relevant for forskningen som det jobbes med (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Jeg, som forfatter av denne masterstudien, har som fagbakgrunn en bachelorgrad i ernæring. Videre har jeg vært engasjert i et doktorgradsstudium ved Norges idrettshøgskole, som ser på effekten av fysisk aktivitet hos kvinner med spiseforstyrrelser. På tross av overnevnte bakgrunn, har jeg begrenset innsikt i og erfaring om forhold som blant annet empowerment, brukermedvirkning, sosial støtte og psykologiske faktorer som kan angå en fedmepasient. Alle disse temaene er i seg selv egne forskningsområder, og jeg har etter beste evne prøvd å lese meg opp på disse fagfeltene. Samtidig jeg har vært bevisst på disse faglige begrensningene.

Til informantene ble det kommunisert at jeg hadde en bachelorgrad i ernæring og at jeg holdt på å ta mastergrad i Samfunnsernæring. Utover det ønsket jeg å fremstå mest mulig nøytral overfor dem. Ingen av deltakerne skulle føle seg stigmatisert eller vurdert når de fortalte om sine vaner, tanker og erfaringer.

3.3 Studiedesign - fenomenologi

Det er flere forskningstilnæringer innenfor det kvalitative forskningsparadigmet. I denne oppgaven har jeg valgt å ha en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi kommer fra det greske ordet ”phainomenon” og ”logos”, det vil si læren om det som viser seg, det som kommer til syne eller det som fremtrer for et subjekt (Alvsvåg, 2016). Fenomenologi som filosofi ble grunnlagt av filosof Edmund Husserl, og etter hvert videreutviklet av eksistensfilosof Martin Heidegger. Videre utviklet Alfred Schutz fenomenologien i en sosiologisk retning, mens Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty utviklet den i en eksistensialistisk og dialektisk retning. (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). I førstnevnte retning, altså i den sosial-fenomenologiske tilnærmingen, undersøker forskeren grupper av individer, blant annet for å se hvordan deres meninger utvikles i sosial interaksjon. Fenomenologien som benyttes i kvalitativ forskning bygger på denne sosiale interaksjonen, bare at her er det individet som står i fokus (Postholm, 2010). Man ønsker å studere fenomenene fra et førstehåndsperspektiv. I denne studien er det valgt å benytte denne individuelle tilnærmingen. Målet for en slik individuell tilnærming er å se nærmere på hvordan individer forholder seg til sin egen livssituasjon, altså

til individets *livsverden*. Begrepet livsverden ble først og fremst utviklet av Husserl, og betyr at man studerer fenomener i det livet personen lever, der kroppen som subjekt fungerer i et komplekst samspill med personens historie, kultur og relasjoner (Steen & Zangi, 2011). Videre ønsker man å trekke meningsbærende *essenser* ut fra fenomenet som er i fokus, gjennom å studere erfaringene til individer som har erfaring med fenomenet (Lindseth og Norberg, 2004). May Britt Postholm (2010) beskriver en fenomenologisk tilnærming innen kvalitativ forskning slik: ”Målet med denne forskningen, som fokuserer på individet, er å gripe enkeltmenneskets opplevelse, samtidig som forskeren prøver å finne ut hvordan erfaringen av det samme fenomenet oppleves av flere enkeltindivider” (Postholm, 2010, s. 41). I denne oppgaven er det valgt å få tak i informantens erfaring og livsverden - som er relevant for problemstillingen, gjennom intervju. Det ble tilsammen utført 16 intervjuer av åtte informanter.

Det er viktig å ha et bevisst forhold til ovennevnte tilnærming, og til det metodiske rammeverket, da dette vil kunne påvirke hvordan materialet blir lest og tolket (Thagaard, 2013). Og ikke minst fordi det er blitt rettet noe kritikk mot bruk av den fenomenologiske tilnærmingen. Kvalitativ forskning blir ofte kalt naturalistisk fordi man studerer et fenomen i sine naturlige omgivelser. Kritikerne mener at det ofte kan oppstå misforståelser omkring slike ”naturlige omgivelser”. Sholl (2015) kaller det ”straw-man arguments”, som kan oversettes til logiske feil eller tankefeil. Med andre ord kan det oppstå mistolkninger. Videre mener Sholl at det er problematisk å bruke begrepet ”naturlig”, da forskeren i forskningssituasjonen allerede vil ha forutsatt flere aspekter innen naturalismen, og dette kan prege resultatene (Sholl, 2015). Likevel vurderte jeg denne metoden som best egnet for denne oppgaven. Det er fordi jeg ikke var ute etter å finne kun en sannhet, men jeg forsøkte å forstå pasientenes opplevelser, samt deres inntrykk og følelser under deltakelse på Startkurs. Nærmere bestemt hvordan Startkurset hjalp dem i gang med endring av sine levevaner, hvilken betydning det hadde for pasientene å høre om erfaringene i et brukerpanel, hvordan de opplevde sosial støtte og hvilke eventuelle andre faktorer som kunne påvirke deres endringsprosess. Målet mitt har vært å fokusere på *hvordan* disse fenomenene angikk og berørte hver enkelt pasient, ved å gi en presis beskrivelse av deres forståelseshorisont. Det var fascinerende å se at selv om pasientene tilhørte samme pasientgruppe, så opplevde de tilstanden forskjellig. Det er fordi opplevelser bestemmes ut ifra et individs bakgrunn, interesser og forståelse (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Men selv om mine informanter opplevde tilstanden forskjellig, hadde de også flere ting til felles. Disse felles erfaringene som pasientene har, kan gi grunnlag for at vi kan utvikle en generell forståelse av det fenomenet som studeres (Thagaard, 2013).

3.3.1 Fenomenologisk fremgangsmåte

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke den fenomenologiske fremgangsmåten som Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne (2015) anbefaler i sin bok, og som innebærer stegene a) forberedelse, b) datainnsamling og c) analyse og rapportering. I forberedelsesfasen brukte jeg min kunnskap og mine tidligere erfaringer for å forstå de filosofiske perspektivene som ligger bak fenomenologien. Dette ble gjort ved at jeg tok på meg ”forståelsesbrillene” til pasientene som skulle studeres, vel vitende om at alle mennesker har sitt eget tolkningsmønster. Det finnes ingen ”rene” opplevelser. Alt er koblet til tolkning. Jeg var for øvrig bevisst på dette med å forstå mitt eget tolkningsmønster under hele datainnsamlingen, ved å stille meg selv spørsmål som: ”Hva er det med meg som gjør at jeg opplever dette fenomenet på en spesiell måte?”. For å forstå andre individer, er det nemlig en forutsetning at man forstår sitt eget tolkningsmønster (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). I denne forberedelsesfasen ble også problemstillingen formulert, så jeg på best mulig måte kunne forsøke å forstå meningen og erfaringene til fenomenet som skulle studeres. Neste steg i den fenomenologiske fremgangsmåten er datainnsamlingen, som blir beskrevet nærmere under. Siste del av dette kapittelet omhandler det siste steget, som er analyse og rapportering av funnene.

3.3.2 Det kvalitative dybdeintervjuet

For å kunne få tak i informantens personlige erfaringer ble det utført semistrukturerte dybdeintervjuer. I et semistrukturert dybdeintervju stiller intervjueren alle respondentene den samme serien av spørsmål, utformet i forkant av intervjuet. I motsetning til et strukturert intervju kan intervjueren være noe fleksibel i forhold til spørsmålene som gis, og det kan forekomme noen avvik fra de planlagte spørsmålene (Postholm, 2010). I intervjuene som ble gjort i denne studien varierte rekkefølgen noe for når de forskjellige temaene ble tatt opp underveis i intervjuet. På den måten gikk praten mer naturlig, og jeg kunne følge intervjuobjektets historie istedenfor å være helt bundet til spørsmålene. Det ble valgt å gjøre dybdeintervju, framfor for eksempel fokusgruppe, for da får man en større anledning til å grave dypere når det kommer til motiver, holdninger, erfaringer, forventninger, atferd og ikke minst følelser (Thagaard, 2013). I tillegg er denne metoden viktig både for å få fyldig og omfattende informasjon om hvordan informantene anser sin egen livssituasjon, i tillegg til deres synspunkter og perspektiver på det som blir tatt opp i intervjuguiden. Dette er også en kjent karakteristikk ved fenomenologiske intervjuformer, at informanten skal få en god mulighet til å snakke om egne erfaringer og forestillinger (ibid.).

Det ble valgt å ha en semistrukturert tilnærming, da denne intervjuformen kjennetegner kvalitativt intervju, og er den som fremheves i litteraturen (Thagaard, 2013). Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon, som til enhver tid har ligget lagret i et låst skap på Bærum sykehus, når den ikke har vært i bruk. Grunnen til det var for å sikre at forskningsetiske hensyn, som anonymitet og konfidensialitet, ble ivaretatt.

3.3.3 Utarbeidelse av studiens intervjuguide

Det ble utarbeidet to intervjuguider i denne studien. Den første semistrukturerte intervjuguiden ble utarbeidet i forkant av intervjuene som ble utført i begynnelsen av Startkurs. Intervjuguiden ble utarbeidet med bakgrunn i problemstillingen og forskningsspørsmålene i masteroppgaven. Alle temaene i intervjuene var forhåndsbestemt (for intervjuguide 1, se vedlegg 5). Temaene som var med i første intervjuguide var: Forventninger, empowerment, endringsarbeid, å være del av et støttende nettverk, Nutrition Literacy og Health Belief Model. Brukerpanel og brukermedvirkning var ikke et tema i den første intervjuguiden, men det kom som et naturlig oppfølgingsspørsmål, å spørre om dette ble oppfattet som betydningsfullt.

Første fase i utviklingen av intervjuguiden liknet mer på en brainstorming, der alle spørsmål man ønsket å få besvart ble notert. Det var viktig at man gjennom intervjuguiden fikk besvart både noen av de spørsmålene som de ansatte ved LMS ønsket å få svar på, samt at spørsmålene skulle gi informasjon om de teoretiske perspektivene og forskningsspørsmålene i masteroppgaven. Samtidig som jeg gjorde litteratursøk for å finne tilsvarende studier, foregikk det hyppig e-postkorrespondanse mellom de ansatte ved LMS, hovedveileder og meg selv, og intervjuguiden ble hele tiden endret og spisset. Til slutt ble intervjuguiden kortet ned til å bestå av de seks ovennevnte hovedtemaene med noen underspørsmål i hver temadel. I intervjuguiden ble det lagt vekt på at intervju spørsmålene skulle ha to dimensjoner. Tematisk sett skulle spørsmålene bidra til å produsere kunnskap om intervjuemnet, og dynamisk sett skulle spørsmålene bidra til å skape en god intervjusituasjon med fokus på den interpersonlige relasjonen. Denne dynamiske dimensjonen er viktig for å fremme et positivt samspill, holde samtalen i gang og for å stimulere intervjuobjektene til å snakke om opplevelser og følelser (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). I tillegg var det også lagt vekt på å ha tre ulike faser i intervjuguiden; oppvarming, refleksjon og løsprat/avrunding (Tjora, 2017).

Det ble ikke foretatt noen pilotintervjuer, da det var veldig kort tid fra avtalen mellom skolen og Bærum Sykehus ved LMS om denne studien ble etablert og Startkurset skulle begynne. Det ble ikke gjort noen store endringer i intervjuguiden etter de første intervjuene, da den så ut til å fungere godt fra begynnelsen av. Videre hørte jeg over de første intervjuene like

etter at intervjuene var foretatt, for å sjekke at lyd og annet virket bra. Etter å ha hørt over de to første intervjuene, ble jeg mer bevisst på ikke å avbryte i så stor grad i de neste intervjuene, ved å si for mye ”ja”, ”ja ha”, ”ja, nettopp”, men heller la informanten tale mer fritt og uforstyrret. De aller fleste spørsmålene i intervjuguiden var åpne, og de gangene intervjuobjektet bare svarte ”ja” eller ”nei”, ble vedkommende som oftest stilt et oppfølgingsspørsmål. Det kunne være i form av et annet spørsmål i intervjuguiden eller et spørsmål som ble vurdert som et relevant oppfølgingsspørsmål der og da. Noen ganger ble det også stilt spørsmål om temaer som ikke var planlagt. Alle intervjuene som ble gjort i begynnelsen av Startkurset ble transkribert i løpet av kursets første uker. Grunnen til dette var både for å sørge for at inntrykkene fra intervjuene holdt seg ferske, og for å gjøre meg som forsker i bedre stand til å kunne ta opp ting som var blitt sagt når det andre intervjuet skulle utføres. Det står skrevet mer om transkriberingen mot slutten av kapittelet. Jeg noterte svært lite underveis i intervjuene, fordi jeg ønsket å fokusere på å ha mye øyekontakt og en flytende samtale med informantene.

Mot slutten av Startkurset ble det utarbeidet nok en intervjuguide, som skulle benyttes i intervjuene etter at kurset var ferdig. Her ble de samme temaene som nevnt over gjentatt, men spørsmålene ble stilt i en annen verbal tid, fordi informantene måtte tenke bakover, altså i ukene de hadde deltatt på Startkurs. Hvis spørsmålet i det første intervjuet var: *”Hva tenker du i forhold til å gjøre endringer i levevaner nå?”*, var spørsmålet i det andre intervjuet: *”Hvilke verktøy har du fått i forhold til endringsarbeidet?”*. Mange av spørsmålene i det andre intervjuet var også direkte oppfølgingsspørsmål på ting informanten hadde sagt i det første intervjuet. Et eksempel er: *”Du hadde litt sånn ”her og nå” tankegang i forhold til det å være en del av en gruppe. Har det endret seg?”*. Intervjuguiden som ble benyttet på slutten av Startkurset besto dermed av to deler. Noen spørsmål, med en semistrukturert natur, ble stilt til alle (baserte seg på temaene som skulle belyses). Andre spørsmål ble stilt individuelt, og var en oppfølging av uttalelser fra første intervju (for intervjuguide 2, se vedlegg 6).

To av temaene som ble inkludert i begge intervjuguidene vil ikke bli diskutert noe videre i denne oppgaven, og det er Nutrition Literacy og Health Belief Model. I samråd med hovedveileder professor Kjell Sverre Pettersen ble det bestemt å fokusere på de andre temaene, fordi omfanget av min masteroppgave trolig ville bli for stort om alle temaer var inkludert. Intervjufunnene knyttet til Nutrition Literacy og Health Belief Model kan dermed ”spares” til en senere dataanalyse med et annet formål (muligens i en egen artikkelproduksjon).

3.3.4 Utvalget i masteroppgaven

Cirka seks uker før kursstart mottok alle pasientene som skulle delta på Startkurs 74 og 75 informasjon om Startkurs i posten (disse to kursene ble holdt helt samtidig). I denne forsendelsen mottok de også et skriv om studien, samt et samtykkeskjema, som de enten kunne returnere per post eller ta med på kurset. På den første dagen på Startkurs fikk alle pasientene ytterligere informasjon om studien. Da ga studieforfatteren en kort presentasjon av studien, og ba de interesserte ta kontakt i pausene. Totalt sa åtte pasienter seg villig til å delta i studien. Utvalget besto av tre personer fra Startkurs 74 og fem personer fra Startkurs 75 (disse Startkursene besto av henholdsvis 22 og 23 kursdeltakere). På forhånd var det ikke fastsatt noen tall på antall informanter man ville ha med i studien, men det var ønskelig å ha mellom 8-10 intervjuobjekter. Da har man ikke for få, og heller ikke for mange. Når man skal gå i dybden er det greit ikke å ha et altfor høyt antall informanter, fordi det kan føre til at datamaterialet blir uoversiktlig og analysen blir banal. Tommelfingerregelen er at utvalget skal være passe stort til at man kan belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Dette har jeg tolket som at 8-10 intervjuobjekter ville være et tilstrekkelig antall i denne studien, siden hvert intervjuobjekt skulle intervjues to ganger. Dette ville gi 16-20 intervjuer, som trolig ville være en passe nok mengde til å belyse problemstillingen.

De eneste inklusjonskriteriene i tillegg til å være deltaker på Startkurs 74 eller 75, var at informantene måtte snakke norsk og bo i rimelig nærhet til Bærum sykehus. Det ville gjøre intervjuprosessen enklere, og det ville ikke kreve lang reisevei dersom intervjuene måtte gjøres i andre lokaler enn på Bærum sykehus (det var imidlertid tiltenkt at alle intervjuene skulle foregå på Bærum sykehus, både fordi det ville være enklest for informant og forsker, men også for å sikre at forskningsetiske hensyn som anonymitet og konfidensialitet ble ivaretatt). Av de åtte med i utvalget er det sju kvinner og én mann, og aldersspennet er fra 30-58 år. På Startkurs 74 og 75 for øvrig var kvinneandelen 68 prosent og andelen menn 32 prosent. Alle de åtte intervjuobjektene ble intervjuet to ganger, en gang i begynnelsen av Startkurs og en gang igjen etter endt Startkurs. Det var kun en informant som trakk seg, men det var før intervjuene hadde startet, og det lyktes med å rekruttere en informant til. Tabell 3 viser oversikt over alle informantene. Det er valgt ikke å oppgi kjønn på informantene. Dette er for å ivareta anonymiteten på alle informantene, da det bare var en mannlig informant.

Tabell 3: Oversikt over informantene, alder og utdanning.

Informantnummer	Alder	Utdanning
Informant 1	57	Mer enn 3 år
Informant 2	30	Bachelor
Informant 3	43	3 år høyskole
Informant 4	46	Ingen utdanning
Informant 5	58	Noe utdanning
Informant 6	52	1 år høyskole
Informant 7	37	6 år høyskole
Informant 8	43	2 år høyskole

3.3.5 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført ved Bærum sykehus, i et egnet lokale, med unntak av to intervjuer, som foregikk på egnede lokaler i informantens nærmiljø. I sistnevnte tilfeller ble intervjustedet avtalt direkte mellom meg og informant. De gangene intervjuene ble utført utenfor sykehuset hentet jeg diktafonen på Bærum sykehus før intervjuet, og returnerte det til sykehuset umiddelbart etter intervjuet. Som nevnt ble disse tiltakene gjort for å sikre at forskningsetiske hensyn ble ivaretatt.

For å skape en trygg atmosfære kunne informantene ta med seg både kaffe/te og noe å spise på inn i intervjurommet. Intervjuene fant sted enten før kurset startet om morgenen, i lunsjpausen eller etter kurset var ferdig om ettermiddagen. Som forsker var jeg bevisst på å skape en trygg og god ramme, men samtidig opptre både respektfull og empatisk, slik at informantene ville føle seg komfortable med å dele sine personlige tanker, erfaringer og opplevelser. Det viste seg at dette ville gi rom for både latter og tårer. Jeg hadde et mål om å få til noe latter i hvert intervju, da jeg mente dette ville gjøre situasjonen mindre anspent.

Samtalene ble innledet med litt småprat, før diktafonene ble satt på. Bare noen få ganger ble diktafonen skrudd på med en gang. Aller først ble informantene minnet om formålet med studien og de ble minnet om at alle deltakerne ville være helt anonyme, og at det ikke ville være mulig å kjenne dem igjen i masteroppgaven. Det ble også fortalt kort om hvilke temaer som skulle gjennomgås - for å forberede informantene på best mulig måte. Deretter ble spørsmålene stilt. Om informanten mot formodning skulle komme inn på et tema som kom senere i intervjuguiden ble han/hun ikke avbrutt. Rekkfølgen på temaene varierte derfor noe mellom intervjuene. Helt til slutt ble informantene spurt om de hadde noe mer å tilføye, noe de færreste hadde. Til slutt takket jeg for informantens deltakelse, og minnet dem på hvor stor pris jeg satt

på å ha dem med i studien. I alle intervjuene var jeg bevisst på å være en aktiv lytter, og følge opp spørsmålene underveis for å få mest mulig informasjon om fenomenet (Thagaard, 2013). Her er et eksempel på aktiv lytting fra et av intervjuene, der jeg følger opp et ja/nei-svar:

Informant 8: *Jeg har ikke fortalt noen om det.*

Intervjuer: *Ingen?*

Informant 8: *Nei.*

Intervjuer: *Hvorfor ikke?*

Et annet eksempel var da jeg viste støttende reaksjoner for å øke tryggheten til informanten:

Informant 3: *Små grep har gjort at jeg har gått ned 12-13 kilo på halvannen måned.*

Intervjuer: *Bra! Det er jo kjempebra. Wow!*

Jeg var også bevist på signaler om nikk, pauser eller smil for å vise forståelse, eller for å oppfordre informanten til å fortelle mer om sin historie. Det ble også vektlagt å stille bekræftende og forsikrende spørsmål, hvis det virket nødvendig. Her er et eksempel på et slikt spørsmål:

Informant 4: *Brukerpanelet har vært veldig nyttig. Det har vært inspirerende.*

Intervjuer: *Ja, så det har hjulpet. Det har gitt deg økt kunnskap og forståelse...?*

Informant 4: *Ja, fordi da ser du at det funker, og det er ikke skummelt.*

Ifølge Malterud (2011) kalles dette *dialogisk validering*, og det gjør forskeren tryggere på at informanten og forskeren sitter med den samme forståelsen (Malterud, 2011). Informantene var ganske forskjellige når det kom til personlighet og grad av utadvendthet. De fleste virket komfortable med situasjonen, og mens noen hadde mye på hjertet ga andre korte svar. I de tilfellene der det ble gitt korte svar, var det spesielt viktig at jeg opptrådte som en aktiv lytter. Da fulgte jeg opp med både ett og flere spørsmål, for å forsikre at informant og jeg som forsker satt med den samme forståelsen. De fleste intervjuene varte mellom 20-30 minutter.

3.3.6 Observasjon på kurs

Som forsker deltok jeg også som passiv, eller ikke-deltakende, observatør på Startkurs 74. Det må likevel presiseres igjen at observasjon ikke ble benyttet som et metodisk vitenskapelig

redskap i denne oppgaven. Observasjon ble kun benyttet som et verktøy for å få en større nærhet til fenomenet som skulle studeres, samt bedre forståelse av og innsikt i konteksten. Ved å delta som observatør fikk jeg enn annen nærhet til forskningsfeltet og det økte min forståelse for hva informantene gikk gjennom, og ikke minst hva informantene hadde foran seg. Dette ville gi meg et bedre grunnlag for å forstå hver enkelt informant. Det ble på et tidlig stadium bestemt at jeg skulle ha en ikke-deltakende observasjon, men at den var åpen. Som ikke-deltakende observatør observerer bare forskeren, uten å delta selv, men er nærmest en tilskuer (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Alle kursdeltakerne var informert om min rolle i rommet. Jeg deltok imidlertid ikke da pasientene fikk gruppearbeid, der de for eksempel skulle gå sammen to og to. Jeg tok noen notater under kurset, men det gikk først og fremst på kursets innhold. Jeg kunne for eksempel ikke notere hva andre deltakere på kurset sa.

Det viktigste målet ved å observere var å få bekjentskap med innholdet i kurset, kursets oppbygging, hvordan kurset ble holdt og hvem som var foredragsholdere, spesielt med tanke på brukerpanelet. Jeg fikk også mulighet til å observere og delta på to gastrisk bypass-operasjoner utført ved Bærum sykehus. Dette var heller ikke viktig verken for å besvare problemstillingen eller forskningsspørsmålene, men det var lærerikt i forhold til å forstå hva flesteparten av informantene hadde foran seg.

3.4 Transkribering av intervjuene og analyse

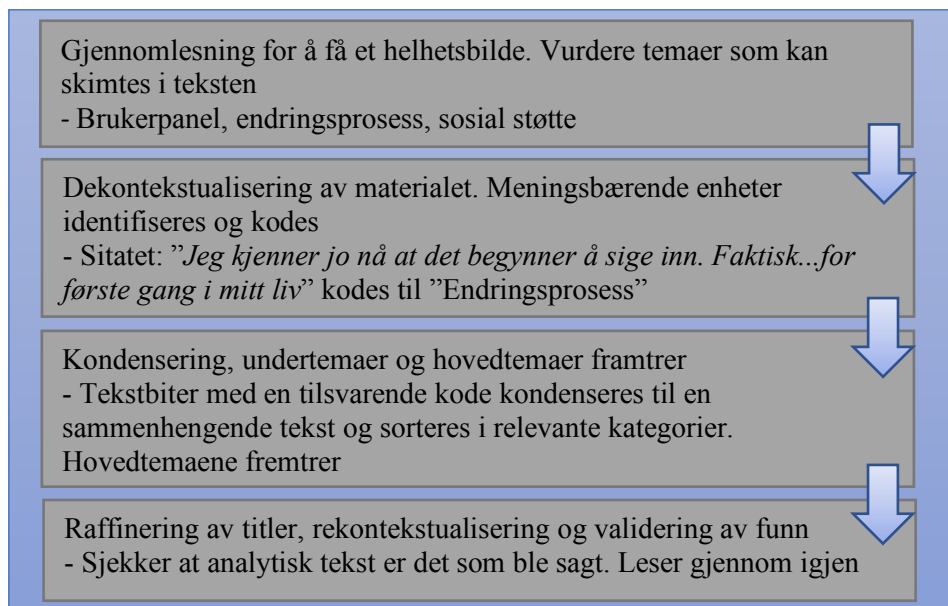
I fenomenologisk metode er det vanlig å analysere meningsinnholdet. Som forsker er man opptatt av innholdet i intervjuene og datamaterialet leses på en fortolkende måte, der man ønsker å forstå den dypere meningen i enkeltpersonens erfaringer (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Kvalitative forskningsmetoder kan åpne for forskning på felt der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, og kan bidra til kunnskapsutvikling, deriblant beskrivelser som kan gi økt forståelse for et fenomen (Malterud, 2011). Denne studien har som mål å utvikle ny kunnskap gjennom beskrivelser av pasienters opplevelser av å gå på Startkurs. Disse beskrivelsene baserer seg på funn i analyseprosessen. Det er fundamentalt for studiens reliabilitet at analyseprosessen er utført på en tilfredsstillende måte (Malterud, 2011). Det er i denne analyseprosessen at potensialet til kvalitativ forskning ligger, men det er også her mange prosjekter svikter, hvis resultatene ender i beste fall opp med å være en samling av anekdoter (Tjora, 2017). Jeg har valgt å presentere hele fremgangsmåten som er benyttet for å komme fram til studieresultatene. Det er fordi jeg med denne studien ønsker å utvikle nye beskrivelser, som også kan være til nytte for andre som holder Startkurs og som jobber med fedmepasienter - som igjen kan bidra til å danne grunnlag for utvikling av nye begreper og teorier.

I denne oppgaven er det valgt å bruke *systematisk tekstkondensering* som analysemetode. Denne analysemetoden har ifølge Malterud (2011) mange likhetstrekk med Amedo Giorgis fenomenologiske analyse. Ifølge Giorgi er formålet ved fenomenologisk analyse å utvikle ny kunnskap om erfaringene til informanter innenfor et bestemt felt (Malterud, 2011). Det vil si å undersøke ulike fenomener slik de opptrer for mennesker i konkrete situasjoner i hverdagen. Malterud beskriver analyseprosessen gjennom fire steg (ibid.):

1. Få et helhetsinntrykk av materialet ved grundig gjennomlesing av alle de transkriberte intervjuene
2. Identifisere meningsbærende enheter, som får hver sin fargekode
3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
4. Sammenfatte betydningen

Etter første intervjurunde ble alle de første åtte intervjuene transkribert. Som Malterud (2011) sier, vil det alltid skje en fordreining av hendelser når muntlig samtale skal omsettes til ord i skrift, selv når man gir en detaljert beskrivelse ord for ord (Malterud, 2011). Derfor ble det lagt vekt på å transkribere intervjuene så likt som informanten ga uttrykk for, både verbalt og ikke-verbalt (verbatim transkripsjon). Det er fordi pauser, later, sukk og så videre kan bidra til å danne et helhetsinntrykk av hva som blir formidlet. Deretter gikk det noen uker før andre intervjurunde var i gang, og transkriberingen av disse ble foretatt umiddelbart etter at alle intervjuene var utført. De transkriberte intervjuene besto av totalt 139 sider tekst (tilsammen tok det cirka 7 timer å gjennomføre alle intervjuene).

Før analyseprosessen ble satt i gang ble manuskriptene lest gjennom ord for ord, uten at det ble gjort noen notater. Dette anbefales som innledende metode for å få tak i meningen og kjernen i datamaterialet. Deretter ble Malteruds (2011) analyseprosess benyttet, og vil bli nærmere beskrevet her (Malterud, 2011). Manuskriptene ble lest gjennom og analysert på papir, og ikke digitalt, da dette ble den foretrukne arbeidsmetoden for å holde oversikten, og ikke miste helheten og viktig empirisk data. De enkelte trinnene i denne analyseprosessen vil utdypes nærmere i delkapitlene under. I figur 4 vises en oversikt som eksemplifiserer analyseprosessen i denne masteroppgaven gjennom de fire trinnene, med et konkret eksempel.



Figur 4: Analysetrinnene i systematisk tekstkondensering – med eksempel.

3.4.1 Trinn 1: Få et helhetsinntrykk av materialet

Etter å ha lest gjennom manuskriptene en gang, ble de gjennomgått en gang til, og denne gangen ble hovedtemaene notert. Disse gjenspeilet hovedspørsmålene fra intervjuguiden. Her kunne for eksempel et helt avsnitt i et intervju markeres med ”sosial støtte”. Det er viktig på dette stadiet å lese med et åpent sinn, og at forskeren ikke fokuserer på forforståelse – i tråd med det fenomenologiske perspektivet. Forskerens egen forståelse må settes i parentes i møtet med dataene. Dette er også kjent som *bracketing*, og her er det ”fugleperspektivet” som teller (Malterud, 2011). Da er man bedre i stand til å være mottakelig for uforutsette vinklinger. Det ble notert noe underveis, men hovedmålet var å se etter temaer ved fenomenet som skulle studeres, eller *essenser*. Malterud (2011) beskriver det på denne måten: ”På dette trinnet skal vi – i samsvar med det fenomenologiske perspektivet – arbeide aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes. Dette er forutsetningen for at vi kan stille oss åpne for de inntrykk som materialet kan formidle – at vi kan høre deltakernes stemmer tilstrekkelig tydelig” (Malterud, 2011, s. 98).

3.4.2 Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter

Neste steg i analyseprosessen er å organisere materialet som er relevant, versus det som ikke er relevant, altså å identifisere de *meningsbærende enhetene*, altså temaer som er relevante for å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. De tekstbitene som hadde noe tilfelles, altså de meningsbærende elementene i tekstmaterialet, ble kodet med ulike farger.

Hver fargekode representerte et hovedtema. Fargen ”grønn” representerte for eksempel temaet *brukerpanel* (se vedlegg 7 for hvordan teksten ble gjennomgått og uthevet). Denne type koding tar sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten (Malterud, 2011). Jeg skrev ofte et tall eller en kommentar for hånd i ved siden av koden, som var en rikere beskrivelse av det gjeldende temaet hos den enkelte informant. Hvis noe tekst hadde blitt markert grønt, kunne en slik kommentar for eksempel være ”1. *Utelukkende positiv til brukerpanel*”. De neste gangene jeg brukte samme kommentar, skrev jeg bare tallet 1. Når man jobber på denne måten er det viktig å huske, som Malterud (2011) beskriver, at deler av teksten blir satt ut av sin opprinnelige sammenheng, noe hun kaller *dekontekstualisering*. Det tillater oss å løfte ut deler av stoffet, og se nærmere på det sammen med andre elementer som omhandler det samme. Når man gjør dette vil man senere kunne lese teksten i sammenheng med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanserammen (ibid.).

Det finnes flere dataprogrammer for kvalitativ analyse som hjelper med den systematiske bearbeidingen av både visuell og tekstlig data (Thagaard, 2013). Dette ble imidlertid ikke benyttet i denne studien. Analyseprosessen ble gjort manuelt, og for å systematisere ytterligere ble det laget en tabell for hvert av de fire forskningsspørsmålene/temaene (henholdsvis endringsprosess, brukerpanel, sosial støtte i gruppen og eventuelle faktorer som kan påvirke en endringsprosess). Under alle hovedtemaene, som i denne oppgaven vil bli kalt temaer, ble det også laget foreløpige underkoder. I denne oppgaven blir disse kalt for kategorier, og ble dannet for å kunne gå enda mer i dybden i tematikken. Under *brukerpanel*, ble tre kategorier ansett som relevante, og disse er: 1) *Utelukkende positiv opplevelse*, 2) *Brukerpanelet har ingen påvirkning* og 3) *Ønsker eldre brukerpanel*. I tabellene nevnt over ble temaene satt i venstre kolonne, de *foreløpige* kategoriene ble satt i andre kolonne (kondensert meningsbærende enhet), og de meningsbærende elementene fra de ulike informantene ble satt i høyre kolonne. For et eksempel, se tabell 4.

Tabell 4: Eksempel på tema, kategori (meningsbærende enhet) og meningsbærende element i brukerpanel-temaet.

Tema	Kategori	Eksempler på sitater med informantnummer
Brukerpanel	Utelukkende positivt	<p><i>"Prikken over i-en var brukerpanelet. De var så ærlige. På godt og vondt. Og...jeg så resultatet. Og jeg så hvor trygge de var i forhold til den behandlingen de hadde fått på Bærum. Så det var prikken over i-en. (...) Det var at jeg nå også fikk sett og opplevd og spurt de som faktisk har gjort det, som ikke kjenner meg, og som ikke er redd for å gjøre meg redd, hvis det skulle vært noe (...). Dette var virkelig essensen for meg. Jeg har jo venner som har gjort det (...), men disse her...(...) og som ikke måtte være redd for å gjøre meg redd. De svarte bare ærlig."</i>(1)*</p> <p><i>"Dem må dem ha! Jeg er spent på fortsettelsen. Det ser ut som dem har lagt opp veldig utifra erfaring. Og det liker jeg (...). Det er absolutt nyttig. Det var absolutt nyttig å få med seg, og få på en måte deres erfaringer på hva dem...både ting den plutselig ikke tålte, og dette med hvordan dem må tenke rundt mat. Og da tenker jeg ikke spesifikt på hva dem spiser, men dette med å huske på en måte å ha plass til både mat og drikke nedi der. Når man ikke har noe særlig stor mage...noe magesekk."</i> (2)</p> <p><i>"Det har vært veldig nyttig. Det har vært...inspirerende...Ja, fordi at da ser du at det funker, og det er ikke skummelt."</i> (4)</p>

* - Tallet i parentes etter sitatene viser til informantnummer.

Som Malterud anbefaler, jobbet jeg induktivt i denne fasen. Det vil si at jeg kodet først, og deretter så jeg hva det resulterte i. Jeg gikk fra de empiriske data, nedenfra og opp for å finne svar (Malterud, 2011). Det var ikke alltid så lett å se dette helt klart, men så visste jeg at det ville foreligge en logikk der, selv om den ikke var så tydelig. Jo mer jeg jobbet med analysearbeidet, jo tydeligere ble det hva som var relevant, og hva som ikke var det. Malterud (2011) anbefaler at man stiller spørsmål til kategoriene man har dannet, om hva de egentlig representerer (ibid.). Jeg prøvde å stille meg spørsmål som: "Hva mener jeg med *utelukkende positiv opplevelse*?". Jeg hadde forventet at jeg ville oppdage kategorier som var overflødige, eller at noe uthevet tekst egentlig skulle tilhøre andre koder, men til min overraskelse ble det ikke gjort så mange endringer som jeg på forhånd hadde trodd.

3.4.3 Trinn 3: Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene

Neste steg er å systematisk hente ut delene fra de meningsbærende enhetene, eller å gå fra kode til mening. Samtidig som man fortsetter jobben med å slå sammen, forkaste eller endre koder, tar man også et dypdykk i de forskjellige kodene/temaene. Her skal man systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som allerede er kodet sammen (Malterud, 2011). Her la jeg også til side den delen at materialet der jeg ikke hadde

funnet meningsbærende elementer. På forhånd hadde jeg regnet med at noen av temaene ville inneholde få meningsbærende elementer, eller at noen av de var litt for omfangsrike, og kanskje måtte deles opp. Ingen av tilfellene gjorde seg imidlertid gjeldende, og jeg hadde gått fra over hundre sider med tekst til sju kodegrupper/temaer av meningsbærende enheter som kunne fortelle mer om fenomenet og problemstillingen min. I dette arbeidet ble det utviklet en overordnet matrise for å systematisere materialet ytterligere, og på best mulig måte (se tabell 5).

Tabell 5: Oversikt over temaer og kategorier. Teksten i rød viser til informantnummer.

Tema: Endringsprosessen	Tema: Brukerpanel	Tema: Sosial støtte i gruppen	Tema: Sosial støtte fra andre	Tema: Tilbakefall	Tema: Spiseforstyrrelse*	Tema: Visualisering*
Kategorier:	Kategorier:	Kategorier:	Kategorier:	Kategorier:	Kategorier:	Kategorier:
1. Har satt i gang arbeidet med endring av vaner <i>1,3, 4, 5, 7</i>	1. Utelukkende positiv opplevelse <i>1, 2, 4, 6, 7</i>	1. Opplevelse av sosial støtte som viktig <i>4, 5</i>	1. Forteller alle rundt seg om den forestående operasjonen <i>1, 3</i>	1. Er ikke lenger redd for tilbakefall <i>1, 2, 4, 8</i>	1. Ja. Det er en psykologisk preget grunn til fedme-problematikken <i>6, 7, 8</i>	1. Ser seg selv som slank <i>1, 4, 5, 6</i>
2. Har begynt å tenke på å endre vaner <i>2, 6, 8</i>	2. Brukerpanelet har ingen påvirkning <i>5</i>	2. Blir mer positiv til den sosiale støtten i løpet av kurset <i>2, 6, 7, 8</i>	2. Forteller noen om den forestående operasjonen <i>2, 6, 7</i>	2. Tenker nytt i forhold til det med tilbakefall <i>3, 5, 6, 7</i>	2. Nei. Det er ikke en psykologisk preget grunn til fedme-problematikken <i>1, 3, 4, 5</i>	2. Ser seg selv ikke om slank <i>3, 7, 8</i>
	3. Ønsker eldre brukerpanel <i>3, 7, 8</i>	3. Tenker at den sosiale støtten er viktig for <i>andre</i> i gruppen <i>1, 3</i>	3. Forteller bare 1-2 personer om den forestående operasjonen <i>4, 5, 8</i>			
		4. Facebook som sosial støtte <i>2, 4, 5, 6, 7, 8</i>				

* - Informant 2 ble ikke spurt om temaene *spiseforstyrrelse* eller *visualisering*, da disse spørsmålene kom inn i intervjuguiden etter at informant 2 var blitt intervjuet på slutten av Startkurs.

3.4.4 Trinn 4: Sammenfatte betydningen

I den siste delen av analysen gjør man det Malterud kaller for å *rekontekstualisere*. Fra å ha *dekontekstualisert* skal man sette sammen all informasjonen og alle bitene igjen. Det å sette sammen delene igjen vil kunne danne grunnlag for nye begreper og nye beskrivelse, som igjen kan danne grunnlag for ny teori (Malterud, 2011). Denne fasen danner grunnlag for studiens resultater, og lages på grunnlag av temaene, kategoriene og sitatene. I denne fasen er det viktig å se delene opp mot helheten igjen, og derfor ble alle intervjuene lest på nytt, for å forsikre at

ingen ting var blitt tatt ut av sammenheng, eller at man ikke har utelatt noe. Da jeg leste intervjuene på nytt i dette trinnet, var det flere sitater som jeg hadde vurdert som mindre relevante tidligere, som ble vurdert som viktige likevel, og som derfor ble tatt med videre. En slik ekstra gjennomgang vil bidra til å forsikre at resultatene er representative og valide. Det er også viktig at ”vi formidler essensen fra flere historier som vi har sammenfattet gjennom analyse, og ikke bare serverer en kjede av enkeltstående historier. Eksemplene og sitatene brukes til å analysere nyanser i den analytiske teksten, men det er sammenfatningen som er de egentlige resultatene” (Malterud, 2011, s. 108). Her kommer det fenomenologiske perspektivet inn igjen, fordi jeg som forsker skal gi den som leser både innsikt og tillit til mine funn (ibid).

Systematisk tekstkondensering er en omfattende og krevende analysemetode, men for at analysen skal lede til vitenskapelig kunnskap er det en forutsetning at man gjør det på denne måten. I tillegg er det å ha bevissthet om den teoretiske referanserammens betydning avgjørende for en forsvarlig og kreativ tolkning av empirien (Malterud, 2011). Derfor skal forskeren rapportere prinsipper og posisjoner som har ført fram til resultater og konklusjoner (ibid.). Jeg som forsker håper å lykkes med dette i denne masteroppgaven.

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Denne masterstudien har blitt utført i tråd med de gjeldende forskningsetiske retningslinjer for Personvernombudet (vedlegg 1). Det ble også fylt ut et meldeskjema for forskingsstudier ved Vestre Viken (vedlegg 2). Masterstudien falt utenfor helseforskningsloven virkeområde og trengte således ikke godkjenning av REK (Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) (vedlegg 3). Samtlige informanter som deltok i studien signerte et skriftlig informert samtykkeskjema, der de blant annet samtykket til å bli intervjuet, og til at intervjuene ble tatt opp på bånd (vedlegg 4). I samtykkeskjemaet ble det også informert om formålet med studien, hva studiedeltakelse ville innebære, mulige fordeler og ulemper studiedeltakelse kunne innebære og hva som ville skje med informasjonen som ble gitt i intervjuene – samt informasjon om informantens anonymitet. Det ble også presisert at det var frivillig deltakelse og at informanten kunne trekk seg fra studien når som helst uten å oppgi grunn. At informantens anonymitet ville bli opprettholdt gjennom hele studien og at ingen spørsmål som var knyttet til informantens helsetilstand eller personlige forhold, ble understreket både skriftlig og muntlig.

Alt det transkriberte materialet ligger lagret på en PC på Bærum sykehus. Dette er en maskin som er passordbeskyttet, og det er kun jeg og de ansatte ved LMS som har hatt tilgang til området på serveren hvor det transkriberte materialet ligger lagret. Lydbånd og utskrifter vil bli slettet senest 2023. Jeg som forsker har naturligvis også hatt taushetsplikt hele tiden.

4 Resultater

I dette kapitlet vil studiens funn presenteres. Strukturen gjenspeiler mine tolkninger av informantenes svar på masteroppgavens forskningsspørsmål fordelt i følgende delkapitler: *Endringsprosess, brukerpanel, sosial støtte og eventuelle faktorer som kan påvirke pasientenes endringsprosess*. Resultatene er organisert i kronologisk rekkefølge av forskningsspørsmålene. Både analysens temaer og tilhørende kategorier er tatt med for å utbygge de forskjellige temaene. Stemmen til hver enkelt informant er anonymisert og presenteres som sitater, hvilket reflekterer funnene. Det er valgt å gjøre noen grammatiske endringer i sitattekstene for å gjøre dem mer lesbare, men uten at dette endrer meningen i dem. Sitat som inneholder tre prikker (...) indikerer at noe er blitt sagt underveis, men som ikke er blitt gjengitt, hovedsakelig fordi det etter min vurdering ikke bidro til det hovedsakelige meningsinnholdet. Jeg har valgt ikke å gjengi sitater fra alle informantene under alle kategoriene, men kun å gjengi de som etter min mening er de mest beskrivende sitatene. For å få en full oversikt over alle temaer og kategorier, og hvor hver informant ble blitt plassert, vises det igjen til tabell 5 på side 37.

4.1 Endringsprosessen

Et viktig perspektiv i LMS-arbeidet er å sørge for at man utløser handlinger som styrker individets egne påvirkningskrefter (empowerment). På den måten vil pasientene for eksempel kunne mobilisere sine egne ressurser til å komme i gang med endringsarbeidet. Med endringsarbeidet menes livsstilsendringer som vil ha en helsefremmende effekt, som for eksempel å spise frokost, spise mindre usunn mat i form av ferdigmat og godteri, ha et regelmessig måltidsmønster og å være fysisk aktiv. Selv om informantene kom i gang med endringsarbeidet under Startkurs, hadde de litt ulik opplevelse av hvor i endringsprosessen de befant seg, og dermed dannet det seg to kategorier under temaet *Endringsprosessen* i analyse- og tolkningsprosessen. Disse er: *Har satt i gang arbeidet med endring av vaner og har begynt å tenke på å endre vaner*.

4.1.1 Har satt i gang arbeidet med endring av vaner

De aller fleste informantene virket, i større eller mindre grad, til å være godt i gang med endringsarbeidet. Noen var det allerede fra begynnelsen av kurset, mens andre kom mer i gang underveis i kurset. En av informantene hadde så vidt satt i gang endringsprosessen, og uttrykket seg slik i det første intervjuet:

”Jeg har begynt å tygge litt sånn paprika og tomater hver tredje time (...). Og det starta jeg med fordi det ble anbefalt av brukerpanelet som var der. Så det har jeg faktisk starta med.” (Informant 1)

I sitt første intervju sa informant 4 på en litt nølende måte: *”Jeg er i tankeprosessen”*, og innen det andre intervjuet var noen initiativ blitt utført. Informanten uttrykket seg på denne måten i det andre intervjuet:

”Jeg har gått fra tankeprosessen til å sette i gang på grunn av lysten til å lykkes! Det er...vi har snakka litt om det at du må ta små steg. Som er overkommelige. Og det føler jeg at...nå er det ikke....jeg har ikke gapa over for mye.” (Informant 4)

Informant 5 hadde kommet litt mer i gang, og i det første intervjuet fortalte vedkommende at endringsarbeidet hadde kommet nesten helt av seg selv for første gang. Informanten var av samme oppfatning i det andre intervjuet, og uttrykket seg på denne måten:

”Jeg er veldig godt i gang med endringer. Og det der har vært sånn...det har gått helt av seg sjøl. Det er helt pussig! Ja, det har faktisk bare balla liksom på seg...sånn veldig sakte men sikkert. Uten at det har vært noen tvangstanker eller noe (...). Ja, jeg er veldig fornøyd med det (...)! Jeg tenker på en helt annen måte. Som jeg tror jeg aldri har gjort før. Rett og slett.” (Informant 5)

Informant 7 hadde også satt i gang endringsarbeidet, men uttrykket seg, i likhet med informant 4, på en litt nølende måte i det første intervjuet:

”Vi har jo i en lengre periode vært veldig opptatt av kanskje mer grønnsaker, mer sunne matvarer, men så er det liksom mengde som det går på – veldig mye. Ehm. Men... men også det der å ha mer struktur da...i...måltider og så videre. Det er vel ting som så smått begynner...” (Informant 7)

I det andre intervjuet hadde informant 7 kommet litt mer i gang med endringsarbeidet, og sa det på denne måten - fortsatt litt nølende:

”Jeg kjenner jo også nå at jeg er i en prosess som jeg kanskje ikke har vært i før da. Sånn følelsesmessig i forhold til...det å bli klar for en sånn endring. Ehm. Jeg kjenner på en måte at jeg er ganske nærme å klare å ta av meg de skylappene på en måte (...). Jeg har prøvd å jobbe litte gran med måltidsstruktur da (...). Denne uken her så skal jeg spise frokost (...). Det er en sånn ting som er veldig til hjelp. Og som jeg har begynt med allerede. Og som jeg føler på en måte er et skritt i riktig retning da.” (Informant 7)

Informant 3 var nok den som hadde kommet aller best i med endringsarbeidet – noe som virkelig hadde gitt resultater. Informanten sa dette i det første intervjuet:

“Istedenfor å spise tre poteter til middag kanskje, og det eneste måltidet, så spiser jeg nå frokost, ikke sant, også har jeg et mellommåltid, og så har jeg lunsj, og så har jeg en frukt i midten (...). Små grep har gjort at jeg har gått ned nå...12-13 kilo på halvannen måned. Det er helt vilt!” (Informant 3)

Informant 3, som også fortalte i det første intervjuet at vedkommende hadde begynt å gå titusen skritt om dagen, uttrykket seg med stor entusiasme på denne måten i det siste intervjuet:

”Jeg har lagt om litt i kostholdet, blitt mer bevegelig, altså går turer sjøl da. Jeg har jo hatt kjemperesultat. Jeg har jo gått ned så vanvittig mye allerede! Jeg har vel ikke vært så tynn siden 2007 (...). Nå har jeg lært det at du kan få til varige endringer med å...bare spise mindre og...og gjøre noen kloke valg på middagstallerkenen, liksom. Det er små endringer til, så har du redusert middagstallerkenen med 500 kalorier. Ikke sant!” (Informant 3)

For å oppsummere meningen i denne kategorien, uttrykket flesteparten av informantene at de hadde satt i gang arbeidet med endring av vaner. Noen var kommet litt lenger enn andre, men felles for dem alle, var at de var i gang med noen konkrete tiltak og handlinger.

4.1.2 Har begynt å tenke på å endre vaner

Noen av informantene hadde ikke kommet noe særlig i gang med noen konkrete tiltak eller handlinger når det gjaldt livsstilsendring. De virket langt mindre motivert til dette enn informantene i kategorien over. De ble omfattet som at de var mer i en refleksjonsfase, kanskje litt avventende. Informant 2 hadde kun gjort én endring, men utover det var vedkommende mest sannsynlig i overveielsesfasen. Informanten uttrykket seg på denne måten i det første intervjuet, om hvor langt vedkommende var kommet i endringsprosessen:

”Det har jeg begynt på. Ææææ (...). Det jeg har begynt med...nå er egentlig...å lage meg niste med sånn rugbrød (...). Prøver å begynne med å kutte ned på Nutriletten, selv om jeg er avhengig av den (...). Planlegging og sånt. Og så er det...jeg SKAL over den dørstokkmila!” (Informant 2)

På slutten av kurset var det fremdeles planer som sto i fokus, framfor selve endringene. Informant 2 sa det på denne måten:

”Eh...jeg har noen planer. Jeg skal fortsette med mye av det jeg har gjort...som i...altså som også er for så vidt endringer i seg sjøl. For det er noe jeg ikke har klart å fortsette med tidligere. Også skal jeg forhåpentligvis begynne å trene litt mer (...). Hvorfor jeg ikke har kommet i gang med det enda, det vet jeg ikke. Jeg har vært fryktelig høsttrøtt...jeg skal få ut fingeren på det...på den...eh, hva heter den...dørstokkmila. Men jeg skal...men det tar meg lite granne tid. Akkurat nå på grunn av andre faktorer.” (Informant 2)

Informant 6 sa det gikk litt opp og ned når det gjaldt å komme i gang med en livsstilsendring, og vedkommende uttrykket seg slik i det første intervjuet:

”Det går litt opp og ned. Jeg har på planen å skrive en handlingsplan. For jeg har en del andre ting også. Planer er bra.” (Informant 6)

Ved kursslutt var informanten fremdeles på det samme stadiet, og sa det på denne måten:

”Akkurat nå er jeg midt oppi masse, og det ser jeg påvirker. Og det må det jo ikke gjøre. Men nå har jeg i hvert fall kommet dit hen at jeg er bevisst på at dette må jo endres (...). Jeg er egentlig fortsatt litt i planleggingen. Litt gjennomføring, men det går litt sånn fram og tilbake.” (Informant 6)

Informant 8 hadde så vidt begynt å tenke på å endre sine vaner da kurset startet, men det hadde ikke ført til noe særlig handling. Vedkommende uttrykket seg på denne måten i begynnelsen av Startkurs:

”Jeg skal begynne med noe...jeg har jo...på Facebook og diverse så har jeg jo sett at veldig mange av de må begynne å gå etter klokka. Fordi de kanskje ikke føler sult og metthet på samme måte lenger. Og da tenker jeg at det er jo.....det burde jeg jo bare.... ” (Informant 8)

Ved kursslutt hadde informanten kommet i gang med én endring, men var fremdeles i hovedsak på tankestadiet. Vedkommende sa det på denne måten:

”Jeg må begynne å...ikke ha så dårlig tid. Ja, jeg trur jeg har så dårlig tid og så...hopper jeg over måltider, også når jeg først er i gang så kan jeg hoppe over mange måltider. Så jeg må begynne bare å bremse litt. Jeg tenkte kanskje å sette...alarm på telefonen, sånn at jeg kunne...huske på å spise...men jeg har begynt å lage niste da...det er jo et steg.” (Informant 8)

Som en sammenfatning av denne kategorien, var det noen av informantene som ikke hadde kommet noe særlig i gang med selve endringsarbeidet, de drev mer med tankearbeidet.

De virket umotiverte i starten av kurset, og gjorde det på slutten også. Det virket som de bortforklarte seg og la skylden på andre forhold som høsttrøtthet og dårlig tid. Samtidig virket de også noe løsningsorienterte, og i samtalene snakket i alle fall to av informantene om å bruke klokken som et hjelpemiddel til å komme i gang med endringer.

4.2 Brukerpanel

Brukermedvirkning i opplæring av pasienter står sentralt i Startkurs på LMS. De aller fleste informantene var utelukkende positive til brukerpanelet. Men det var noen meninger som skilte seg litt ut i analyseprosessen, som førte til at det ble dannet tre kategorier under temaet *Brukerpanel*. Hver kategori forklarer hvilken innvirkning brukerpanelet hadde på den enkelte informant. For noen av informantene var brukerpanelet en *utelukkende positiv opplevelse*, mens for andre *hadde brukerpanelet ingen påvirkning*. Noen av informantene skilte seg ut med å si at de kunne ønske at deltakerne i panelet hadde gjennomgått fedmeoperasjonen for en lenger tid tilbake. De fleste i brukerpanelet hadde gjennomgått enten fedmekirurgi (eller konservativ behandling) i løpet av de siste 1-2 årene. *Å ønske seg et eldre brukerpanel* ble derfor en egen kategori.

4.2.1 En utelukkende positiv opplevelse

De aller fleste informantene var utelukkende positive til å høre om erfaringene til personene i brukerpanelet. Informant 1 var blant de mest ivrige, og beskrev det slik på starten av kurset:

”Prikken over i-en er brukerpanelet. De var så ærlige. På godt og vondt. Og...jeg så resultatet. Og jeg så hvor trygge de var i forhold til den behandlingen de hadde fått på Bærum. Så det var prikken over i-en (...). Det var at jeg nå også fikk sett og opplevd og spurt de som faktisk har gjort det, som ikke kjenner meg, og som ikke er redd for å gjøre meg redd, hvis det skulle vært noe (...). Dette var virkelig essensen for meg. Jeg har jo venner som har gjort det (...), men disse her (...), som ikke måtte være redd for å gjøre meg redd. De svarte bare ærlig.” (Informant 1)

På slutten av kurset var informant 1 like positiv, men innrømmet likevel at brukerpanelet hadde gitt vedkommende litt å tenke på, og beskrev det slik:

”Altså, det gir jo en tankevekker dette brukerpanelet. Eh, at man kan ende opp med å få ganske store bivirkninger etterpå, men dette er et så alvorlig valg, så vi har vært gjennom det.” (Informant 1)

Informant 2 var også entusiastisk overfor brukerpanelet, og beskrev det tydelig på denne måten:

”Dem må dem ha!” (Informant 2)

Informant 4 fikk også utbytte at brukerpanelet, men savnet litt å høre fra noen som *ikke* hadde lyktes i så stor grad som deltakerne i brukerpanelet ga uttrykk for at de hadde gjort. Vedkommende sa det slik i intervjuet på begynnelsen av Startkurs:

”Dette her med brukerpanel er veldig spennende (...). Nå har vi jo hatt tre brukerpanel. Det synes jeg er veldig interessant, men det hadde kanskje vært interessant å høre fra en som det ikke har gått så greit for.” (Informant 4)

Informanten uttrykket seg helt likt på slutten av kurset, og sa det slik:

”Det har vært veldig nyttig. Det har vært...inspirerende...ja, fordi at da ser du at det funker, og det er ikke skummelt.” (Informant 4)

Informant 6 uttrykket seg også positiv til brukerpanelet, og sa det på denne måten på slutten av kurset:

”Det har vært nyttig å høre andres historier, lissom om hva de har tenkt rundt saken. Nyttien er veldig stor. For det er viktig å se åssen andre...andre har opplevd det.” (Informant 6)

Mine tolkninger viste at majoriteten av informantene virket utelukkende positive til brukerpanelet. Jeg har valgt å ta med sitatene til noen av informantene for å underbygge dette funnet. En informant skilte seg litt ut ved å si at vedkommende ønsket å ha noen i brukerpanelet som *ikke* hadde lyktes med å gå ned i vekt.

4.2.2 Brukerpanelet har ingen innvirkning

Kun én informant ga uttrykk for at brukerpanelet ikke var noe viktig. Informanten var positiv til det i begynnelsen av kurset, og beskrev brukerpanelet som nyttig og betydningsfullt, men på slutten av kurset var oppfatningen en annen. Informant 5 beskrev det slik på slutten av kurset:

”Brukerpanelet har ikke hatt noe særlig innvirkning på meg...ikke utover at det er interessant å høre andres historie. Men...men det har vel ikke vært noe sånn som har....har vært noen stor a-ha greie. Det er nok mer...interessant...” (Informant 5)

4.2.3 Ønsker eldre brukerpanel

Den siste kategorien består av tre informanter som ønsket at deltakerne i brukerpanelet hadde gjennomgått fedmeoperasjonen for en lang tid tilbake, og ikke bare for mellom 1-2 år siden, som var tilfellet for de aller fleste i brukerpanelet. De ønsket å høre om alle oppturer og nedturer gjennom en lang årrekke. En av informantene (7) ble også plassert i den første kategorien, fordi jeg tolket at vedkommende var positiv til brukerpanelet, men informanten skilte seg litt ut ved å komme med tanker som dette. Informant 7 beskrev det slik:

”Jeg skulle gjerne hatt brukerpanel som har...ehm... gått gjennom denne prosessen for en...for litt flere år siden da. At det har gått litt lenger tid. Ikke bare 2-3 år siden. På en måte. Men ti år siden, tolv år siden.” (Informant 7)

Informant 8 sa i det første intervjuet at vedkommende ikke hadde hatt så stort utbytte av brukerpanelet fram til da, og syntes ikke det ga troverdighet. I det siste intervjuet uttrykket informanten seg slik:

”Alle som vi har hatt her har vært veldig fornøyde. Ehm....det hadde jo vært kanskje greit å hørt...eh...litt bakside, også... Det hadde vært greit å møte noen som ikke bare var operert for et år sida. Men som kanskje var operert for fem eller ti års sida... Åssen det fortsatt går. Det hadde vært veldig lærerikt.” (Informant 8)

Informant 3 beskrev at brukerpanelet var ”artig”, men hadde ingen beskrivelser utover det, men vedkommende utdypet et ønske om et eldre brukerpanel, og sa det slik:

”En venn av familien gikk på Startkurs nummer 6. De som er her og prater til oss...de er gjerne fra Startkurs for bare fire, fem, seks Startkurs tilbake. Det er kanskje to år, maks... Skulle gjerne hatt noen som var med helt fra starten. En av de første (...). Hvordan utvikling har de hatt?” (Informant 3)

I analysen kom det altså fram at tre av informantene ønsket at deltakerne i brukerpanelet hadde mer erfaring med å være fedmeoperert enn bare ett år eller to. Informantene ga uttrykk for at de helst ville høre mer om hvordan hverdagen og livet til en fedmeoperert er mange år etter en operasjon, og ikke bare tiden rett etterpå, som trolig er den mest motiverende perioden når man faktisk ”raser ned i vekt” (vekten stabiliseres vanligvis etter 12-18 måneder). Informant 8 og informant 4 (som er i kategorien *en utelukkende positiv opplevelse*) uttrykket ønske om å høre fra noen som ikke hadde lyktes i så stor grad med sin vektreduksjonsprosess.

4.3 Sosial støtte i gruppen

Et av de viktigste målene LMS setter seg, er at deres kursdeltakere på Startkurs skal oppleve sosiale støtte i gruppen/nettverket de deltar i. Informantene i denne studien oppga at de i større eller mindre grad opplevde det som betydningsfullt å være en del av et det sosiale nettverket som Startkurs tilbyr, og at det var viktig å bli anerkjent i en sårbar situasjon. Likevel dannet det seg tre kategorier på temaområde *Sosial støtte i gruppen*, der den ene gruppen *opplever sosial støtte som viktig hele veien*, den andre gruppen *blir mer positiv til den sosiale støtten i løpet av kurset* og den tredje gruppen som tenker litt mindre på seg selv, men *tenker at det den sosiale støtten er viktig for de andre i gruppen*. Noe som imidlertid alle var positive til, og som endte opp som en egen kategori i dette temaet, var det å ha *Facebook som sosial støtte*. Å ha sosial støtte fra andre utenom kurset, blir omtalt etter det igjen.

4.3.1 Opplevelse av sosial støtte som viktig hele veien

Enkelte informanter opplevde ganske raskt det å være en del av et sosialt nettverk både som betydningsfullt og viktig. De så for seg at de kom til å ha kontakt med enten en eller flere personer i gruppen i tiden etter kurset, og i fremtiden for øvrig. Informant 4, som anså det sosiale nettverket som betydningsfullt hele veien, beskrev det slik ved starten av Startkurset:

”Jeg synes det er en utrolig hyggelig gruppe (...). Jeg tror vi kan være veldig viktige støttespiller for hverandre underveis her. Det er viktig å føle tilhørighet altså!” (Informant 4)

Informanten var like positiv etter åtte uker:

”Det har hjulpet meg. For vi er jo mange i samme situasjon. Og det er liksom ikke noen som dømmer noen. Altså, det er...man tørr på en måte å snakke, og det synes jeg har vært veldig ålreit. Vi er jo en kjempefin gruppe! Man kan søke råd eller gråte på skulderen til noen hvis man trenger det (...). Jeg håper vi kan fortsette å ha dialog i gruppa. Gruppa har vært veldig viktig (...). Jeg trenger den.” (Informant 4)

Informant 5 anså også det sosiale nettverket som betydningsfullt og beskrev det slik:

”Det å ha noen som har akkurat de samme problemene eller utfordringene som meg sjøl, og ikke bli...ikke føle seg så mislykka, er veldig befriende (...). Det betyr mer enn jeg trodde. Jeg vil gjerne fortsette å ha kontakt når kurset er ferdig.” (Informant 5)

Etter åtte uker beskrev informanten det slik, med en snev av galgenhumor:

”Jeg håper vi kan møtes jevnlig. Og det virker det som alle er veldig positive til, og alle ser verdien i det. Det å kunne ha det morsomt sammen, og tulle og tøyse, og være tjukkaser sammen (...). Det er veldig positivt altså... Jeg kommer til å ha stor nytte av gruppa framover. Ja, det kommer til å være mitt hemmelige våpen! Jeg har blitt mer mentalt forberedt på grunn av gruppa”.
(Informant 5)

Som en slags sammenfatning av meningstolkningene for denne gruppen, kan uttrykket ”støttespiller” som informant 4 brukte være et nøkkelord. Informantene så stor nytte av at de (endelig) satt i samme båt som andre med tilsvarende utfordringer. Informantene hadde også erfaringer med å bli stigmatisert og diskriminert i sin hverdag som overvektig, så det å befinne seg i en setting med andre personer med samme utfordringer, følte befriende for dem.

4.3.2 Blir mer positiv til den sosiale støtten i løpet av kurset

Noen informanter hadde ikke så mange forventninger til gruppen og syntes det var litt ”rart” i begynnelsen, men fikk en mer positiv opplevelse av det sosiale nettverket i løpet av kurset. Informant 2 beskrev på begynnelsen av Startkurs at vedkommende ble mest motivert av å jobbe alene, men sa at det kanskje etter hvert ville føles som en lettelse å være i en gruppe med andre som var like stor som informanten selv. Vedkommende kalte det for et ”slags fristed”, men virket fremdeles litt skeptisk. På slutten av kurset hadde dette inntrykket endret seg litt, og informanten uttrykket seg slik:

”Vi har jo et verktøy i gruppa. At vi på en måte kan syte og heie på hverandre.” (Informant 2)

Informant 6 beskrev på begynnelsen av Startkurs at vedkommende ikke hadde så store forventninger til gruppen. Da informanten ble spurt om den sosiale støtten i gruppen ville oppleves som betydningsfullt uttrykket vedkommende seg slik:

”Både ja og nei (...). Men det er hyggelig å være...og det hjelper...det er alltid hyggelig å være i en gruppe...” (Informant 6)

På slutten av kurset uttrykket informanten et ønske om å holde kontakten med gruppen, og sa det på denne måten:

”Jeg ser det er viktig for...samspillet...og veien videre. I og med at det ikke er noe her etterpå.” (Informant 6)

Informant 7 var også blant dem som ble mer positiv til det å være en del av en gruppe underveis i kurset, og beskrev det slik på starten av Startkurset:

”Det var litt sånn rart den første kursdagen, å kunne snakke helt fritt om det å være tjukkas rett og slett. Det er jo lissom...du gjør jo ikke det med vennene dine. Selv om alle har sine komplekser og sånt, så var det jo litt rart. Samtidig er det litt ålreit å kunne snakke fritt om det også, og ha litt galgenhumor.” (Informant 7)

Informanten var mer positiv til viktigheten av den sosiale støtten på slutten av kurset:

”Man har på en måte et nettverk da, som man ikke har hatt tidligere. Av folk som går gjennom det samme som deg, og som opplever det samme som deg. Man kan bruke det nettverket. Jeg håper vi kan holde sammen, og at vi kan bruke hverandre. Samholdet i gruppen eller stemningen i gruppen har overrasket meg positivt.” (Informant 7)

Informant 8 ble også mer positiv i løpet av kurset, og beskrev det slik på begynnelsen av Startkurset:

”Jeg har ikke noe forventninger om sånn evig vennskap, og best friends forever. Det har jeg ikke. Men you never know. Så jeg er litt avventende...” (Informant 8)

På slutten av kurset hadde informanten en litt annen opplevelse av gruppen og beskrev fellesskapet i gruppen som et viktig verktøy. Informanten sa det slik:

”Jeg tror egentlig det viktigste er fellesskapet med de andre. Jeg har fått en støttegruppe (...). Man kan ta opp ting som man kanskje ikke kan ta opp med...skal jeg være stygg...sin tynne venninne. Fordi de som er her, de kan relatere seg til ting som jeg ikke kan diskutere med andre. Man kan senke skuldrene litt. Hvis jeg skal nevne et par verktøy jeg har fått på kurset, må jeg sette fellesskapet med andre først. Rett og slett.” (Informant 8)

I analyseprosessen ble det tolket at fire av informantene ble mer positive til det sosiale nettverket i gruppen underveis i kurset. Flere uttrykket at de følte litt ubehag med den sosiale settingen i begynnelsen på Startkurs, men lærte seg både å sette pris på den, og underveis i kurset fikk de økt kunnskap om hvordan de kunne dra nytte av en slik gruppe. Informant 8 beskrev den oppdagelsen som ble gjort underveis på en god måte, og sa at vedkommende hadde

fått seg en ”støttegruppe”. Det likner beskrivelsen til informant 4 i den forrige kategorien, der vedkommende beskrev gruppen som en ”støttespiller”.

4.3.3 Tenker at den sosiale støtten er viktig for *andre* i gruppen

Den siste kategorien gjengir beskrivelsen til noen av informantene som mente at det å være del av et sosialt nettverk ikke var så viktig for dem selv. De opplevde det imidlertid som betydningsfullt å være med i nettverket på andres vegne, fordi det kunne være *andre* som var avhengige av støtten fra gruppen. Informant 1 hadde ikke så store forventninger til det å være en del av det sosiale nettverket, men forsto utover kurset at vedkommende kunne spille en viktig rolle for andre. Da Startkurset var ferdig beskrev informanten det slik:

”Jeg har ingen forventninger til gruppa i det hele tatt. Jeg tar det som det kommer (...). Men det er godt å vite at den er der. Jeg tenker litt på de andre også jeg da. At de som kanskje ikke har så godt nettverk rundt seg, at de kan få det i den gruppa. Og det vil jeg veldig gjerne bidra til da. Og det gir meg noe.” (Informant 1)

Informant 3 beskrev også på begynnelsen av Startkurset viktigheten av å være til stede for andre:

”Jeg føler ikke akkurat nå at jeg trenger det, men det kan sitte folk der som trenger det.” (Informant 3)

Informanten la imidlertid til at selv om vedkommende ikke trengte det støttende nettverket selv akkurat der og da, kunne det hende det var denne informanten som trengte det etter hvert, og sa det slik:

”Og så kan det hende at jeg om tre uker faktisk er den som trenger det. Så det er det som er positivt med å være en del av gruppa. Det er jo ikke sikkert du trenger det her og nå, men om fire uker så kan det være deg som trenger det (...). Vi må bidra alle sammen for at det her skal bli vellykka (...). Det er jo positivt å kunne dele erfaringer som kanskje ikke alle andre i din vennekrets helt forstår da.” (Informant 3)

Informant 3 uttrykket også bekymring for at det ville bli vanskelig å fortsette denne støtten når kurset var over og gruppen ikke møttes ukentlig lenger. Vedkommende mente at det kunne vært ”litt nyttig”.

To av informantene følte altså at de ikke hadde et personlig behov for den sosiale støtten i gruppen der og da, men var mer opptatt av å delta i den på andres vegne, sånn at de kunne støtte andre som trengte det. Som det snart vil komme fram, var det kun disse to informantene som hadde valgt å fortelle alle rundt seg om den forestående operasjonen. De var svært åpne om det. De opplevde kanskje å få den støtten de trengte fra andre, og at ”behovet var dekket”.

4.3.4 Sosial støtte på Facebook

Selv om det var noe variasjon hos informantene i forhold til det å være en del av et støttende nettverk, var *alle* enige om viktigheten av å møtes i en lukket gruppe på Facebook, og å kunne bruke dette mediet som et verktøy og en kanal til å kommunisere. Her gjengis uttalelsene til noen av informantene.

Informant 2 beskrev bruken av Facebook slik:

”Jeg håper at man kan bruke hverandre. Legge ut bilder fra GPS-tracken fra trening, og spørre om det er noe. Jeg tror ikke jeg kommer til å (...) lage treningsdates med andre. Jeg kommer til å være aktiv alt etter som jeg har noe å dele. Er jeg frustrert kommer jeg sikkert til å skrive, må bare passe på å ikke bli frustrert sånn at det smitter andre lissom. Så jeg tror jeg kommer til å bruke den, men jeg tror ikke den komme til å være den største delen av livet, lissom.” (Informant 2)

Informant 6 så først og fremst for seg å lese det andre delte i en Facebook-gruppe, og sa det slik på slutten av kurset:

”Jeg håper vi kan holde kontakten. Jeg er ikke flink til å legge ut på den Facebook-gruppa vi har, men jeg har mye glede av å lese det de...og like, altså, men ikke så mye delta ennå. Samspillet er viktig for veien videre. I og med at det ikke er noe etterpå her.” (Informant 6)

Informant 7 snakket om Facebook som et viktig verktøy, og sa det slik på starten av kurset:

”Det å kunne ha kontakt med hverandre blant annet på Facebook, og kanskje kunne spørre hverandre om man har opplevd det, eller hvordan får man til det, hva gjør du da (...). Sånn at man ikke nødvendigvis behøver å gå inn på sånne åpne fora på nettet hvor det liksom florerer av både det ene og det andre av kommentarer og meninger da. Ja, jeg kjenner disse litt bedre, og du vet hvem de er, du har sett ansiktet på dem, og du kjenner kanskje noen av problemene som de sliter med.” (Informant 7)

På slutten av kurset uttrykket informanten seg slik:

”Jeg håper man kan bruke Facebook som en kommunikasjonskanal.”
(Informant 7)

Informant 8 trodde også Facebook ville bli et viktig verktøy, og sa det slik på slutten av kurset:

”Jeg har en forventning om pepping og morsomme oppdateringer på Facebook og sånn (...). Jeg tror kanskje det kan bli et viktig...verktøy.”
(Informant 8)

I analyseprosessen kom det altså fram at flesteparten informantene var positive til den nyere kommunikasjonskanalen Facebook, og ingen hadde noen særlige betenkeligheter med å dele informasjon der. Det var ingen som stilte noe som helst spørsmålstegn ved det, selv når man vet at ting kan komme på avveie på Facebook, og at uønskede ting kan spres (selv i en lukket Facebook-gruppe). Som det vil beskrives i neste delkapittel, hadde flere av informantene valgt bare å fortelle noen personer rundt seg om den forestående operasjonen, men å legge ut ting på Facebook var ikke noe problem. Det ble også tolket at mange av informantene anså Facebook som viktig for veien videre, slik som informant 6 uttrykket - siden sykehuset tilbød begrenset med oppfølging.

4.4 Sosial støtte fra andre

Selv om mange opplevde det sosiale nettverket som ble dannet på Startkurs som viktig og betydningsfullt, var det imidlertid stor forskjell på hvor åpne de var om den forestående operasjonen ovenfor andre utenom kurset. Dermed var den sosiale støtten informantene fikk fra venner og familie utenom kurset varierende. Det til tross for at man vet at jo større sosial tilhørighet man har til et individ eller til en gruppe, jo større er sannsynligheten for at man vil takle utfordringer i livet. Under temaet *Sosial støtte fra andre* dannet det seg 3 kategorier, som er: *Forteller alle rundt seg om den forestående operasjonen, forteller noen om den forestående operasjonen eller forteller bare 1-2 personer om den forestående operasjonen.*

4.4.1 Forteller alle rundt seg om den forestående operasjonen

Noen av informantene hadde valgt å være helt åpen om den forestående fedmeoperasjonen, og hadde fortalt mange rundt seg. De kunne nesten ikke forstå de som valgte ikke å dele det med så mange. Informant 1 var blant disse, og ga uttrykk for at følgende skulle få vite om den forestående operasjonen:

”Jobben min, mine ansatte, mine ledere og familie. Alle skal få greie på hva jeg skal drive med, og hvorfor og hva. Fordi jeg er avhengig av at de støtter meg når jeg seinere tar opp matpakka etter to til tre timer - og hvorfor jeg spiser som jeg gjør. Og det er ingen...det er ingen skam. Det er et valg jeg gjør, og en kjempejobb resten av livet mitt, så hvis de ikke er inkludert i den...!!!” (Informant 1)

Denne informanten hadde helt samme oppfatning i det andre intervjuet også (derfor gjengis ingen sitater). Det som pekte seg ut i den siste samtalen var at informanten trodde at det å være åpen var noe som ville gjøre det lettere å lykkes på sikt.

Informant 3 var også helt tydelig på at vedkommende skulle fortelle alle rundt seg, og uttrykket seg slik i det første intervjuet:

”Jeg blei jo litt sjokkert nå forrige gang hvor alle bare...hadde ikke tørt å si det. Det var bare mannen min som visste noe, sa de. Jeg ble litt sjokkert over det (...). Men jeg er jo åpen.. Jeg er jo omtrent åpen som en bok, ikke sant, og...og er ærlig mot andre. Sier det til alle at jeg (...), og ikke fått en negativ tilbakemelding. Jeg opplever det bare er støttende meldinger jeg får.” (Informant 3)

Informanten uttrykket seg helt lik på slutten av kurset, og hadde liten forståelse for de som ikke snakket med andre om dette, og sa det å på denne måten:

”Jeg klarer nesten ikke å forstå...at folk skal være negative (...). Uten sammenlikning for øvrig, ikke sant, får du kreft da for eksempel og du sier du skal operere, så er jo alle støttende, og alle sier kjør på, dette er jo glimrende. Derfor skjønner jeg ikke at noen...dette er jo livreddende dette her og. Jeg skjønner ikke at folk kan ha den holdninga, og være negative til noe sånt. Jeg fatter det ikke (...). Jeg klarer heller ikke å skjønne når folk er redde for å si det til andre (...). Er mennesker virkelig så onde, eller er det rett og slett vi som lager de begrensningene sjøl...tenker jeg... For da er det noe jeg har gått fullstendig glipp av. Jeg trudde...trudde ikke folk var sånn rett og slett. Jeg er fullstendig naiv tydeligvis. (Informant 3)

To av informantene valgte å være veldig åpne om den forestående operasjonen. Informant 1 hadde bestemt seg for dette fordi vedkommende etter hvert kom til å være avhengig av andres støtte, mens informant 3 beskrev seg selv som en åpen bok, og var overhode ikke redd for å bli stigmatisert eller sett ned på.

4.4.2 Forteller noen om den forestående operasjonen

Flere av informantene hadde valgt en ”midtveis” løsning ved å fortelle noen rundt seg. De hadde med andre ord ikke fortalt alle, men de hadde valgt å dele det med flere enn for eksempel bare ektefellen. Informant 6 hadde valgt å fortelle noen, og tenkte at støtten fra disse ville være viktig, men informanten innrømmet samtidig at det hadde gått helt fint ikke å fortelle noen, og sa det på denne måten:

”Nei, jeg har ikke sagt det til så mange (...). Men jeg jobber med at det er viktig for meg å ha den støtten. For jeg er litt sånn...skal klare meg sjøl. Jeg skal ikke ha hjelp av noen andre (...). Men så har jeg fortalt noen utvalgte da. Det er mine søsken, og så selvfølgelig ektefellen min. Også...eh...også har jeg to venner jeg har sagt det til. Nei tre venner (...). Men det er jo av de som jeg veit jeg får støtte av.” (Informant 6)

Informant 7 hadde også fortalt noen av vennene sine, selv om det ikke føltes som et direkte behov. Informanten sa det på denne måten:

”Jeg og samboeren min har snakket litt med venner. Jeg snakker med noen venner som jeg tenker at, ja...det er greit at de vet det. På en annen side så er det ikke sånn at jeg kaster det rundt meg egentlig (...). Jeg har snakket med sjefen min og et par kollegaer lissom men...og det er jo ikke sånn at det gjør meg noe om de sier det videre heller. Men jeg har...føler egentlig ikke noe behov for at...å fortelle det heller da.” (Informant 7)

Informant 2 tenkte at det kunne komme et behov for å dele det med flere etter hvert. Men fram til da var det bare samboer, foreldre og søsken som visste om den forestående operasjonen. Informanten sa det på denne måten:

”Jeg har vært... ikke vært så veldig åpen om det, for det er... jeg har lissom tenkt på at et er så få som egentlig har noe med det å gjøre. Og at jeg heller forklarer det etter hvert som det kommer.” (Informant 2)

4.4.3 Forteller bare 1-2 personer om den forestående operasjonen

Noen av informantene hadde valgt å fortelle kun svært få om den forestående fedmeoperasjonen. I motsetning til informant 3 (i den første kategorien), som opplevde at folk ikke var negative til valget som var blitt tatt, opplevde informant 5 at andre så ned på overvektige som fedmeopereres. Derfor hadde vedkommende ikke tenkt å si det til noen, med unntak av ektefellen. Informanten sa det slik:

”Jeg har ikke snakka. Jeg har ikke fortalt dette til noen. Det er bare ektefellen min som vet det. Ingen andre som vet. Og ingen andre som jeg ønsker at skal få vite det heller. For det er veldig stigmatiserende, og man kan si hva man vil, men det er big loser altså! (...). Jeg får veldig god støtte av ektefellen min. Det blir helt sikkert støtte hvis jeg hadde sagt det ellers og, men det velger jeg ikke å gjøre.” (Informant 5)

Informant 8 hadde også valgt bare å fortelle noen ytterst få. Da informanten gikk på konservativ behandling for en tid tilbake fikk alle vite om det, men så lyktes ikke informanten den gangen, og var derfor engstelig for å fortelle alle igjen. Informanten sa det slik i det første intervjuet:

”Jeg har ikke fortalt andre. For jeg fortalte når jeg dro på XXX, også følte jeg egentlig...at det var greit, og familien stilte opp og alt sånn, og alle synes det var kjempebra. Også føler jeg på en måte at jeg har skuffa litt for jeg har gått opp igjen.” (Informant 8)

På slutten av Startkurset utdypet informanten dette ytterligere, og sa det slik:

”Jeg er redd for å feile igjen (...), og er vel egentlig redd for å mislykkes igjen... Så jeg har ikke løpt rundt og fortalt det til alle...” (Informant 8)

Informant 8 hadde fortalt ektefellen sin, men opplevde at vedkommende ikke var spesielt interessert, og ga lite støtte. Derfor hadde informanten åpnet seg for en person til, og det var til en psykolog, som vedkommende gikk til jevnlig. Informanten uttrykket seg slik:

”Sånn som det er nå så kjennes det best. Der er veldig godt å ha hu på XXX, fordi henne kan jeg snakke med, som jeg ikke kan snakke med noen andre om akkurat nå.” (Informant 8)

Informant 4 hadde heller ikke lyst til å si det til så mange, i alle fall ikke der og da, men beskrev at vedkommende var åpen for å fortelle flere etter hvert. Informanten sa det slik:

”Jeg har egentlig ikke lyst til å fortelle det til så mange. Det er den største barrieren min tror jeg (...). Jeg har samboeren min, også føler jeg at jeg har her liksom (...). Det føles ikke riktig å dele med noen andre nå. Kanskje når det nærmer seg, men ikke akkurat nå (...). Mannen min og jeg spiller veldig på lag”. (Informant 4)

Informant 4 uttrykket også enorm frustrasjon over at vedkommende var blitt observert av en bekjent på Bærum sykehus, som hadde ”sladra”. Informanten beskrev det som et ordentlig slag i trynet, og at det hadde vært veldig tungt å fordøye.

For å oppsummere denne delen om sosiale støtte fra andre, så var det kun to informanter som var veldig åpne, og som fortalte alle rundt seg om den forestående operasjonen. De fleste informantene hadde valgt enten å fortelle ”noen”, eventuelt bare 1-2 personer. I sistnevnte kategori var det imidlertid én som var åpen for å fortelle flere *etter* behandlingen.

4.5 Faktorer som påvirker endringsprosessen

I analyseprosessen var det tre faktorer som dukket opp, og som ble tolket til å kunne ha en direkte påvirkning på pasientens endringsprosess. Den første faktoren er *tilbakefall* (de andre faktorene *spiseforstyrrelser* og *visualisering* diskuteres lenger ned).

4.5.1 Tilbakefall

Personer som skal iverksette en endring må gjennom forskjellige stadier i en endringsprosess. De fleste informantene virket å være kjent med de forskjellige stadiene i denne endringsprosessen, og flere ga uttrykk for at de hadde sett bilder av en slik endringsprosess tidligere, men alle fikk imidlertid et nytt syn på selve tilbakefallsstadiet på Startkurs. Det var nytt for dem at dette blir ansett som et eget stadium, og ikke som en endelig avbrytelse av atferdsendringen. Det dannet seg to kategorier under temaet *Tilbakefall*. Den ene gruppen oppga at de *ikke lenger er redd for å få tilbakefall*, mens den andre gruppen oppga at de *tenker nytt når det gjelder å få tilbakefall*. Alle sitatene under kommer fra intervjuene som ble utført på slutten av Startkurset (andre intervjurunde).

Er ikke lenger redd for å få tilbakefall

Informantene i den ene kategorien oppga at de syntes det var veldig fint å høre at det var lov å ”falle” flere ganger enn de trodde var normalt, og at løpet ikke var kjørt selv om man falt en rekke ganger. Før trodde de at det bare var å gi opp hvis de hadde gått på en ”smell” og ikke klarte å hente seg inn igjen. Denne feilkunnskapen ble rettet opp under Startkurs, og de ble mindre redd for å få tilbakefall. Før Startkurs trodde informant 2 at slaget var ”tapt” etter fire tilbakefall. Vedkommende uttrykket seg slik:

”Jeg tenker stadig vekk på den handling, vedlikehold, tilbakefalls-delen, som er et verktøy for ikke å bli motløs. Jeg har kunnskap jeg aldri har hatt før.

For meg så tror jeg den store greia er at jeg ikke er redd for tilbakefall. Det må bare være et unntak istedenfor regelen.” (Informant 2)

Informanten uttrykket seg også slik i løpet av intervjuet:

”Tilbakefall er ikke skummelt lenger. Jeg har fått litt flere verktøy, litt mer perspektiv på det. Og den kunnskapen om at tilbakefall er en del av prosessen. Ikke et unntak på en måte. Nå er det lettere å forstå tilbakefall. Det har jo på en måte gjort noe med det mentale.” (Informant 2)

Informant 1 var også blitt mindre redd for å det å oppleve et tilbakefall, og beskrev det slik:

”Jeg er veldig glad for at det er lov til å dette mer enn jeg normalt vil si. Fire ganger, så har jeg tapt lissom. Det er normalt å snuble. Det viktige er at du reiser deg igjen. Det har hun psykologen oppklart. Ja, at det er akseptabelt. Jeg er ikke så redd for å møte tilbakefallsbiten (...). Det er spor som skal endres og sånn, så du må regne med det!” (Informant 1)

Tenker nytt når det gjelder det å få tilbakefall

Noen av informantene uttrykket også at det var nyttig å lære mer om tilbakefall, men beskrev det på en litt annen måte enn informant 1 og 2. De beskrev at de tenkte på en *ny måte* når det gjaldt å få tilbakefall. Informant 3 hadde begynt å tenke annerledes enn før, og uttrykket seg slik:

”Om du får et tilbakefall så ødelegger du ikke for den gode jobben du har gjort de to tre-fire månedene før. Jeg har ikke tenkt sånn før.” (Informant 3)

Informant 5 innrømmet også å tenke annerledes enn før, og sa det slik:

”Jeg tenker på en annen måte (...). At har du først gått i baret så er løpet kjørt, så da kan du bare...da er alt over. Alt er ødelagt... Og det at det jo selvfølgelig ikke er det, har fått en mer sånn ordentlig mening. At selvfølgelig så får jeg tilbakefall (...). Nettopp det der at jeg forstår at ja, men herregud, løpet er ikke kjørt, det var bare akkurat i dag (...). Det kommer til å skje. Og jeg skal håndtere det.” (Informant 5)

Informant 6 var godt kjent med modellen fra før, og innrømmet at det var tilbakefallene vedkommende slet med. Før pleide informanten å straffe seg selv etter et tilbakefall, men etter å ha gått på Startkurs uttrykket vedkommende seg slik:

”Alt har vært dårlig, og bare meg som ikke kan noe (.). Men det har vært nyttig å se den her. For jeg klarte jo ikke tenke den i alle faser før. Så får jeg den her, og tenker, jaja, det gjelder jo det meste.” (Informant 6)

Informant 7 hadde også endret sitt syn på tilbakefall, og beskrev det slik:

”Jeg har nok kanskje fått et annet forhold til det med tilbakefall. Og...lissom beveger meg mot å akseptere at det kan skje. Jeg har tenkt veldig på det som et nederlag (...). Det med tilbakefall har vært veldig viktig.” (Informant 7)

Noe overraskende hadde altså informantene enten liten kunnskap om tilbakefall eller feil kunnskap. De ga alle uttrykk for at det var betydningsfullt å få et nytt syn på tilbakefall.

4.5.2 Spiseforstyrrelser

For noen av informantene virket en årsak til deres fedme å være av psykisk art, og at de brukte maten til å døyve følelser. Den andre faktoren som ble funnet til å kunne påvirke endringsprosessen til pasientene kan dermed karakteriseres som spiseforstyrrelser. Temaet ble kalt *Spiseforstyrrelse*, og under dette temaet ble det dannet to kategorier: *Ja. Det er en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken* eller *Nei. Det er ikke en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken*. Temaet var ikke med i den opprinnelige intervjuguiden, blant annet fordi det sto i samtykkeskjemaet at det ikke ville bli stilt spørsmål om personlig helsetilstand og personlige forhold, men siden temaet ble diskutert opptil flere ganger i løpet av kurset, ble det vurdert som relevant å stille spørsmål om dette i den andre intervjurunden. Selv om jeg som intervjuer sa at de ikke trengte å utdype tematikken, opplevde jeg informantene som svært åpne på dette området. De var absolutt villige til å snakke. Hva som ble sagt både underveis i kurset, og i pausene, kan imidlertid ikke siteres, men det ble notert at flere av de andre deltakerne på Startkurs også opplevde å ha et mer komplisert forhold til fedmeproblematikken enn at de bare spiste for mye. Flere etterlyste mer og bedre psykologisk oppfølging på Startkurs når det gjaldt denne tematikken.

Ja. Det er en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken

Tre av informantene som ble spurt om det var en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken og om spiseforstyrrelser, oppga at de helt klart hadde dette. Informant 6 sa vedkommende også må ha ”orden på resten av livet” og uttrykket seg slik i andre intervju:

”Jeg synes det er litt vanskelig fordi jeg (...), jeg vet at jeg har mange... utfordringer. Kanskje... ja kanskje det også.. å belyse at det er ikke bare det å gå ned...for at det er en grunn. Så må man jo kanskje finne grunnen til at man ikke lykkes. Så det har jeg jobba med på si da...hos coach og psykolog og...at jeg jobber med den mentale biten ved siden av. For det er jo en grunn til at det stopper opp!” (Informant 6)

Informant 6 etterlyste mer psykologi på Startkurs, blant annet fordi vedkommende trengte mer hjelp til å jobbe med hodet. Informanten brukte for øvrig ord som ”avhengighet” for å beskrive sitt forhold til mat.

Informant 7 beskrev også at vedkommende måtte gå litt dypere inn i seg selv, og sa det slik:

”Det har gjort meg oppmerksom på at jeg må jobbe med meg sjøl da. Enda mer kanskje. Jeg kjenner at det kan være noe mer dyptliggende. Ja, jeg har tatt med meg mye av det som hun...hun psykologen har snakket om, fordi at det har vært viktig for meg. Eh.. Så kjenner jeg jo at jeg gjerne skulle ha snakket mer om det, på et mer individuelt plan (...). Jeg må rett og slett ta tak i meg selv, og det synes jeg er utrolig vanskelig da (...). Hodet er veldig viktig (...). Og du opererer jo ikke hodet ditt da.” (Informant 7)

Informant 8, som virket preget flere ganger i løpet av intervjuet, gikk allerede til samtaler hos psykolog, og var helt klar på at det var en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken. Vedkommende brukte også ord som ”trøstespising”, og uttrykket seg slik:

”Jeg mener det er noe mer dyptliggende. Jeg...har godt utbytte av de samtalene jeg har (...). Jeg trenger hjelp i topplokket også. (Informant 8)

Mine tolkninger viser at flere av informantene hadde en problematisk spiseatferd, eller en spiseforstyrrelse, og de ga alle uttrykk for at det tid tider var vanskelig å kontrollere matinntaket. Og selv om alle informantene virket nokså preget da de snakket om dette temaet, var de samtidig også åpne om det. Selv til tross for at pasienter med en pågående spiseforstyrrelse ikke anses som egnede kandidater til overvektskirurgi.

Nei, det er ikke en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken

Noen av informantene mente at overvekten ikke kunne ha skyld i en spiseforstyrrelse eller liknende, og beskrev stort sett at de bare var glad i mat. Blant disse er informant 3, som beskrev det slik:

”Det har jeg egentlig aldri følt på. Nei, det har ikke vært i mine tanker i det hele tatt. (Informant 3)

Informant 4 kjente seg heller ikke igjen i at det kunne være en annen kjerneårsak til fedmeproblematikken, og uttrykket seg på denne måten:

”Det er nok ikke noe dyptligg... Altså, jeg ble veldig svær etter jeg ble gravid. Så det er liksom...noe som henger igjen derifra, lissom.” (Informant 4)

Når denne informanten fikk spørsmål om behovet for å ha samtale med en psykolog eller en coach i forbindelse med Startkurs, var svaret:

”Hva skulle en coach gjøre? Nei....jeg føler jeg er i rute....og har kontroll. Egentlig.” (Informant 4)

Informant 5 kjente seg heller ikke igjen i beskrivelsen å ha en spiseforstyrrelse, og sa det på denne måten:

”Nei, det er ikke noe jeg kjenner meg igjen i. Det er rett og slett et grådighetsanliggende (...). Jeg tenker jo at jeg er kanskje heldig som...som ikke har (...) noe sånne dyptliggende...det er ikke noe problematikk som ligger i bønn. Det er rett og slett det der med genetisk grådighet når det gjelder mat.” (Informant 5)

Informant 1 var imidlertid litt mer usikker, og beskrev det slik:

”Jeg vet at jeg må jobbe med å slutte med å lage alle den feite maten. Jeg er ikke sukkeravhengig, men jeg er ekstramåltids-avhengig. Det er kjernen. Utover det så har jeg ikke noe dypere årsaker til det i noen traumer eller noe sånt, som man snakker om (...). Jeg tror ikke jeg er der.” (Informant 1)

Flere av informantene ga uttrykk for at de ikke hadde en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken, i form av spiseproblematikk. De var mest av alt bare glad i mat og hadde en god appetitt – mest av alt på usunn mat. Noen ga uttrykk for at de gjerne kunne ha levd på mat som vafler, kaker, pølser og potetgull. Informant 1 var imidlertid litt mer usikker, og ”trodde ikke” at det lå noe der.

4.5.3 Visualisering

I analyseprosessen ble det avdekket at det var stor forskjell på i hvilken grad informantene klarte å se seg selv som en slank person. Det dannet seg to kategorier under temaet *Visualisering*, og disse er: *Ser seg selv ikke om slank* og *ser seg selv som slank*. De fleste informantene befant seg i den siste kategorien. Informant 3, som ikke kunne se seg selv som slank, beskrev det slik:

”Nei, det er jo vanskelig å se for seg selv som slank person. Jeg har tenkt litt på det. Det blir litt rart (...).” (Informant 3)

Informant 7 hadde lenge ønsket å være en slank person, men syntes likevel det var vanskelig å se det for seg. Informanten sa det på denne måten:

”Det å virkelig se det for seg lissom...det syns jeg er vanskelig.” (Informant 7)

Heller ikke informant 8 klarte å se dette for seg, og uttrykket seg slik:

”Jeg klarer ikke så meg sjøl som tynn. Jeg gjør ikke det. Jeg håper det, men jeg gjør det ikke.” (Informant 8)

Informant 8 beskrev også at vedkommende i lang tid fremover kom til å *”gå en ekstra omvei rundt stoler, eller hvis det er smalt så går man heller en annen vei.”*

Flere av informantene klarte derimot å se seg selv som slank, og her gjengis noen av situatene. Informant 1 sa det på denne måten:

”Jeg visjonerer det ja (...). Tenker man sånn utseendemessig så klarer jeg absolutt det! Men ikke for tynn.. liksom, bare vanlig.” (Informant 1)

Informant 4 sa det enkelt og greit på denne måten:

”Ja! Så det er noe jeg gleder meg til” (Informant 4)

Informant 6 beskrev at det var enklere å visualisere *følelsen*, og sa det slik:

”Jeg vet ikke helt hvordan jeg ser ut, men mer følelsen. Jeg har et sånt bilde. Uti skauen. Med bikkje. Jeg har ikke bikkje! Men jeg har kanskje litt lyst. Men det er kanskje også for å komme seg ut, som et bilde på hvordan det er lettere

å komme seg ut. Jeg har lyst til å bli med den (...). Et sånt bilde er ikke helt fjernt for meg.” (Informant 6)

Fire informanter virket å klare å se seg som en slank person, mens tre var litt mer nølende, og hadde åpenbart en utfordring med å kunne se seg selv som en slank person etter vektoperasjonen.

4.6 Helhetlig oppsummering av mine tolkede funn

Alle informantene virket på én eller annen måte å være i gang med en endringsprosess, som for eksempel å spise frokost, ha en bedre måltidsrytme og spise mer frukt og grønt. Noen var mer på overveiellesstadiet mens andre hadde gjort konkrete tiltak. Men uavhengig av hvor de var, så hadde de i alle fall en bevissthet omkring dette. De fleste informantene var også positive til brukerpanelet, uavhengig av hvor de befant seg på sitt endringskontinuum. Videre var det noe forskjell i hvorledes informantene opplevde sosial støtte i gruppen, og større forskjell på hvor åpne de var overfor andre om den forestående operasjonen. Funnene kan tyde på at de som opplevde den sosiale støtten i gruppen som viktig, var de som bare hadde fortalt sine aller nærmeste om den forestående operasjonen.

Alle informantene oppga at de enten hadde fått ny kunnskap om eller et nytt forhold til tilstanden tilbakefall, i løpet av Startkurset. I analyseprosessen kom det også fram at flere av informantene hadde en spiseforstyrrelse, altså en mer psykologisk preget grunn til fedmeproblematikk, enn at de bare spiste for mye mat fordi de var glad i mat. Til slutt fortalte flere av informantene at de kunne se seg selv for seg som en slank person i fremtiden, mens noen klarte det ikke.

En kort oppsummering av funnene er:

- De fleste informantene mente at de i løpet av startkurset kom i gang med å endre sine levevaner, selv om både metoden for dette og motivasjonen varierte.
- De fleste informantene var positive til brukerpanelet, selv om effekten andre pasienthistorier hadde på dem varierte litt.
- Det var delte meninger blant informantene om betydningen av å ha sosiale støtte fra kursgruppen. Det var større variasjon når det gjaldt informantenes vilje til å ville fortelle omverden om deres forestående vektoperasjon.
- Det virket å være flere individuelle faktorer som kunne påvirke pasientenes endringsprosess. Deres kunnskap om tilbakefall, hvorvidt de kunne ha en

spiseforstyrrelse, eller om klarte å se seg selv utenfra som en slank person i framtiden, var de hyppigst uttalte.

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil først metodikken som er valgt til å belyse oppgavens problemstilling bli drøftet. Videre vil studiens funn bli diskutert opp mot eksisterende forskning, og sett i lys av teoriene som allerede er beskrevet. Diskusjonen følger samme rekkefølge som funnene, som igjen følger rekkefølgen av forskningsspørsmålene. Etter metodediskusjonen, og før diskusjonen av resultatene begynner, gis det en oppsummering av studiens hovedfunn. Hele kapittelet avsluttes med en konklusjon, samt forslag til implikasjoner.

5.1 Metodediskusjon

I forskningsverdenen må det hele tiden gjøres en vurdering om oppnådde studieresultater er til å stole på. Innen kvalitativ forskning er det viktig å gjøre rede både for hele forskningsprosessen og for ens forståelse. I denne delen vil studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet diskuteres.

5.1.1 Studiens reliabilitet

Med reliabilitet menes det i hvilken grad forskningen er pålitelig, og kan knyttes til at forskeren gjør rede for hvordan dataene er kommet fram, samt redegjør for relasjoner til deltakerne (Thagaard, 2013). For å ivareta reliabiliteten har jeg vært åpen og redegjort for alle trinnene i forskningsprosessen, og således gjort hele forskningsprosessen ”gjennomsiktig”. I tillegg har jeg som forsker beskrevet min forforståelse i et tidligere kapittel. Det er imidlertid flere faktorer som kan ha påvirket funnene, og disse vil belyses her.

I denne masteroppgaven er det brukt en fenomenologisk tilnærming, og det forskes på fenomenologiske essenser, det vil si informantens versjon av sin historie. Enkelte teoretikere innen fenomenologi påstår at man må studere disse fenomenene helt uten forutsetninger, og at det er en vanskelig oppgave (Malterud, 2011; Kvale, 1996). Denne masteroppgaven kan være preget av min forforståelse innen noen av temaene, som igjen kan prege tolkningene og funnene i denne oppgaven. Ifølge Malterud trenger imidlertid ikke det å være et begrensende element for å kunne forske ”åpent” om fenomener (Malterud, 2011). Samtidig er det riktig å si at jeg verken er en erfaren kvalitativ forsker, ei heller en med dyp innsikt i fenomenologisk filosofi. Jeg har etter beste evne gjort forsøk på å bli godt kjent med både denne metoden og med dens filosofiske forankring.

Videre ønsker jeg å påpeke mulige svakheter og styrker ved studien min. En svakhet med masterstudien er selve utvalget. Det var helt frivillig å delta, og det var kun de som meldte sin interesse som ble med i studien. Hvorfor akkurat disse informantene valgte å delta framfor

andre som ikke var interessert, kan bety noe for studiens validitet. Flere av informantene ga uttrykk for at det var viktig å bidra til forskningsbasert kunnskap. Det er gjerne slike personer som takker ja til å være med på studier av slik art. Andre pasienter på Startkurs så ut til å ha langt mindre overskudd og engasjement. Selv om mange av informantene formidlet de samme tankene, var det likevel både nok spenn og bredde i svarene til å vise at hver informant hadde noe ulikt ståsted. Således har jeg trolig fått belyst hvert tema i intervjuguiden fra flere synsvinkler.

En annen svakhet med utvalget er at jeg ble ”kjent” med informantene; vi deltok på samme kurs i åtte uker. Av den grunn valgte jeg bevisst helt fra starten å holde litt avstand til alle pasientene, og jeg ville heller fremstå som en forsker framfor en ”hyggelig student”. Jeg snakket lite eller ikke noe med informantene på selve kurset.

En annen svakhet er det som kalles for ”sosial ønskbarhet” (social desirability), hvilket innebærer at informantene svarer slik de mener er allment riktigst, eller slik de tror jeg som forsker ønsker at de skal svare (Gravdal & Sandal, 2004). På den måten kan de enten ha over- eller underdrevet sine erfaringer om de temaene vi snakket om. De kan muligens også ha rapportert ufordelaktig informasjon om seg selv. Imidlertid oppfattet jeg at det var etablert tillit mellom meg og mine informanter, og at mine oppfølgingsspørsmål bidro til at de svarte så ærlig som mulig.

Videre kan man diskutere om den såkalte Hawthorne-effekten har gjort seg gjeldende. Den handler om at bare det å vite at man blir studert, og er med i en studie, så kan det innvirke på forskerens resultater (McCambridge, Witton & Elbourne, 2013). Med andre ord, det at man blir observert kan gjøre at man føler seg spesiell og betydningsfull, og det kan gjøre at man også presterer bedre og gir et ”riktigere” svar. Det var imidlertid spennvidde i svarene, og mange av informantene var langt mer åpne og ærlige enn jeg hadde forventet. Flere av informantene hadde tidvis problemer både med å snakke om, samt ordlegge følelsene sine, underveis i intervjuene. Jeg følte de var veldig ærlige med meg.

En annen svakhet med min studie er et lavt antall informanter. Med få deltakere er det mulig at mine kvalitative funn ikke er representative for eller gjenkjennbare hos alle kursdeltakerne. Den begrensede størrelsen har imidlertid gitt meg en rik beskrivelse av fenomenene (Malterud, 2011). En siste svakhet er at jeg ikke fikk gjort en ”member check” av det transkriberte materialet (Malterud, 2011). Dette gjøres for å sikre at informantene kjenner seg igjen i og godkjenner de fortolkede analysene. Det var dessverre ikke anledning til å bruke tid på dette.

Jeg vil nevne igjen at det ikke ble foretatt en pilotutprøving av intervjuguiden, også på grunn av mangel på tid. Det ble ikke mulighet til å gjennomføre en praktisk forberedelse til denne settingen. Det ble imidlertid kun gjort noen få justeringer i intervjuguiden underveis, og den så ut til å fungere bra fra starten av.

Til slutt er det viktig å presisere at mine tolkninger gjennom hele studieforløpet kan utgjøre en svakhet ved studien. Det har med min ernæringsfaglige kompetanse å gjøre. En forsker med en annen fagkompetanse (for eksempel en psykolog) hadde kanskje vinklet og tolket informantsvarene på en annen måte, i en annen teoretisk ramme.

På den annen side, er en styrke ved studien at det er gjennomført individuelle intervjuer framfor fokusgruppeintervjuer. Jeg gjorde mitt ytterste for at informantene skulle føle seg trygge i denne individuelle settingen, hvilket jeg håper har bidratt til åpenhet, ærlighet og rike beskrivelser (Malterud, 2011). Flere av innrømmelsene til informantene hadde nok ikke kommet fram i like stor grad i et fokusgruppeintervju, fordi enkelte temaer ville trolig vært vanskelig å formidle i større grupper.

En annen styrke var at jeg var bevisst på den dialogiske valideringen; å stille bekreftende kontrollspørsmål. Et eksempel på et slikt spørsmål var: ”Så da merker du endringer på kroppen allerede? Sann fysisk og psykisk?” (Malterud, 2011).

Jeg vil også nevne det som en styrke at jeg gjennom personintervjuene fikk innblikk i hva som ga meg de rikeste beskrivelsene. Derfor justerte og persontilpasset jeg ordlyden i enkelte intervjuguidespørsmål ørlite underveis, uten at meningen ble endret.

Noe jeg også anser som en styrke er at jeg, som nevnt, har etterstrebet å gjøre forskningsprosessen ”gjennomsiktig”. I Metode-kapittelet beskriver jeg tydelig min analytiske bearbeiding av tale- og tekstmaterialet.

5.1.2 Studiens validitet

Validitet betyr forskningens gyldighet, mens overførbarhet handler om hvorvidt de tolkningene som er gjort i denne studien også kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard, 2013). Validitet handler altså om tolkningen av data, og innen kvalitativ forskning skiller man mellom *intern* og *ekstern* validitet. Intern validitet omhandler studiens relevans, og om det er brukt riktige og relevante metoder for å studere fenomenet, og om man har klart å belyse formålet med studien. Dette er allerede blitt drøftet i Metode-kapittelet. Der har også min rolle og utvalget i studien blitt diskutert. Ekstern validitet handler om studiens overførbarhet, altså hvordan forståelsen som skapes i en studie kan være gyldige i andre sammenhenger (ibid.). I motsetning til kvantitativ forskning, er ikke hensikten med kvalitativ forskning å kunne generalisere, men

heller å innhente ny kunnskap, eventuelt bygge opp ny teori, samt å få en dypere forståelse av et fenomen. Kunnskapen man får gjennom kvalitative studier kan likevel ha overførbarhet. Derfor er det god grunn til å anta at resultatene av denne masterstudien også kan gjelde pasienter på andre Startkurs, selv om utvalget i denne studien var liten. Mine resultater vil dermed være nyttige både for de som leder og deltar på fremtidige Startkurs ved Bærum sykehus, og forhåpentligvis også for tilsvarende personer ved andre sykehus som tilbyr lignende kurs.

Min studie har undersøkt opplevelsene til pasientene på Startkurs, og funnene viser at informantene hadde nokså like meninger om mange av de temaene som ble undersøkt. Selv om informantene var forskjellige individer med ulike personlighetstrekk, var det mange av de samme tankene de formidlet. De var også enige i mange ting, om enn i litt ulik grad. For eksempel, så kom de fleste i studien i gang med endringsprosessen sin, i en eller annen form og grad. De fleste mente at brukerpanelet var betydningsfullt. Det var litt ulik oppfatning av hvordan informantene opplevde sosiale støtte – både på kurs og utenfor kurs, men det var ingen som var negative til sosial støtte. De fleste ga uttrykk for å mangle kunnskap om tilbakefall, og flere innrømmet at de nok hadde en spiseforstyrrelse. Flere av informantene klarte å se seg selv som slank, men noen klarte ikke det. Slik samlet ny kunnskap fra denne masteroppgaven kan være nyttig for helsefremmende læringsarenaer som for eksempel Startkurs representerer.

5.2 Diskusjon av resultater

Hovedfunnene i denne oppgaven er:

- Pasientene opplevde Startkurs som nyttig, og kursholderne fikk pasientene til å komme i gang med *endringsarbeidet* sitt.
- Informantene var stort sett enige om at *brukerpanelet* var betydningsfullt. For de fleste var opplevelsen positiv, mens for kun én hadde det liten betydning. Det var ingen som *ikke* satte pris på brukerpanelet. Noen informanter ønsket seg et ”eldre” brukerpanel, gjerne med deltakere som *ikke* hadde lyktes i sin vektreduksjonsprosess.
- Det var litt ulik oppfatning om betydningen av *sosial støtte*, både i gruppen og utenfor. Mens noen så på det sosiale nettverket i kursgruppen som utelukkende positivt, syntes andre det var viktigere å bidra for andres skyld. De fleste fortalte mange eller noen i miljøet rundt seg om den forestående vektoperasjonen. Kun et fåtall valgte å fortelle bare én til to personer. Ingen var negative til å gi eller få sosial støtte. Alle de spurte var enige om at Facebook var et godt verktøy å ha når det kommer til sosial støtte.
- Alle informantene fikk i løpet av Startkurs ny kunnskap om hvordan takle *tilbakefall*.

- Flere av informantene innrømmet å ha en *spiseforstyrrelse*.
- Flere av de spurte informantene klarte ikke å *se seg selv* som en slank person.

I den følgende delen vil disse resultatene diskuteres opp mot eksisterende forskning og i lys av relevant teori – sett opp mot forskningsspørsmålene. Jeg har valgt å vektlegge funnene som går på endringsprosessen, brukepanel og sosial støtte, altså de tre første punktene over, som igjen viser til de tre første forskningsspørsmålene. De tre siste punktene, som går under det siste forskningsspørsmålet, er vektlagt i noe mindre grad.

5.2.1 Endringsprosessen

Et av de viktigste målene for Startkurs er å få pasientene i gang med å gjøre endringer i livsstilen sin. Dette gjøres gjennom ulike metoder som inngår i empowerment-tankegangen, som vil gi pasientene styrke til å finne de nødvendige indre ressursene for å foreta handlinger i en sunn og helsefremmende retning. Brukermedvirkning og sosial støtte, som begge er relatert til empowerment-tenkning, vil bli nærmere diskutert i de neste del-kapitlene.

Empowerment vil i dette del-kapittelet bli diskutert på et overordnet nivå og knyttes til forskningsspørsmålet om endringsprosessen til informantene, og hvorvidt Startkurset bidrar med at de kommer i gang med en endring av sine levevaner. Under analysene av funnene dannet det seg to kategorier under dette temaet. Det ene var: *Har satt i gang med arbeidet med endring av vaner*, mens det andre var: *Har begynt å tenke på å endre vaner*.

Det finnes lite empirisk basert kunnskap om empowerment-prosessen i en slik setting som på Startkurs. Og i den lille forskningen som finnes, er ikke resultatene helt entydige. I en studie som så på hvordan empowerment fremtrer på Lærings- og mestringssentre for pasienter med sykkelig overvekt, kom det fram at denne metoden kunne ”fange” pasienten på en ambivalent måte, mellom frihet og kontroll. Resultatene peker altså på motsetningsfylte diskurser i programmet (Knutsen, Terragni & Foss, 2013). Sørensen et al. (2002) beskrev i en kronikk at ikke alle kvinner opplever noen stor mobilisering gjennom slike tiltak. De som ikke klarer å endre på sin situasjon vil muligens føle seg enda mer ”disempowered”, hevder forfatterne (Sørensen et al., 2002). Dette viser at en slik strategi i seg selv ikke en garanti for suksess, selv om empowerment-tankegangen for lengst har fått fotfeste innen forebyggende og helsefremmende arbeid (ibid.).

I denne masteroppgaven sees empowerment-prinsippet altså i sammenheng med endringsprosessen som pasientene oppfordres til å komme i gang med. Mens noen studier viser litt forsiktighet med å applaudere effekten av empowerment-tankegangen, viser denne

masteroppgaven, i likhet med flere studier, at denne strategien derimot har en god effekt (Aanonli, & Hansen, 2016; Deakin, McShane, Cade & Williams, 2005; Tol, Alhani, Shojaezadeh, Sharifirad & Moazam, 2015). Det gjelder spesielt når det kommer til å igangsette en livsstilsendring hos hver enkelt informant. Alle kom i gang med endringer på Startkurs ved Bærum Sykehus, på ett eller annet nivå. Og selv om ikke alle var kommet ordentlig i gang med endringene, tolket jeg det dithen at ingen av informantene følte seg ”disempowered”. Min tolkning var at informantene opplevde SOC (sense of coherence), altså at de forsto situasjonen, utviklet tro på at de kunne finne løsninger og fant god mening i det. Jo høyere grad av motstandsressurser en person opplever å ha potensielt tilgjengelig og kan benytte, jo bedre SOC (og bedre helse) vil personen trolig oppleve å ha (Langeland, 2011).

Selv om det var indikasjoner på at informantene ble ”empowered” til å komme i gang med endringsarbeidet på Startkurs, kan det imidlertid være usikkert om dette er en effekt som vedvarer for alle. En studie viser at selv om man gjennom ulike empowerment-prosesser kan øke individets mestringsro (self-efficacy) og evne til å handle, så har fokuset på mange studier vært å få kortsiktige resultater, snarere enn langsiktige resultater (Adams, 2010). Behovet for longitudinelle studier bekreftes også i en annen studie, hvor det kommer fram at det gir gode resultater når helsepersonell oppmuntrer pasienter til å foreta informerte avgjørelser, til å ta kontroll over egen helse og til å øke deres selvtillit og ansvarliggjøring for egen helse. Likevel er det behov for å bekrefte effekten av slike empowerment-prosesser i langsiktige observasjonsstudier på store pasientgrupper (Łuczyński, Głowińska-Olszewska & Bossowski, 2016). En studie som evaluerte et 12-ukers vektreduksjonsprogram, hvor overvektige pasienter i Liverpool deltok, viste at denne typen kurs økte pasientens selvtillit og mestringsro, samt at pasientene kom i gang med endring i sine levevaner. Det kom også fram at helsepersonell bør erkjenne behovet for langsiktige empowerment-prosesser, og at oppfølging bør vurderes for å forsikre at pasientenes endringsprosess vedvarer (Webb, Davies, Johnson & Abayomi, 2014). På den annen side, har en norsk studie vist at deltakernes mestringsforventning og selvfølelse fremdeles hadde økt ett år etter endt kurs. Denne studien er blant de få andre som er gjort på Startkurs. Forfatterne understreket således at selvstyrkende metoder har positive resultater for studiedeltakerne over lengre tid (Fagermoen et al., 2014).

Min studie antyder også at det er nødvendig med en lengre oppfølging når man benytter seg av slike empowerment-prinsipper. For selv om de fleste informantene virket motiverte og hadde en god opplevelse akkurat der og da, vet man ikke hvor lenge denne motivasjonen og gode opplevelsen varer, spesielt ikke hos dem som i utgangspunktet hadde begrenset engasjement, og som bare var kommet i gang med én endring eller to. Dette ga de fleste

informantene uttrykk for selv også; at de var litt engstelige for tiden etter kurset og etter operasjonen, siden de da ikke ville få oppfølging og mestringshjelp. Selv om studien til Fagermoen et al. (2014) viste at pasienter fremdeles hadde økt mestringsforventning og selvfølelse ett år etter fullført kurs, begynner den virkelige jobben for de fleste 1-2 år etter overvektskirurgi. Vektnedgangen stopper som oftest opp 1-2 år etter operasjonen, og etter det er noe vektøkning vanlig (Oslo universitetssykehus, 2005). Det er kanskje da pasientene virkelig vil ha behov for å føle seg ”empowered”. En annen grunn til at det er behov for mer langsiktige studier, er for å vurdere om det virkelig er empowerment-prinsippene som fører til at pasientene kommer i gang med endring av sine levevaner, eller om det kommer som en *konsekvens* av at de har begynt på Startkurs. For at enkeltpersoner skal innse og imøtekomme fordelene med denne type helseopplæring, krever det et høyt engasjement av pasienten selv (Adams, 2010). På den annen side, kan det jo også hende at pasientene bare går inn i rollen som ”flink pasient”, og oppfører seg i henhold til kursets målsettinger og forventninger (Knutsen, 2012). I min studie var dette imidlertid vanskelig å bedømme.

For å oppsummere denne delen, kan veilederne på Startkurs ha lyktes med å sette i gang en endringsprosess gjennom en egenkraftmobilisering (empowerment) hos sine fedmepasienter. Men som de ovennevnte studiene viser til, ser man at man kan lykkes på kort sikt, men man vet mindre om den langsiktige effekten. Flere informanter ga uttrykk for at de er engstelige for fremtiden når de skal ordne opp selv. Enkelte vil da kanskje gå fra å føle seg ”empowered” til å være ”disempowered”.

5.2.2 Erfaringer med brukerpanel

Brukermedvirkning er et viktig element i empowerment-tankegangen, siden empowerment bygger på en ressursorientert tilnærming, der partnerskap og samarbeid er viktige stikkord (Aasback, 2011). I masterstudien foregikk brukermedvirkning gjennom et brukerpanel, der tidligere fedmepasienter som hadde vært gjennom enten fedmekirurgi eller konservativ behandling, snakket til pasientene på Startkurs om sine erfaringer. Mine intervjutolkninger tydet på at de fleste informantene var positive til brukerpanelet. Det dannet seg likevel tre kategorier av svar på dette: De som var *utelukkende positive til brukerpanelet*, de som sa at *brukerpanelet hadde ingen påvirkning* og de som *ønsket seg et eldre brukerpanel*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse (NK LMH) og Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten har utført et systematisk litteratursøk der formålet var å finne forskning som så på effekten av mestringstiltak med brukermedvirkning for personer som har langvarige helseutfordringer (Fønhus, Stenberg & Hafstad, 2015). I denne rapporten kom det fram at de

fleste studier som er gjort på brukermedvirkning er gjort på diabetespasienter, og flesteparten av disse viser at brukermedvirkning har en positiv effekt på dem (ibid.). En annen studie viste at man gjennom brukerstøtte kan hjelpe diabetespasienter med å håndtere sin sykdom, og det er også evidens for at slike tiltak forbedrer pasientens helseatferd, metabolske kontroll og livskvalitet. Studien konkluderte med at brukerstøtte er en nyttig og allsidig strategi som fremmer alle former for egeninnsats som kreves for å håndtere diabetessykdommen. Det samme kan gjelde for andre kroniske lidelser (Fisher et al., 2012). Det siste poenget i denne studien kan være relevant i forhold til min masteroppgave. Selv om overvekt og fedme ikke anses som en kronisk lidelse, er det mange av Startkurs-pasientene som har slitt med dette og andre helserelaterte følgesykdommer i en årrekke. Noen vil mest sannsynlig få utfordringer i fremtiden også, uavhengig om de velger fedmeoperasjon eller konservativ behandling. Det å bli utsatt for slike selvstyrkende metoder vil, ifølge Fisher et al. (2012), da være nyttig for dem også (ibid). Selvstyrkende metoder er en tilnærming og en prosess som kjennetegner Startkurs, og innebærer blant annet det at erfarne brukere formidler sine erfaringer (Fagermoen et al., 2014).

Jeg vil også nevne at andre tilsvarende diabetesstudier har vist at brukermedvirkning kan ha en positiv effekt på selve brukeren. Studien til Yin et al. (2015) konkluderte med at diabetespasienter som ga løpende støtte til andre pasienter med diabetes, forbedret sin egenomsorg og klarte å oppnå god kontroll på blodsukkeret sitt i over fire år (Yin et al., 2015). I min masteroppgave er det imidlertid ikke vurdert hvilke effekter et brukerpanel kan ha på selve brukeren. Det kan være et aktuelt tema for fremtidig forskning å studere effekter av å dele sine egne erfaringer og sin kunnskap med andre i tilsvarende situasjon.

Når det gjelder studier som er gjort på brukermedvirkning og overvektige pasienter, viser resultatene det samme som hos diabetespasienter; at tilnærmingen har en effekt og at det er viktig for en pasient å få høre om andres erfaringer. I en stor metaanalyse, som inkluderte 598 studier av kronisk syke og overvektige, var konklusjonen at pasientopplæring i de fleste tilfeller har en effekt og kan bedre utfallet til pasienten (64%). Kun et fåtall studier viste det motsatte; at brukermedvirkning hadde en negativ effekt (6%), mens i 30% av studiene ga det ingen effekt. Forskerne hevdet det imidlertid som en svakhet med studiene at de ikke beskrev hvordan brukermedvirkningen ble brukt og hvordan den foregikk. Det er utfordrende å kopiere pasientopplæringen fra ulike studier når man ikke vet hvordan den har foregått (Lagger, Pataky & Golay, 2010). I den ovennevnte rapporten fra NK LMH og Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten, trekkes det fram to nordiske primærstudier som diskuterer temaet. Den ene, som er en dansk studie av begrenset omfang, så kun på kroniske smertepasienter – og kan således

muligens sammenlignes med overvektige. Konklusjonen var at pasientopplæring resulterte i en forbedring i smertehåndteringen hos pasientene (Mehlsen, Heegaard & Frostholt, 2015). Den andre studien er norsk, og er blant få studier som har studert Startkurs. Som tidligere beskrevet, undersøkte man i denne studien endringer i mestringsforventning og selvfølelse hos kursdeltakerne ett år etter fullført kurs. Konklusjonen var at kurs som vektlegger at deltakere får grunnleggende kunnskap om sin sykdomssituasjon og lærer selvstyrkende metoder, blant annet gjennom å høre om andres erfaringer, får bedre mestringsforventning og selvfølelse. Resultatene samsvarte med tilsvarende internasjonal forskning om egenmestring (Fagermoen et al., 2014). Studiene som er referert til over viser i all hovedsak at brukervedvirkning har effekt ved at den øker individets tro på egen evne til å handle på en slik måte at målet vedkommende har satt seg kan oppnås. Slik ”tro på å få det til” er omtalt som mestringstro og *self-efficacy* i teori-delen, og begrepene brukervedvirkning og mestringstro brukes således gjerne ofte i samme sammenheng (ibid.).

Et søk i PubMed viser imidlertid at det er gjort svært få studier, eller ingen, om i hvilken grad pasienter opplever at brukervedvirkning er *betydningsfullt*, eller ikke – slik det stilles i det aktuelle forskningsspørsmålet i masteroppgaven. I min studie kom det fram at de fleste informantene opplevde brukerpanelet som betydningsfullt. Da er det grunn til å tro at brukerpanelet vil ha en effekt, men det kom også enkelte kommentarer som gikk på at informantene ønsket seg et ”eldre” brukerpanel, det vil si brukere som hadde gjennomgått operasjon eller konservativ behandling for lenger tid tilbake. Noen informanter ønsket også å høre fra brukere som ikke hadde lyktes med å gå ned i vekt. De ønsket å høre noe annet enn rene ”solskinshistorier”. Kanskje pasientenes grad av self-efficacy (og egenkraftmobilisering) hadde vært annerledes, om de hadde hørt fra brukere som ikke hadde lyktes med sin vektreduksjonsprosess. Som nevnt i Teori-kapittelet har andre også stilt spørsmålsteget ved brukervedvirkning, fordi man kan skape økte og urealistiske forventninger (Haukelien, Møller & Vike, 2011). Tilsvarende så har Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten fattet vedtak om at det er viktig at pasienter får *nyansert* og forskningsbasert informasjon før de vurderer fedmekirurgi, sånn at de har mest mulig grunnlag for det valget de til slutt velger (Groven & Rugseth, 2016). Selv om sistnevnte viser til forskning, er det grunn til å tro at det er like viktig å være nyansert når det gjelder brukervedvirkning, og at det vil gi pasientene et best mulig utgangspunkt. Mitt funn viser at man fortsatt ikke vet alt om effekten og bruken av brukervedvirkning, og at det er behov for mer forskning.

Til oppsummering: De aller fleste informantene, med unntak av én, var positive til brukerpanelet. På tross av dette, er det mye man ikke vet. Jeg vil derfor trekke den samme

konklusjonen som Lagger, Pataky og Golay (2010) gjør i sin studie, der de beskriver at pasientopplæring er effektivt så lenge den forstås som en kompleks og tverrfaglig intervensjon som skal hjelpe pasientene med å lære mer om egen helse (Lagger, Pataky og Golay, 2010). Man må huske at kan være store individuelle forskjeller, og således bør man derfor bli bedre kjent med behovene til hver enkelt. I min studie dreide dette seg i noen tilfeller om et ønske om å ville snakke med brukere som ikke hadde lyktes, eller som hadde blitt operert for lenge siden. Studier i fremtiden som går på brukermedvirkning bør fokusere på de individuelle forskjellene og bør i større grad inkludere brukere med ulike erfaringer og opplevelser. Først da vil man kunne danne seg et helhetlig inntrykk av i hvilken grad brukermedvirkning virkelig fører til økt grad av self-efficacy og egenkraftmobilisering.

5.2.3 Sosial støtte – i og utenfor Startkurset

I dette delkapittelet vil funnene som er knyttet opp mot *sosial støtte* diskuteres. Dette vil bli diskutert i følgende rekkefølge: Sosial støtte i gruppen på Startkurs, hvor sosial støtte på Facebook også vil omtales, samt sosial støtte utenfor kurset.

For å øke graden av empowerment vektlegges sosial støtte, blant annet fordi den enkelte kan styrkes gjennom en gruppe og det sosiale som ligger i det (Sørensen et al., 2002). Et viktig element i Startkurs innebærer således etablering av et støttende nettverk. Masterstudiets funnfortolkninger indikerte at informantene hadde litt forskjellig opplevelser av betydningen av den sosiale støtten i deres nettverk, som var de andre deltakerne på Startkurs. Under analysene ble det dannet fire svarkategorier: *Opplevelse av sosial støtte som viktig, blir mer positiv til den sosiale støtten i løpet av kurset, tenker at den sosiale støtten er viktig for andre i gruppa og Facebook som sosial støtte*. Selv om de tre første kategoriene viser til ulike meninger om den sosiale støtten fra gruppen, var alle informantene stort sett enige om at gruppestøtten hadde en betydning for dem, på en eller annen måte. De informantene som var litt skeptiske til det sosiale nettverket i begynnelsen av kurset, fikk en mer positiv opplevelse av det underveis i kurset. Det var ingen som *ikke* satt pris på det sosiale nettverket som ble skapt i gruppen, eller som opplevde at de *ikke* fikk støtte i gruppen. Av de studiene som finnes på dette temaet bekrefter min studie det som tidligere studier har vist, at sosial støtte i et slikt nettverk oppleves som betydningsfullt for de fleste (Fagermoen et al., 2014; Mathiesen, 2011; Parham 1993). Studien til Fagermoen et al. (2014) som også så på overvektige kursdeltakere på Startkurs, bekreftet betydningen av å ha støtte fra en slik gruppe. Å delta i en gruppe med andre som har samme erfaringer som en selv er en viktig faktor for å kunne nå sine egne mål (Fagermoen et al., 2014). I en annen studie gjort på deltakere på Startkurs oppga alle, med unntak av én av

respondentene, at det å bli plassert i en gruppe med nye mennesker i et støttende nettverk hadde en positiv betydning for dem (Mathiesen, 2011). I studien til Schwaiger (2017) kom det fram at alle informantene la vekt på at sosial støtte gjorde det lettere og mer motiverende å foreta og opprettholde kostholdsendringer (Schwaiger, 2017). Trolig kan også resultatene til Parham (1993) sin studie om sosial støtte i vektreduksjonsprogrammer sidestilles med sosial støtte på Startkurs, da de to kurstypene viser flere likhetstrekk. Parham så allerede i 1993 at de fleste vektreduksjonsprogram er helt avhengig av at gruppemedlemmene yter sosial støtte til hverandre, og at slik sosial støtte fra andre mennesker i en gruppe kan ha en direkte sammenheng med evne til vektreduksjon (Parham, 1993). Parham beskrev også at man bør fortsette å ha fokus på dette aspektet i vektreduksjonsprogram, på grunn av den potensielle verdien av sosial støtte (ibid.).

Både min forskning og andres forskning viser at sosial støtte i en pasientgruppe er viktig og betydningsfullt. Det kan imidlertid være viktig å påpeke at jeg har funnet en studie som viser at sosial støtte i en pasientgruppe med overvektige kan gi uønskede utfall. Dette gjelder imidlertid sosial støtte ”generelt”, og ikke bare i en pasientgruppe. Karfopoulou et al. (2016) viste at de som la på seg igjen etter en vektreduksjonsperiode faktisk opplevde å ha mer sosial støtte enn de som klarte å opprettholde vekten (Karfopoulou, Anastasiou, Avgeraki, Kosmidis & Yannakoulia, 2016). Zwickert og Rieger (2014) hevdet at selv om mesteparten av forskningslitteraturen anerkjenner viktigheten av å ha sosial støtte under en vektreduksjon, har vi fremdeles lite kunnskap om individenes individuelle opplevelse av denne sosiale støtten (Zwickert & Rieger, 2014). Så selv om flere studier viser at sosial støtte i gruppesammenheng gir økte mestringsressurser, vet man imidlertid ikke alt om fenomenet sosial støtte. Jeg har for eksempel ikke funnet litteratur som ser på *hva* slags type gruppestøtte som er den mest effektive for enkeltindivider, noe jeg også fant vanskelig å tolke meg fram til etter å ha snakket med mine informanter. Mine studiefunn bidrar imidlertid til å gi økt innsikt i kursdeltakernes generelle opplevelse av sosial støtte på gruppenivå – i tiden før fedmeoperasjon.

I tillegg håper jeg at mine studiefunn kan danne grunnlag for videre studier som ser på varigheten av slik sosial støtte som oppstår på kurs. For under analysen av materialet tolket jeg det dithen gjennom samtale med informantene at sosial støtte på Startkurs først og fremst kan ha en her-og-nå verdi. Informantene opplevde god støtte seg imellom mens de gikk på kurs. Jeg ble raskt nysgjerrig på om den sosiale støtten som ble dannet på kurs ville vedvare. Det viser seg at det er mangel på longitudinelle studier som vurderer hvorvidt sosial støtte som dannes i et nettverk vedvarer over tid, gjerne over flere år. At det er viktig at slik sosial støtte opprettholdes over tid, er noe følgende studier underbygger: Song et al. (2008) viste at

støttegrupper er viktig for å opprettholde et vekttap det første året etter operasjon, og spesielt etter de første seks månedene når vekttapet begynner å avta noe. Det vil gjøre det lettere for pasienter å oppnå et maksimalt vekttap ved å tilby dem regelmessige møter i den postoperative perioden (Song, Reinhardt, Buzdon & Liao, 2008). Likeså fant Livhits et al. (2011) at sosial støtte, blant annet gjennom støttegrupper, er assosiert med økt vekttap etter en fedmeoperasjon, og at sosial støtte også kan forbedre utfallet av selve operasjonen (Livhits et al., 2011). I en artikkel i Sykepleien, som beskriver Startkurs ved Aker LMS, hevdet Bonsaksen, Hustadnes, Axelsen & Bjørnsborg (2011) at mange erfarer at det kan være tungt å fortsette endringsarbeidet uten å fortsatt ha støtte og hjelp fra deltakergruppen. De fleste kursdeltakerne ønsket å delta i en selvhjelpsgruppe etter kursets avslutning (Bonsaksen, Hustadnes, Axelsen & Bjørnsborg, 2011). Ut ifra dette kan man konkludere med at sosial støtte over lengre tid (i gruppesammenheng) trolig er en viktig faktor for å lykkes med endringsprosesser, noe flere av informantene i min studie også var inne på. De ønsket å motta sosial støtte fra nettverket i fremtiden også, etter av kurset var ferdig, og viste til litt bekymring siden det ikke var noe ”organisert opplegg” etter fedmeoperasjonen. Det var opp til pasientene selv å sørge for at det sosiale nettverket i gruppen ville vedvare.

For å oppsummere delen om sosial støtte i gruppen, viser mine studieresultater at det er betydningsfullt for denne pasientgruppen å være en del av et støttende nettverk og å oppleve sosial støtte. I likhet med andre studier (Bonsaksen, Hustadnes, Axelsen & Bjørnsborg, 2011; Funnell, Anderson & Ahroni, 2005), har masteroppgaven imidlertid ikke kartlagt om den sosiale støtten som skapes i gruppen faktisk opprettholdes over tid, og hvordan den eventuelt oppleves for hver enkelt kursdeltaker. Jeg håper at denne masterstudien kan bidra til å tydeliggjøre behovet for denne typen studier. Det er behov for longitudinelle studier, blant annet for å se på hvilke individuelle erfaringer og utfordringer overvektige pasienter opplever over tid når det gjelder sosial støtte, og hvordan den påvirker deres vektreduksjons- og vektvedlikeholdsprosess.

I dagens samfunn spiller muligens sosiale medier en veldig viktig rolle når det gjelder opprettholdelse av sosial støtte, og her kan denne studien bidra med økt innsikt. *Facebook som sosial støtte* ble faktisk en egen kategori under temaet Sosial støtte i gruppen. Alle informantene ønsket å delta i et sosialt nettverk på en lukket Facebook-side, som de selv opprettet i løpet av kurset. Noen ga uttrykk for at de ville være mer delaktige enn andre. Én informant sa at vedkommende ønsket å bruke Facebook som en kommunikasjonskanal, mens en annen var litt mer forsiktig, og fortalte at vedkommende ikke hadde lagt ut så mye ennå, men hadde glede av å lese det som andre la ut. Studier viser at Facebook gir et virtuelt støttende fellesskap for

personer som kan mangle de sosiale ferdighetene som trengs for å utvikle sosial kapital og selvtillit gjennom tradisjonelle ansikt-til-ansikt-baserte kommunikasjonsmåter (Ziv & Kiasi, 2016). Studier viser også at pasienter opplever det internettbaserte sosiale nettverket som viktig og betydningsfullt, spesielt når det kommer til å gi emosjonell støtte og for å dekke informasjonsbehovet (Mehta & Atrjeja, 2015). Sosiale medier kommer sannsynligvis til å være en uvurderlig ressurs både for helsepersonell og for pasienter i fremtiden (Jane, Foster, Hagger & Pal, 2015). I min studie tolket jeg det også slik at Facebook ville bli en viktig ressurs for pasientene på Startkurs, og at det ville gi dem et støttende fellesskap. Dette var alle enige om.

Facebook er et lavterskeltilbud som kan gjøre det lettere for individer som er i samme situasjon å utveksle informasjon og erfaringer (Jane et al., 2017). Det ga flere av informantene i masterstudien uttrykk for, og jeg tolket det slik at mange av informantene ville foretrekke å snakke om sine utfordringer knyttet til operasjonen i dette forumet, framfor til sine ”slanke venninner”, som ikke hadde vært gjennom det samme. Studien til Oliver et al. (2015) konkluderte med at lukkede Facebook-grupper er et viktig kommunikasjonsverktøy, der hvor det er lange geografiske avstander mellom medlemmene (Oliver et al., 2015). Selv om alle informantene i min studie bodde i Oslo/Akershus området, var det likevel en betydelig distanse mellom de fleste av deres bosteder, som kunne gjøre det utfordrende å møtes. Da er det betraktelig lettere å bruke Facebook som møtested, noe informantene også ga uttrykk for.

Man skal imidlertid være forsiktig med å applaudere og anbefale bruken av denne nyere kommunikasjonskanalen, som jo Facebook er. For Oliver et al. (2015) hevdet også at man må evaluere denne type praksis, altså deltakelse i online samfunn, og vurdere de kliniske utfallene for å kunne gjøre den evidensbasert (ibid.). Jeg hadde dessverre ikke tilgang til pasientenes lukkede Facebook-gruppe. Dermed fikk jeg ikke innsikt i hva slags informasjon de utvekslet, hvor mye den enkelte deltok og i hvilken grad de ga hverandre sosial støtte gjennom denne kanalen. Jeg fikk heller ikke innsikt i de eventuelle kliniske utfallene av dette kommunikasjonsverktøyet. Det er funnet kun en studie som har gjort en innholdsanalyse av kommentarer og oppdateringer postet i Facebook-grupper, etablert av personer som har vært gjennom fedmeoperasjon. Konklusjonen var at slike grupper ble brukt til å motta støtte og til å feire både fysiske og følelsesmessige seiere. Dette mediet ble også anvendt til å fortelle pre-opererte pasienter om livet som ventet dem etter operasjonen og til å kommentere utfordringer knyttet til mental helse og vektproblematikk (Koball et al., 2017). Det ser ut som at Facebook er et medium der pasienter både kan gi og få sosial støtte, men det er nok fremdeles mye man ikke vet.

For å oppsummere denne delen om Facebook, kan det sies at alle mine informanter var positive til å delta i en lukket Facebook-gruppe. Studien min bidrar til økt innsikt om hvilke holdninger pasienter med felles utfordringer har til dette relativt nye fenomenet. Siden det var mye snakk om opprettelse av og deltakelse i en Facebook-gruppe for pasientene under Startkurset, burde langtidseffekter og konsekvenser av slik interaktiv deltakelse i sosiale medier vært inngående studert. Jeg håper at mine studiefunn vil danne både grunnlag og nysgjerrighet for å studere dette temaet og dette nyere fenomenet mer i dybden.

Når det gjaldt den sosiale støtten pasientene eventuelt fikk av andre utenom kurset, var det variasjon både i størrelsen og betydningen av den. Flertallet av informantene hadde enten valgt å fortelle noen utvalgte personer om den forestående operasjonen, eller de var helt åpne om den. De som kun hadde fortalt noen få om den forestående operasjonen, opplevde å få sosial støtte fra disse. To informanter hadde delt dette bare med én eller to personer, og det til tross for at forskning viser at sosial støtte fra familie og venner, både før og etter fedmeoperasjon, er en viktig faktor i forhold til hvor vellykket intervensjonen er (Mboyato, Somasse & Coppieters, 2012). Det var kun én informant i min studie som følte at vedkommende ikke fikk støtte av familien. Kiernan et al. (2012) viste imidlertid at mangel på sosial støtte er ofte *utbredt* blant kvinner med overvekt og fedme. Denne studien var ikke gjort på pasienter som skulle fedmeopereres, eller som hadde vært gjennom en fedmeoperasjon, men på individer som skulle gjennom et endringsprogram for å gå ned i vekt, og kan således sees i sammenheng med Startkurs. I denne studien kom det fram at de fleste kvinner (<75%) enten sjelden eller aldri opplevde å få støtte fra familie og venner (Kiernan et al., 2012). Mine masterstudieresultater støtter ikke dette funnet. Kiernan et al. (2012) viste også at kvinner som aldri mottok sosial støtte fra familie, hadde lav sannsynlighet for klare å gå ned i vekt (kun 45,7 % av denne gruppen hadde vektnedgang), mens kvinner som mottok sosial støtte, både fra familie og venner, gikk ned i vekt (hele 71,6 %). Interessant nok, viste resultater fra samme studie at de kvinnene som aldri mottok sosial støtte fra venner, var de som gikk mest ned i vekt (80 %). Dette kunne skyldes at det gruppebaserte-programmet ga dem støtten de ikke fikk hos venner, ifølge forfatteren (ibid.). Her skiller også Kiernan (2012) seg fra andre studier, for de fleste studier viser at psykososial støtte er nødvendig for mange pasienter for å kunne klare å tilpasse seg de post-operative behovene og takle de psykiske, sosiale og miljømessige utfordringene (Funnell, Anderson & Ahroni, 2005). Og da er det snakk om støtten i omgivelsene rundt en pasient, og ikke bare den støtten en pasient mottar i et gruppebasert program.

Jeg har ikke funnet publiserte studier som ser på i hvilken grad pasienter som deltar på kurs, slik som Startkurs, opplever å få sosial støtte fra venner og familie. Det er heller ikke

funnet studier gjort på sosial støtte før fedmeoperasjon. Imidlertid er det funnet flere studier som har sett på sosial støtte hos personer som allerede har vært igjennom et vektreduksjonsprogram eller en fedmeoperasjon, samt hvilke faktorer som bidrar til vedlikehold av vektnedgangen. Her spiller den sosiale støtten en viktig rolle (Abolhassani et al., 2012, Elfhag og Rössner, 2005; Sharman et al., 2017). Jeg vil presentere noen av disse studiefunnene først, og deretter vil jeg se dette i sammenheng med mine studieresultater: Elfhag og Rössner (2005) fant en korrelerende sammenheng mellom vedlikehold av vektreduksjon, personers indre motivasjon til å gå ned i vekt, sosial støtte og self-efficacy (Elfhag og Rössner, 2005). Likeså fant Abolhassani et al. (2012) at deltakere i et vektreduksjonsprogram som opplevde fysiske problemer som barrierer, mangel på motivasjon og støtte fra venner og kolleger, hadde mindre sannsynlighet for å lykkes med vektreduksjonen. Studien til Sharman et al. (2017) viste at helsepersonell jevnlig bør diskutere temaet sosial støtte med sine fedmepasienter, både for å få et inntrykk av pasientens behov for og tilgang til sosial støtte. Dette gjelder spesielt det første året etter en fedmeoperasjon. Sosial støtte kan vise seg å være veldig viktig for enkelte pasienter (Sharman et al., 2017). Studien til Lent et al. (2016) viste at siden det er vanlig at fedmepasienter bor med andre personer som også er overvektige, er det viktig å engasjere hele familien i en atferdsendring. Dette kan gjøre det lettere for pasienten selv og hans/hennes familie å bli sunnere etter at vedkommende er blitt fedmeoperert (Lent et al., 2016). I studien til Wing og Jeffery (1999) ønsket de å vurdere hva slags rolle sosial støtte har for at individer skal klare å gå ned i vekt, samt å vedlikeholde den. Deltakere ble rekruttert enten alene, eller sammen med tre venner eller familiemedlemmer. Videre ble deltakeren randomisert til enten et standard vektreduksjonsprogram (kontrollgruppe) eller til samme program, pluss et opplegg som tilbød sosial støtte (eksperimentgruppe). I eksperimentgruppen var det 95 prosent som fullførte behandlingen og 66 prosent som opprettholdte vekttapet, mens i kontrollgruppen var det 76 prosent som gjennomførte behandlingen, og bare 24 prosent som klarte å opprettholde vekttapet (Wing & Jeffery, 1999). Studien til Ogle, Park, Damhorst & Bradley (2015) viste at selv om pasienter satt pris på den støtten de mottok, var det mange som ga uttrykk for at de ønsket mer eller bedre sosial støtte etter en vektoperasjon. Forfatterne mener funnene peker på et behov for at man trenger mer kunnskap om hvordan man på best mulig måte kan gi støtte til pasienter som har vært gjennom en fedmeoperasjon (Ogle, Park, Damhorst & Bradley, 2015).

Grunnen til at jeg mener de ovennevnte studiene er relevante å sammenlikne med mine studiefunn, er fordi det på Startkurs er lite snakk om i hvilken grad pasientene opplever sosial støtte utenom kurset og viktigheten av dette. I min studie var det bare to informanter som hadde

fortalt alle rundt seg om den forestående vektoperasjonen. De andre hadde valgt å fortelle bare noen få eller kun 1-2 personer om dette. Startkurs, og andre tilsvarende kurs, bør kanskje i større grad vektlegge temaet sosial støtte. Temaet bør da omfatte både sosial støtte på kurset, slik som det gjøres nå, men også sosial støtte utenom kurset fra familie og venner. Hvis de informantene som kun hadde fortalt et fåtall om sin forestående vektoperasjon hadde fått vite på Startkurs at det er større sannsynlighet for å lykkes hvis man får sosial støtte av flere, så ville de kanskje ha vurdert å fortelle flere.

I den salutogene tilnærmingen sier man at personer som har nære bånd til andre og som opplever at flere bryr seg om den, ofte løser spenning lettere enn andre som mangler slike kvaliteter i relasjonene sine. Videre sier man at kvaliteten på den sosiale støtten har betydning, og at emosjonelle bånd defineres som svært viktig (Langeland, 2014). Jo bedre sosial støtte man mottar, jo større grad av tilhørighet vil man føle. Bare vissheten om at man har sosial støtte tilgjengelig er ofte nok til at det kan være en mestringsressurs, og at man vil oppleve "sense of coherence" (ibid.). Selv om denne masterstudien ikke hadde til hensikt å vurdere om de som opplevde å ha stor grad av sosiale støtte hadde størst tro på seg selv, var det interessant å se hvor mye variasjon det var i graden av åpenhet (hvor mange de valgte å fortelle om den forestående operasjonen), graden av sosial støtte og graden av mestringstro. Jeg hadde en antagelse om at de informantene som var minst åpne med andre om sin situasjon og som opplevde minst grad av sosial støtte, var de som var minst sikre på at de ville lykkes. Det stemte likevel ikke helt. To informanter hadde fortalt svært få om den forestående operasjonen, og de var til å begynne med ikke særlig positive til den sosiale støtten fra gruppen på Startkurs (men ble mer positive etter hvert). De hadde begge også liten tro på av de ville lykkes og uttrykket liten grad av mestringstro, altså som forventet. To andre informanter var begge litt mer åpne, men hadde likevel ikke fortalt så veldig mange om den forestående operasjonen. De opplevde begge sosiale støtte på kurs som viktig. Disse to hadde stor tro på at de ville lykkes. En annen informant, som var den som var mest åpen av alle, opplevde stor grad av sosiale støtte, men hadde likevel begrenset mestringstro, noe som var spesielt overraskende. I studier i fremtiden kunne det vært interessant å se nærmere på samspillet mellom pasientenes opplevelse og bruk av sosial støtte og SOC for å styrke mestring og velvære.

For å oppsummere delen om sosial støtte utenom kurset, hadde noen av informantene valgt å ikke snakke med veldig mange om den forestående vektoperasjonen. En informant hadde fortalt dette kun til to personer, hvorav én av disse *ikke* ga informanten sosial støtte. Jeg tolket det slik at både denne informanten og de andre ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om at det kunne være hensiktsmessig for dem å øke deres grad av sosial støtte. Veiledere på Startkurs

bør vurdere å snakke til pasientene om viktigheten av å ha sosial støtte rundt seg også, og ikke bare i kurssammenheng, fordi sosial støtte spiller en viktig rolle både i tiden før, under og etter en vektreduksjonsprosess. Denne studien foreslår også at det kan være behov for et mer skreddersydd opplegg til hver pasient, fordi de kan ha mange forskjellige utgangspunkter. Ved å få mer kunnskap om effekter av sosial støtte kan man skreddersy intervensjoner (Reblin & Uchino, 2008). Verken veilederne på Startkurs eller brukerpanelet hadde kjennskap til pasientens status knyttet til sosial støtte ved starten av kurset. Enkelte studier antyder at det kan være betydningsfullt å identifisere hva slags type sosial støtte den enkelte pasient har, på starten av denne typen kurs (Cho, Jae, Choo & Choo, 2014). Studier gjort for å kartlegge sosial støtte hos overvektige kvinner, har vist at det har en stor praktisk betydning å identifisere i hvilken grad kvinner som søker hjelp til vektreduksjon opplever at de har sosial støtte, samt opplever stress (ibid.). Personer med mye sosial støtte og mindre selvopplevd stress, viste signifikant mer helsefremmende atferd enn de som hadde lite sosial støtte (ibid.). Økt opplevelse av sosial støtte vil dessuten også kunne øke graden av SOC, som igjen spiller en nøkkelrolle i opprettholdelsen av helse (Wolff & Ratner, 1999). Jeg håper mine studiefunn også kan bidra med kunnskap for framtidige studier som ser på hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv utvikling av SOC.

5.2.4 Andre faktorer som kan påvirke endringsprosessen

Under min svartolkning i masterstudien kom det fram at det var tre andre faktorer som også kunne påvirke endringsprosessen hos pasientene: Tilbakefall, spiseforstyrrelser og visualisering. Hver av disse faktorene vil bli diskutert hver for seg.

5.2.4.1 Tilbakefall

I mine tolkninger dannet det seg to kategorier knyttet til tilbakefall: *Er ikke lenger redd for tilbakefall*, og *tenker nytt i forhold til det med tilbakefall*. Det er ikke funnet studier som er gjort på denne pasientgruppens kunnskap om tilbakefall, men i en kvalitativ studie som ble gjort på sykkelig overvektige pasienter knyttet til Overvektsprosjektet ved Sykehuset i Vestfold, kom det fram at pasientene syntes det var vanskelig å forholde seg til utskielser og tilbakefall. Det å ta seg inn igjen ble oppfattet som nærmest umulig, spesielt hvis de ikke hadde noen som tok tak i dem eller hadde egne ressurser eller strategier til å mestre å hente seg inn igjen (Holen, 2016). Mine informanter ga uttrykk for det samme. Alle individer som skal overkomme en endring må gjennom en prosess som involverer flere faser i en endringsmodell (Stages of change). Individer kan forflytte seg gjennom de ulike stadiene suksessivt, og noen beveger seg litt raskere enn

andre, mens andre kan fastne i et stadium (Nutbeam, Harris & Wise, 2010). Uavhengig av hvor lang tid et individ bruker på å bevege seg gjennom de ulike stadiene, viser studier at økt mestringsfølelse, følelsen av håndterbarhet og oppfattet alvorlighetsgrad kan være prediktorer for å lykkes med forhold knyttet til vektreduksjonen (Latner, Mc.Leod, O'Brien & Johnston, 2013). Å ha følelse av at man håndterer eventuelle tilbakefall i Stages of change-modellen er en viktig mestringsfølelse. Flere av mine informanter uttrykket imidlertid at de tidligere ikke hadde håndtert tilbakefall, noe som svekket sannsynligheten deres for å lykkes med en endringsprosess (som også kan innebære ett eller flere tilbakefall). Når de fikk tilbakefall, var det bare å gi opp. Enkelte informanter oppga at de ikke hadde kunnskap om ulike strategier for å takle tilbakefall. Dette kan indikere en svart-hvitt, eller alt-eller-intet-tankegang. I teorien skiller man imidlertid mellom begrepene "one lapse" og "several relapses", som kan oversettes til "ett fall" og "flere tilbakefall". Begrepet "ett fall" er da synonymt med "et lite feilskjær" eller "en liten tabbe", som enten kan enkelt gjenopprettes eller dessverre gjentas for ofte (Brownwell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986). Selv om undervisningen om tilbakefall på Startkurs ikke var så detaljert som dette, oppga imidlertid alle informantene at de hadde fått ny kunnskap om dette fenomenet – enten var de mindre redde for å oppleve tilbakefall, eller at de ble i stand til å tenke strategisk nytt vedrørende det å få tilbakefall.

Flere studier viser at endringsmodellen (Stages of Change) er et fruktbart kognitivt verktøy å bruke i forbindelse med vektreduksjon (Hawkins, Hornsby & Schloring, 2001; Logue et al., 2004). Modellen ble også presentert i undervisningen på Startkurs. Med referanse til Stages of Change-modellen konkluderte Logue et al. (2004) sin studie med at den "gjenstående utfordringen" blir å identifisere faktorene som gjør at pasienten forflytter seg opp til sluttstadiene "handling" og "vedlikehold" (Logue et al., 2004). Masterstudien min viser at en annen utfordring er at mange pasienter trolig ikke har tilstrekkelig kunnskap om selve fenomenet tilbakefall og tilhørende "coping strategies". Dette er betenkelig, spesielt fordi mange har gått på vektreduksjonskurs før – og det flere ganger. En av informantene omtalte seg selv som "*Norgesmester i slanking*". Da var det uventet at samme person hadde lite kunnskap om tilbakefall. Allerede på 1990-tallet ble det beskrevet at mange visste for lite om fenomenet tilbakefall (Sarljo-Lahteenkorva, 1998). Denne masterstudien viser at det fremdeles er behov for både kvalitative og kvantitative studier som studerer tilbakefallsfenomenet.

Til oppsummering, så fikk alle informantene ny kunnskap om fenomenet tilbakefall på Startkurs. Det er trolig viktig å gi denne pasientgruppen innsikt i tilbakefall, og gjerne helst lenge før de deltar i et Startkurs. Å ha kunnskap om tilbakefall, og å kunne identifisere hvor i endringstrappen hver enkelt pasient befinner seg, er også viktig i forhold til andre faktorer som

denne masteroppgaven har studert. Både det interne og eksterne miljøet som omgir individet og dets målrettede helsemessige atferd, bidrar mye til endringsprosessen og til bevegelse – eller mangel på bevegelse – gjennom endringsmodellen (Nutbeam, Harris & Wise, 2010). Et tilbakefall trenger ikke være forårsaket av en returnerende sterk matlyst, men av andre mer psykologiske forhold, som varierende grad av sosial støtte og begrenset self-efficacy (Schwaiger, 2017).

5.2.4.2 Spiseforstyrrelser

Flere av informantene i masterstudien uttrykte at de hadde et problematisk forhold til matinntak og spisemønster – ofte omtalt som spiseforstyrrelser. To kategorier utviklet seg i min tolkning av dette temaet: *Ja: Det er en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken*, og *Nei: Det er ikke en psykologisk preget grunn til fedmeproblematikken*. Flere pasienter etterlyste mer informasjon om spiseforstyrrelser under selve kurset. Dessuten spurte flere om hvor de kunne få profesjonell hjelp til dette. I utgangspunktet var det ikke planlagt å snakke med informantene om spiseforstyrrelser, siden dette temaet ikke var inkludert i det første utkastet til intervjuguide – og heller ikke i den andre, justerte versjonen. I løpet av kurset ble imidlertid ulike temaer knyttet til spiseforstyrrelser tatt opp og diskutert en rekke ganger. Flere informanter på Startkurset innrømmet overfor meg at de nok hadde en spiseforstyrrelse. Én informant ble muligens bevisst på sin spiseforstyrrelse under selve Startkurset. Mine studiefunn samsvarer trolig med det man allerede vet. For økt forekomst av spiseforstyrrelser blant sykelig overvektige mennesker er ikke uvanlig. Opp til 30 prosent av kvinner som søker behandling for fedme hevder å ha en spiseforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2010). I studien til Mitchell et al. (2015) fant de at hele 43,4% av pasienter som skulle fedmeopereres, kunne oppleve å miste kontroll når de spiste. De konkluderte med at en stor andel av disse pasientene har et problematisk spisemønster. Det er imidlertid viktig å være obs på at et slikt spisemønster også kan være tegn på andre mentale problemer (for eksempel depresjon) (Mitchell, et al., 2015). I studien til Holen (2006) oppgav også flere av informantene mangel på kontroll eller automatisert spiseatferd, og studieforfatteren definerte dette som et problemområde hun mente det burde rettes mer fokus på ved behandling (Holen, 2006).

Jeg håper mine studiefunn kan bidra til å påvirke måten dette temaet løftes fram på Startkurs. Mine funn viser at flere har en spiseproblematikk og at flere pasienter ber om individuell hjelp på grunn av sin spiseatferd. Studier viser at det er viktig å identifisere individer som er i risikozonen for å utvikle en spiseforstyrrelse, eller som allerede har en, for på den måten gi dem støtte i den post-operative perioden (Meany, Conceição & Mitchell, 2014). Man

bør gjennomføre egnede intervensjoner for å hindre at en spiseforstyrrelse utvikler seg etter fedmeoperasjonen (ibid.). En annen grunn til at det er viktig å identifisere individer med en spiseproblematikk før fedmeoperasjoner, er at forskere har rapportert at enkelte fedmepasienter utvikler avhengighetsatferd etter det kirurgiske inngrepet. Studier viser at personer som har strevd med mat og spising før en operasjon, for eksempel i form av overspising, utvikler nye spiseproblemer etter operasjonen (Groven & Rugseth, 2016). Enkelte som har et overspisingsproblem før den vektreduserende operasjonen endrer dette til et drikkeproblem eller en annen type misbruk etter operasjonen, fordi en avhengighet blir erstattet med en annen (Conason et al., 2013). En ny og stor norsk studie av fedmeopererte viste at fedmekirurgi kan øke risikoen for post-operativ depresjon med 50 prosent. Hvis den har sammenheng med en spiseforstyrrelse, kan det være klokt å kartlegge denne på et tidlig tidspunkt i prosessen (Jakobsen et al., 2018). Det er høy forekomst av depresjon blant individer med en spiseforstyrrelse, herunder også overspisingstilidelser (Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon & Schreiner, 1998).

Som konklusjon til dette delkapittelet er det er grunn til å anta at pasienter som har en spiseforstyrrelse, eller som tror de har det, vil få bedre opplevelse og utbytte av Startkurset – og kan få et bedre utfall av både endringsprosessen og fedmeoperasjonen, dersom det rettes mer fokus på denne tematikken under dette kurset. Holen (2006) sier at denne pasientgruppen trenger mer informasjon enn bare om kosthold og trening, selv om dette også er avgjørende for å gå ned i vekt (Holen, 2006). Dette kan – på den annen side – bli en utfordring, siden pasientene informeres om at fedmeoperasjon som behandlingsstrategi ikke egner seg for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, kognitiv dysfunksjon og misbruksproblematikk (Helsedirektoratet, 2010). Dette kan på sin side medføre at pasienter ikke innrømmer sin spiseforstyrrelse i frykt av at de ikke oppfyller kravene for å bli vurdert som kandidat for fedmekirurgi.

5.2.4.3 Visualisering

Halvparten av de spurte informantene klarte ikke å se seg selv utenfra som en slank person. Det ble dannet to svarkategorier: *Ser seg selv som slank*, og *ser ikke seg selv som slank*. Fereidouni et al. (2015) hadde tilsvarende funn i deres studie, der de vurderte om ”normale” kvinner og kvinner som skulle gjennomgå vektoperasjon befant seg på ulike kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige nivåer. Kvinnene som skulle fedmeopereres var mer kognitivt, følelsesmessig og atferdsmessig sårbare enn normalvektige kvinner. Studieforfatterne konkluderte med at man kan forbedre vektutfallet ved å adressere slik sårbarhet hos de som skal fedmeopereres (Fereidouni et al, 2015). Med tanke på videre forskning, kan det være nyttig å se hvem som

lykkes på sikt, og om det er en mestringsressurs å klare å se seg selv som slank, eller om det ikke spiller noen rolle hvordan man ser på seg selv.

Gjennom hele Startkurs og i deler av denne oppgaven blir endringsmodellen (Stages of change) diskutert. Som allerede beskrevet i delen over om tilbakefall, har modellen i lang tid blitt brukt som verktøy i livsstilsendringsprogram, og viser som oftest gode resultater. Modellen identifiserer altså stegene i en atferdsendring, men den sier ikke noe om verken overbevisninger, identitet eller visjon. En større studie har stilt spørsmålet om denne modellen virkelig er effektiv nok til å sørge for et varig vekttap hos overvektige personer. I sin gjennomgang av studier, fant Mastellos et al. (2014) at bevisene for å støtte bruken av endringsmodellen i vektintervensjoner er begrenset, og at man ikke kan trekke konkrete konklusjoner. Når denne modellen ble brukt sammen med andre tiltak som fysisk aktivitet eller diett, eller begge deler, fant de svært lave bevis for at bruk av modellen medførte et bedre kosthold og bedre aktivitetsvaner (Mastellos, Gunn, Felix, Car & Majeed, 2014). Svakheten med denne modellen er kanskje det at den ikke er velegnet til å identifisere hvor et gitt problem hører hjemme, slik som modellen for logiske nivåer gjør, som brukes innen NLP. Et problem kan for eksempel høre hjemme på atferdsnivå, som dårlig kosthold og aktivitetsvaner, men det kan vise seg at selve årsaken til dette er å finne på overbevisnings- eller identitetsnivå (Godtfredsen & Merunada, 2010). Det vil si at det er større sannsynlighet for at man slutter å kjøpe boller på bensinstasjon, hvis man visualiserer seg selv som en person som ikke kjøper bolle på bensinstasjon, istedenfor å måtte ta kampen hver gang man kommer inn på bensinstasjonen og møtes av duften av nystekte boller. En endring på et høyere nivå, for eksempel på identitets- og visjonsnivå, vil medføre mer varige konsekvenser for individet fordi det vil påvirke en rekke faktorer som tro, visjon, evne og atferd (Tosey, Mathison & Michelli, 2005). Det er ikke funnet studier som bruker verken NLP eller logiske nivået som verktøy eller intervensjon hos overvektige personer eller personer som skal gjennom en vektoperasjon, men det er noen studier som bruker NLP som intervensjon ved andre helseutfordringer, som fobier, stress og den generelle helsen til studenter. Disse studiene viser at NLP har en effekt (Karunaratne, 2010; Sahebalzamani, 2014; Taylor, 2016). På den annen side viser en systematisk gjennomgang av en rekke studier at det foreligger lite bevis for at NLP-intervensjoner forbedrer helse relaterte utfall. Denne studien inkluderte blant annet individer med vektproblematikk (Murray, 2013).

Gjennom ovennevnte referanser ønsker jeg å belyse at det kan være nyttig å møte og se hver pasient på et annet nivå, enn kun på atferdsnivå, og vurdere om det hadde vært en god motstandsressurs, og om det hadde økt deres sense of coherence. La oss si at de informantene

som ikke klarte å se seg selv som slank, hadde blitt ”empowered” til å visualisere seg selv slik - eller hadde fått noen verktøy som kunne hjelpe dem med dette. Kanskje det hadde økt sannsynligheten deres for å lykkes og for deres opplevelse av sammenheng. Dette er noe jeg håper videre forskning vil kunne finne svar på.

5.3 Mulige overordnede funn i masteroppgaven

Mulige overordnede funn i denne masteroppgaven gjenspeiler i hovedsak de tankene som har meldt seg hos meg i ettertid, når jeg har vurdert funnene samlet. Dette gjelder særlig for funnene om endringsprosess, brukermedvirkning og sosial støtte. Jeg har tolket det slik at de fleste informantene opplevde Startkurs som svært nyttig. Dette samsvarte med Ingrid Ruud Knutsen (2012) sin doktorgradsstudie hvor hun fant at Startkurs representerte et håp om forandring for deltakerne; en slags en anledning til å leve et nytt annet liv, akkurat som informant 5 beskrev: ”Jeg tenker på en helt annen måte, som jeg aldri har gjort før. Rett og slett”. Knutsen hevdet imidlertid også at for mange ble Startkurs det *ultimate* ”håpet”. De fleste pasientene i hennes studie gikk inn i rollen som ”flink pasient”, og oppførte seg i henhold til kursets målsettinger. Drømmen om en slank kropp gjorde at deltakerne tilpasset seg kursets krav for å sikre at de tilslutt oppnådde kirurgisk behandling. Dette er interessant sett i empowerment-perspektivet (Knutsen, 2012). På begynnelsen av Startkurs på Bærum sykehus fikk pasientene innsyn i kursets målsettinger, som blant annet var å bidra til å igangsette endringsarbeidet, å høre om andres erfaringer med overvektsbehandling i et brukerpanel, samt å etablere et sosialt støttende nettverk. Alle informantene oppga at de på en eller annen måte var kommet i gang med endringsarbeidet, og alle, med unntak av én, var positive til brukerpanelet. Og alle syntes at sosial støtte var viktig, uansett form. De innfridde således i stor grad i forhold til kursets målsettinger.

I likhet med studien til Knutsen (2012) nevnte mange av mine informanter at de var bekymret for fremtiden. Knutsen hevdet at mens intensjonen med empowerment som helseideologi er å fremme autonomi og individuell deltakelse, peker hennes studie på at dette kurset heller kan skape *avhengighet* til helsetjenester Knutsen (2012). Jeg har derfor også stilt meg selv spørsmålet om den påbegynte egenkraftmobiliseringen og endringsprosessen til pasientene vil vedvare *etter* at kurset er over. Det samme gjelder om det støttende nettverket som dannes i gruppen vil leve aktivt videre etter at kurset er over. Gjennom brukerpanelet ønsker man å øke graden av self-efficacy, men hvorvidt det er riktig å gjøre dette bare ved å presentere ”solskinshistorier”, der alle brukere har lyktes med sin vektreduksjonsprosess, kan man spekulere på.

5.4 Konklusjon og implikasjoner

Studiens hensikt var å undersøke opplevelsene til pasienter som deltar på Startkurs før eventuell fedmekirurgi.

En mulig konklusjon kan være at informantene hadde en god opplevelse av Startkurs. Kurset bidro til at de kom i gang med endringsarbeidet, selv om personlig motivasjon og tiltaks kvaliteten på endringsstrategiene trolig var på litt forskjellige nivåer. Ingen av informantene var negative til å lytte til erfaringene i et brukerpanel, men enkelte var mer positive enn andre, og hos én hadde brukerpanelet ingen påvirkning. Det var litt ulik oppfatning av hvordan informantene opplevde sosiale støtte – både på kurs og utenfor kurs, men det var ingen som var negative til sosial støtte. Tre faktorer kunne ha en effekt på endringsprosessen hos deltakerne. Den ene var mangel på kunnskap om tilbakefall, den andre var forekomst av spiseforstyrrelser og den siste var evnen til å se seg selv som slank. Denne masterstudien antyder at det er behov for flere og særlig longitudinelle studier som kan gi en dypere atferdspsykologisk forståelse av faktorer som kan innvirke på pasienter som eventuelt skal foreta fedmekirurgi. Jeg har valgt å presentere følgende spørsmål til videre oppfølging:

- Vedvarer empowerment-prinsippene, som man lykkes med å bruke i undervisnings-sammenheng, også over tid?
- Hvilken betydning har sosial støtte oppnådd i gruppesammenheng for pasientene på lang sikt, og ville det være hensiktsmessig å informere pasienter på Startkurs om viktigheten av å få sosial støtte fra familie og venner?
- Hvilken effekt har et brukerpanel på en pasientgruppe dersom de ikke bare presenterer ”solskinshistorier” overfor pasientene?
- På hvilken måte kan økt kunnskap om tilbakefall påvirke atferden til en fedmepasient?
- Hvilken betydning kan det ha for fedmepasienter om man identifiserer deres spiseforstyrrelse på et tidlig tidspunkt, og igangsetter individrettet hjelp overfor dem?
- Vil en pasient i større grad lykkes om han/hun evner å se seg selv som en slank person?

6 Referanseliste

- Abolhassani, S., Irani, M. D., Sarrafzadegan, N., Rabiei, K., Shahrokhi, S., Pourmoghaddas, Z., . . . Moattar, F. (2012). Barriers and facilitators of weight management in overweight and obese people: Qualitative findings of TABASSOM project. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(3), 205–210.
- Adams, R. J. (2010). Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk Manag Health Policy*, 2010;3, 61–72. doi:10.2147/RMHP.S7500
- Alvsvåg, H. (2016). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad & A. K. T Heggstad (Red). *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg. ed. Vol. 2) (s. 346–378). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armstrong, S. N., Anderson, M., Le, E. T., & Nguyen, L. H. (2009). Application of the Health Belief Model to bariatric surgery. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 32(3), 171. doi:10.1097/SGA.0b013e3181a7cf5a
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk
- Austvoll-Dahlgren, A., Nøstberg, A. M., Steinsbekk, A., & Vist, G. E. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring* (Rapport fra Kunnskapscenteret, Vol. nr 09-2011). Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20112/rapport_2011_09_gruppeundervisning_v2.pdf
- Aanonli, A. K., & Hansen, N. V. (2016). *Egenmestring i behandling av fedme – pasienten som aktiv deltager* (SINTEF Teknologi og samfunn, 2016-03-17). Hentet fra: <http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/forprosjektrapport-egenmestring-i-behandling-av-fedme-endelig.pdf>
- Aasback, A. W. (2011). *Makt til medvirkning? - Brukermedvirkning i arbeidsevnevurderingen* (Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Hentet fra: https://samforsk.no/husk/Sider/Publikasjoner/anne_aasback-master.pdf
- Bakke, T. (2009, 26. august). Brukermedvirkning på tre ulike nivå. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, Mar; 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. I: V. S. Ramachaudran (Red.), *Encyclopedia of Human Behavior* (s. 71–81). New York: Academic Press.

- Bjørnarå, H. B., Torstveit, M. K., & Bere, E. (2017). Fysisk aktivitet og vektreduksjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137(11), 785–786. doi:10.4045/tidsskr.17.0378
- Bonsaksen, T., Hustadnes, A. L., Møller Axelsen, P., & Bjørnsborg, E. (2011). Lærer å mestre sykkelig fedme. *Sykepleien Nett*, 99(02), 58–60. doi:10.4220/sykepleienn.2011.0031
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *The American psychologist*, 41(7), 765. doi:10.1037/0003-066X.41.7.765
- Cho, J. H., Jae, S. Y., Choo, I. H., & Choo, J. (2014). Health-promoting behaviour among women with abdominal obesity: a conceptual link to social support and perceived stress. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1381–1390. doi:10.1111/jan.12300
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2010). *Connected: mänskliga relationer, sociala nätverk och deras betydelse i våra liv*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Conason, A., Teixeira, J., Hsu, C.-H., Puma, L., Knafo, D., & Geliebter, A. (2013). Substance Use Following Bariatric Weight Loss Surgery. *JAMA Surgery*, 148(2), 145–150. doi:10.1001/2013.jamasurg.265
- Deakin, T., McShane, C., Cade, J., & Williams, R. (2005). Group based training for self management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 28(10), 2600.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1994). Promoting Self-Determined Education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 38(1), 3-14. doi:10.1080/0031383940380101
- Dennard, E. E., & Richards, C. S. (2013). Depression and coping in subthreshold eating disorders. *Eat Behav. Aug*;14(3): 325–9. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.011
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67–85. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x
- Fagermoen, M. S. & Lerdal, A. (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 17–37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fagermoen, M. S., Bevan, K., Berg, A.-C., Bjørnsborg, E., Mathiesen, C., Gulbrandsen, H., Hustadnes, A. L., & Strøm, A. (2014). Sykelig overvekt: Økt selvtillit og mestringsforventning etter pasientkurs; personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Sykepleien forskning* (3), 216–223.

- Fereidouni F., Atef-Vahid M. K., Fathali Lavasani F., Jamshidi Orak R., Klonsky E. D., & Pazooki A. (2015). Are Iranian obese women candidate for bariatric surgery different cognitively, emotionally and behaviorally from their normal weight counterparts? *Eat Weight Disord. Sep; 20* (3): 397–403. doi: 10.1007/s40519-014-0168-6
- Fisher, E. B., Boothroyd, R. I., Coufal, M. M., Baumann, L., Mbanya, J. C., Rotheram-Borus, M. J., ... Tanasugarn, C. (2012). Peer Support For Self-Management Of Diabetes Improved Outcomes In International Settings. *Health Aff. Jan; 31*(1):130–139. doi:10.1377/hlthaff.2011.0914
- Folkehelseinstituttet (2015, 1. mars). Kroppsmasse indeks (KMI) og helse. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Funnell, M. M., Anderson, R. M., & Ahroni, J. H. (2005). Empowerment and Self Management after Weight Loss Surgery. *Obes Surg. Mar; 15*(3): 417–22.
- Fønhus, M. S., Stenberg, U., & Hafstad, E. (2015). Mestringstiltak med brukermedvirkning for personer som har langvarige helseutfordringer (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, notat 2015). Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2015/notat_2015_mestringstiltak.pdf
- Godtfredsen, G. R., & Merunada, M. M. (2010). *NLP i praksis*. Oslo: Paradigm Publishing.
- Gravdal, L., & Sandal, G. M. (2004). Sosial ønskerverdighet: Marlowe-Crowne Sosial Desirability Scale i norsk forkortet utgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 41*(9), 729–730.
- Groven, K. S., & Rugseth, G. (2016). I U. Knutstad & A. K. T Heggestad (Red). Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie (4.utg. ed. Vol. 2) (s. 267–286). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) – Oppskrift for et sunnere kosthold (Departementene, 2007). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/304657-kosthold.pdf>
- Hall, L. M., & Bodenhamer, B. G. (2003). *The User's Manual for the Brain: Vol II, Mastering Systematic NLP*. Carmarthen: Crown House Publishing Ltd.
- Harjang, B. C. (2012). *Øk utøvernes prestasjon ved hjelp av visualisering* (Bacheloroppgave, Høgskolen i Hedmark). Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132991/Harjang.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Haukelien, H., Vike, H., & Møller, G. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren* (Telemarksforskning vol. nr. 284). Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2439303/1911.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hawkins, D. S., Hornsby, P. P., & Schloring J. B. (2001). Stages of change and weight loss among rural African American women. *Obes Res. Jan; 9*(1): 59–67.

- Helsedirektoratet (2010). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (Nasjonale faglige retningslinjer, IS-1745). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
- Holen, E. R. (2006). "Egentlig så ønsker jeg nok at det fantes en pille". En kvalitativ undersøkelse av svært overvektiges opplevelse av å endre livsstil" (Masteroppgave). Høgskolen i Akershus, Lillestrøm.
- Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og mestringssentra. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 63–81). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, E. L. (2016). Helse og sykdom. I U. Knutstad & A. K. T. Heggestad (Red), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg. ed. Vol. 2) (s. 57–76). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jakobsen, G. S., Småstuen, M. C., Sandbu, R., Nordstrand, N., Hofso, D., Lindberg, M., Hertel, J. K., & Hjelmæsath, J. (2018). Association of Bariatric Surgery vs Medical Obesity Treatment With Long-term Medical Complications and Obesity-Related Comorbidities. *JAMA*. 2018;319(3):291–301. doi:10.1001/jama.2017.21055
- Jane, M., Foster, J., Hagger, M., & Pal, S. (2015). Using new technologies to promote weight management: a randomised controlled trial study protocol. *BMC Public Health*. May 27(15:509). doi: 10.1186/s12889-015-1849-4
- Jane, M., Hagger, M., Foster, J., Ho, S., Kane, R., & Pal, S. (2017). Effects of a weight management program delivered by social media on weight and metabolic syndrome risk factors in overweight and obese adults: A randomised controlled trial. *PLoS One*. Jun 2;12(6): e0178326. doi: 10.1371/journal.pone.0178326
- Karfopoulou, E., Anastasiou, C., Avgeraki, E., Kosmidis, M., & Yannakoulia, M. (2016). The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(3), 511–518. doi:10.1007/s10865-016-9717-y
- Karunaratne, M. (2010). Neuro-linguistic programming and application in treatment of phobias. *Complement Ther Clin Pract*. 2010 Nov;16(4):203–7. doi: 10.1016/j.ctcp.2010.02.003
- Kiernan, M., Moore, S. D., Schoffman, D. E., Lee, K., King, A. C., Taylor, C. B., ... Perri, M. G. (2012). Social support for healthy behaviors: scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. *Obesity (Silver Spring)*, 20(4), 756–764. doi: 10.1038/oby.2011.293
- Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Tollånes, M. C., Haaland, A. A., Kinge, J. M. & Skirbekk, V. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015: resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015* (Folkehelseinstituttet, Senter for sykdomsbyrde, Vol. 2017). Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf

- Knutsen, I. A. R. (2012). *Striving towards normality: power and empowerment in treatment of patients diagnosed as morbidly obese* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Knutsen, I., Terragni, L., & Foss, C. (2013). Empowerment and Bariatric Surgery: Negotiations of Credibility and Control. *Qualitative Health Research*, 23(1), 66. doi:10.1177/1049732312465966
- Koball, A. M., Jester, D. J., Domoff, S. E., Kallies, K. J., Grothe, K. B., & Kothari, S. N. (2017) Examination of bariatric surgery Facebook support groups: a content analysis. *Surg Obes Relat Dis*. 2017 Aug; 13(8): 1369–1375. doi: 10.1016/j.soard.2017.04.025
- Kristinsson, Jon (2017, 6. april). Fedmekirurgi – metoder og valg av prosedyre. Hentet fra: <http://kirurgen.no/fagstoff/fedmekirurgi-metoder-og-valg-av-prosedyre/>
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage Publications.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lagger, G., Pataky, Z., & Golay, A. (2010). Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns*. 2010 Jun; 79(3): 283–6. doi: 10.1016/j.pec.2010.03.015
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 17–37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer: en kunnskapsoppsummering* (Vol. nr. 1/2014). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Larsen, E., Nordal, A., Aasheim, F., & Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: mål, anbefalinger, og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse* (IS 1315). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>
- Latner, J. D., McLeod, G., O'Brien, K. S., & Johnston, L. (2013). The role of self-efficacy, coping, and lapses in weight maintenance. *Eat Weight Disord*. 2013 Dec; 18(4): 359–66.
- Lent, M., Bailey-Davis, L., Irving, B., Wood, G., Cook, A., Hirsch, A., . . . Franceschelli-Hosterman, J. (2016). Bariatric Surgery Patients and Their Families: Health, Physical Activity, and Social Support. *The Journal of Metabolic Surgery and Allied Care*, 26(12), 2981–2988. doi:10.1007/s11695-016-2228-7

- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004): A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of Caring Science*, 2004 Jun; 18(2): 145–153.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh JA, Dutson E, Mehran A., ... Gibbons, M. M. (2011). Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery? A systematic review. *Obes Rev*. 2011 Feb;12(2): 142–8. doi: 10.1111/j.1467 789X.2010.00720.x
- Lode, K. (2016). Mestring. I U. Knutstad & A. K. T. Heggestad (Red), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg. ed. Vol. 2) (s. 346–378). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Logue, E. E., Jarjoura, D. G, Sutton, K. S., Smucker, W. D., Baughman, K. R., & Capers, C. F. (2004). Longitudinal relationship between elapsed time in the action stages of change and weight loss. *Obes Res*. 2004 Sep;12(9): 1499–508.
- Łuczyński, W., Głowińska-Olszewska, B., & Bossowski, A. (2016). Empowerment in the Treatment of Diabetes and Obesity. *Journal of Diabetes Research*, 2016 (2016). doi:10.1155/2016/5671492
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (Bind 3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J., & Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 5;(2): CD008066. doi: 10.1002/14651858.CD008066.pub3
- Mathiesen, C. (2011). *På vei mot likevekt? En kvalitativ studie av deltakeres erfaringer med et kurstilbud for personer med sykkelig overvekt* (Masteroppgave). Høgskolen i Gjøvik, Gjøvik.
- Mboyato, S., Somasse, E., & Coppieters, Y. (2012). Qualitative analysis of factors supporting the motivation for gastric bypass. *Rev Med Brux*, 33(5), 457–465.
- McCambridge, J., Witton, J., & Elbourne, D. (2013). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2014 Mar; 67(3): 267–277 doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.015
- McCloskey, W., Iwanicki, S., Lauterbach, D., Giammittorio, D. M., & Maxwell, K. (2015). Are Facebook “Friends” Helpful? Development of a Facebook-Based Measure of Social Support and Examination of Relationships Among Depression, Quality of Life, and Social Support. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(9), 499–505. doi:10.1089/cyber.2014.0538
- Meany, G., Conceição, E., & Mitchell, J. E. (2014). Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev*. 2014 Mar; 22(2): 87–91.

- Mehlsen, M., Heegaard, L., & Frosthholm, L. (2015). A prospective evaluation of the Chronic Pain Self-Management Programme in a Danish population of chronic pain patients. *Patient Educ Couns.* 2015 May; 98(5): 677–80. doi: 10.1016/j.pec.2015.01.008
- Mehta, N., & Atreja, A. (2015). Online social support networks. *Int Rev Psychiatry.* 2015 Apr; 27(2): 118–23. doi: 10.3109/09540261.2015.1015504
- Mitchell, J. E., King, W. C., Courcoulas, A., Dakin, G., Elder, K., Engel, S., ... Wolfe, B. (2015). Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Eat Disord.* 2015 Mar; 48(2): 215–22. doi: 10.1002/eat.22275
- Murray, L. L. (2013). Limited evidence that neurolinguistic programming improves health related outcomes. *Evidence Based Mental Health, 16(3), 79.* doi:10.1136/eb-2013-101355
- Myhrstuen, A. (2017). "Det var som å se sola på en mørk dag". En kvalitativ studie av brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering (Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus). Hentet fra: https://oda-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/10642/5214/myhrstuen_mapo2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Naslund, J., Aschbrenner, K., Marsch, L., McHugo, G., & Bartels, S. (2018). Facebook for Supporting a Lifestyle Intervention for People with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Schizophrenia: an Exploratory Study. *Psychiatric Quarterly, 89(1), 81–94.* doi:10.1007/s11126-017-9512-0
- Neegaard, M. (2008). *Hva kan forklare forskjeller i mestring? En kvantitativ studie av mestringsforventing blant innvandrere, etterkommere og majoritetsungdom* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15821/Neegard.pdf?sequence=6>
- Nutbeam, D., Harris, E., & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories* (3rd ed.). Sydney: McGraw-Hill.
- Ogle, J. P., Park, J., Damhorst, M. L., & Bradley, L. A. (2016). Social Support for Women Who Have Undergone Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research, 26(2), 176-193.* doi:10.1177/1049732315570132
- Oliver, D. P., Washington, K., Wittenberg-Lyles, E., Gage, A., Mooney, M., & Demiris, G. (2015). Lessons learned from a secret Facebook support group. *Health Soc Work.* 2015 May; 40(2): 125–33.
- Olsen, Christina. (2012). *Hva innebærer brukermedvirkning i helse- og sosialtjenesten?* (Masteroppgave, Universitetet i Stavanger). Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2413978>

- Oslo universitetssykehus - Senter for sykkelig overvekt (2005). *Informasjon til deg som ønsker operasjon for sykkelig overvekt*. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-avdeling/Documents/Brosjyre%20for%20SSO.pdf>
- Parham, E. S. (1993). Enhancing social support in weight loss management groups. *J Am Diet Assoc*. 1993 Oct; 93(10): 1152–6.
- Patel, R., Chang, T., Greysen, S. R., & Chopra, V. (2015). Social Media Use in Chronic Disease: A Systematic Review and Novel Taxonomy. *Am J Med*. Dec; 128(12): 1335–50. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.015
- Pedersen, J. I., Anderssen, S., & Hjartåker, A. (2009). *Grunnleggende ernæringslære*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pensgård, A. M., Riise, A. J., & Stensbøl, B. (2013). *Norske vannerskaller: Veien til mental styrke og gode prestasjoner*. Oslo: Cappelen Damm.
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569–579. doi:10.1007/BF02506982
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., Norcross, J. C., & Fowler, R. D. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. doi:10.1037/0003 066X.47.9.1102
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Curr Opin Psychiatry*, 2008 March; 21(2): 201–205. doi:10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89
- Rennie, L., Uskul, A. K., Adams, C., & Appleton, K. (2013). Visualisation for increasing health intentions: Enhanced effects following a health message and when using a first-person perspective. *Psychol Health*, 2014; 29(2): 237–52 doi:10.1080/08870446.2013.843685
- Sahebalzamani, M. (2014). Efficacy of neurolinguistic programming training on mental health in nursing and midwifery students. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 Sep; 19(5): 503–7.
- Sarlio-Lahteenkorva, S. (1998). Relapse stories in obesity. *European Journal of Public Health*, 8(3); 203–209, <https://doi.org/10.1093/eurpub/8.3.203>
- Schwaiger, E. L. (2017). *Deltakere i kostveiledning sine opplevelser av barrierer, sosial støtte, self-efficacy og nutrition literacy for oppnåelse av vektreduksjon* (Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus). Hentet fra: <https://oda.hioa.no/en/item/deltakere-i-kostveiledning-sine-opplevelser-av-barrierer-sosial-stotte-self-efficacy-og-nutrition-literacy-for-oppnaelse-av-vektreduksjon>

- Sharman, M., Hensher, M., Wilkinson, S., Williams, D., Palmer, A., Venn, A., & Ezzy, D. (2017). What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery? *Health Expectations*, 20(1), 35–46. doi:10.1111/hex.12423
- Sholl, J. (2015). Putting phenomenology in its place: Some limits of a phenomenology of medicine. *Philosophy of Medical Research and Practice*, 36(6), 391–410. doi:10.1007/s11017-015-9345-5
- Sigstad, H. M. H. (2004). Brukermedvirkning - alibi eller realitet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(1), 63–64.
- Skogøy, K., Laurini, R., & Aasheim, E. T. (2009). Svangerskap like etter fedmeoperasjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(6), 534–536. doi:10.4045/tidsskr.09.34019
- Skårderud, F. (2004). *Sterk/svak: håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Götestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(15), 1938–1942.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 227–232. doi: 10.1007/BF02884965
- Song, Z., Reinhardt, K., Buzdon, M., & Liao, P. (2008). Association between support group attendance and weight loss after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis. Mar-Apr*; 4(2): 100–3. doi: 10.1016/j.soard.2007.02.010
- Statistisk sentralbyrå (2016, 20. juni). Helseforhold, levekårsundersøkelsen 2015. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold/hvert-3-aar>
- Steen, E., & Zangi, A. Z. (2011). Livstyrketrening – et helsepedagogisk gruppetilbud. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 236–256). Oslo: Gyldendal akademisk.
- St. Meld. nr. 34 (2012-2013). (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Strand, E. B., & Finset, A. (2005). Stress og støtte i pasient-behandler-forholdet ved kronisk revmatisk sykdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(19), s. 917–923.
- Strøm, A., & Fagermoen, M. S. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 63–81). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Struzzo, P., Fumato, R., Tillati S., Cacitti, A., Gangi, F., Stefani, A., ... Balestrieri, M., (2013). Individual empowerment in overweight and obese patients: a study protocol. *BMJ Open*, 2013(3): e002669. doi:10.1136/bmjopen-2013-002669
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I G., Nybø, A., (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 2002 (122), 2379–83.
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2001(121); 720–4.
- Taylor J. (2016). How Neurolinguistic Psychotherapy (NLPT) could Help to Improve Psychological Wellbeing within the Dental Profession. *Dent Update*, 2016 Apr; 43(3): 288–90.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4.utg. ed). Bergen: Fagbokforl.
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R., & Brownell, K. D. (2009). The Relationship between Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) and Officially Recognized Eating Disorders: Meta-Analysis and Implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135(3), 407–433. doi:10.1037/a0015326
- Tjora, Aksel. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tol, A., Alhani, F., Shojaeazadeh, D., Sharifirad, G., & Moazam, N. (2015). An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(13). doi:10.4103/2277-9531.154022
- Tosey, P., Mathison, J., & Michelli, D. (2005). Mapping Transformative Learning. *Journal of Transformative Education*, 3(2), 140–167. doi:10.1177/1541344604270233
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforl.
- Verpe, Malene (2016). *Psykiske lidelser som underliggende årsaker til overvekt og fedme* (Bacheloroppgave, Høgskolen i Hedmark). Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2393079>
- Webb, R., Davies, I., Johnson, B., & Abayomi, J. (2014). A qualitative evaluation of an NHS Weight Management Programme for obese patients in Liverpool. *Nutrition & Food Science*, 44(2), 144–155. doi:10.1108/NFS-06-2013-0074
- Wing, R. R., & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participant with friends and increasing social support for weight loss maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 132–138. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.132>

- Wingo, B. C., Desmond, R. A., Brantley, P., Appel, L., Svetkey, L., Stevens, V. J., & Ard, J. D. (2013). Self-efficacy as a Predictor of Weight Change and Behavior Change in the PREMIER Trial. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(4), 314–321. doi:10.1016/j.jneb.2012.12.004
- Wolff, A. C., & Ratner, P. A. (1999). Stress, Social Support, and Sense of Coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 182–197. doi:10.1177/01939459922043820
- World Health Organisation. (2016, februar). Obesity and Weight. Hentet fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Yin, J., Wong, R., Au, S., Chung, H., Lau, M., Lin, L., ...Chan, J. C. (2015). Effects of Providing Peer Support on Diabetes Management in People With Type 2 Diabetes. *Ann Fam Med*. 13(1), 42–9. doi: 10.1370/afm.1853
- Ziv, I. & Kiasi, M. (2016). Facebook's Contribution to Well-being among Adolescent and Young Adults as a Function of Mental Resilience. *J Psychol*. 150(4), 527–41. doi:10.1080/00223980.2015.1110556
- Zwickert, K., & Rieger, E. (2014). A qualitative investigation of obese women's experiences of effective and ineffective social support for weight management. *Clinical Obesity*, 4(5), 277–286. doi:10.1111/cob.12072

Vedlegg 1. Meldeskjema Personvernombudet



Vestre Viken HF - Lærings- og mestringssenteret

Dato: 21.08.2017
Saksbehandler: Henriette Henriksen
Direkte telefon: 41764786
Vår referanse: 16/00117-74 / 000
Deres referanse:

Anne-Cathrine Berg

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for «Pasienters opplevelser og nytteerfaringer av obligatorisk kurs i forkant av fedmekirurgi»

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra Personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 5 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved Vestre Viken HF, fritatt helseforetaket fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Prosjektets formål

Hensikten med det aktuelle prosjektet er å gjøre et systematisk arbeid for å fremskaffe pasientenes erfaringer med "Startkurs"- et obligatorisk forberedende kurs i forkant av fedmekirurgi ved Bærum sykehus. Det ønskes å finne ut om kurset bidrar til at pasientene kan ta et informert behandlingsvalg, i hvilken grad de har kunnskap om og forståelse av den faglige informasjonen de får på startkurset, hvor motivert pasientene er for å endre levevaner og hvilken betydning det er for pasientene å være inkludert i et støttende nettverk.

Målet er å videreutvikle og kvalitetssikre opplæringstilbudet, samt skrive en artikkel basert på resultatene fra intervjuene. Pasienter som skal delta på to startkurs, begge oppstart august 2017, inviteres til å delta i studien. De vil få brev med informasjon om prosjektet, dets hensikt og hvordan forskningsetiske hensyn er tenkt ivarettatt.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Vestre Viken HF ved administrerende direktør.
2. Avdelingsleder, samt klinikkens forskningsansvarlig har godkjent studien.

Postadresse:
Vestre Viken HF
Postboks 800
3004 Drammen

Telefon: 03525
Org. Nr: 894.166.762

E-postadresse: postmottak@vestreviken.no
Webadresse: www.vestreviken.no

Vår bank: Danske Bank, Kontonummer: 8601 72 17986. IBAN: NO93 8601 7217 986. SWIFT: DABAN022



3. Behandling av personopplysningene/helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
5. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
6. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
7. Studien er frivillig og samtykkebasert. Innmeldte samtykke benyttes.
8. Krysslisten som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat i avlåst skap.
9. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2018 ved at krysslisten slettes og lydbånd slettes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med vennlig hilsen

Henriette Henriksen
Personvernombud/ Informasjonssikkerhetsansvarlig
Teknologi og eHelse
Intern service

Vedlegg 2. Meldeskjema for forskningsstudier – Vestre Viken

Meldeskjema for forskningsstudier, kvalitetssikring og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter.

Skjemaet skal ikke benyttes for forskningsstudier som skal godkjennes av REK.

1. Informasjon om søkeren	
1.1 Prosjektleder	
Navn og stilling: Anne-Cathrine Berg	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres: Vestre Viken, Lærings - og mestringssenteret
Telefonnummer: 67 80 91 54 / 957 50 958	E-postadresse: anne-cathrine.berg@vestreviken.no
1.2 Multisenterstudie	
Er prosjektet en multisenterstudie?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Dersom ja, angi øvrige virksomheter som deltar:	
Skal noen av disse også ha kopi av elektronisk database/informasjon som etableres i prosjektet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
1.3 Annen databehandlingsansvarlig enn sykehuset? ¹	
Er prosjektet organisert fra et legemiddelfirma eller annen ekstern virksomhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Dersom ja, angi virksomhetens navn (Kopi av konsesjonen/godkjenning skal sendes personvernombudet, og prosjektet skal meldes til personvernombudet som meldepliktig prosjekt, dvs. skjemaet fylles ut):	
Skal den eksterne også ha kodelisten/navnelisten over deltakere?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
2. Prosjektets tittel/navn	
Pasienters opplevelser og nytteerfaringer av obligatorisk kurs i forkant av fedmekirurgi	
3. Beskriv formål med prosjekt/behandling²	
Praktisk info: Hvilke pasienter/personer (antall) skal inkluderes, inklusjonsperiode (spesielt rekrutteringstid der avdelingen er involvert), fra hvor, på hvilken måte, av hvem, behov for innsats fra VVHF-ansatte osv.	
Hensikten med det aktuelle prosjektet er å gjøre et systematisk arbeid for å fremskaffe pasientenes erfaringer med "Startkurs"- et obligatorisk forberedende kurs i forkant av fedmekirurgi ved Bærum sykehus. Vi ønsker å finne ut om kurset bidrar til at pasientene kan ta et informert behandlingsvalg, i hvilken grad de har kunnskap om og forståelse av den faglige informasjonen de får på startkurset, hvor motivert pasientene er for å endre levevaner og hvilken betydning det er for pasientene å være inkludert i et støttende nettverk. Målet er å videreutvikle og kvalitetssikre opplæringstilbudet, samt skrive en artikkel basert på resultatene fra intervjuene. Pasienter som skal delta på to startkurs, begge oppstart august 2017, inviteres til å delta i studien. De vil få brev med informasjon om prosjektet, dets hensikt og hvordan forskningsetiske hensyn er tenkt ivaretatt. Vi ønsker å rekruttere 7-10 informanter til tre dybdeintervjuer (ved kursstart, etter kurslutt og etter ca 14 uker).	
Prosjektmedarbeider er Karoline Steenbuck Lied	
4. Rettslig grunnlag for behandling av personopplysningene³	
4.1 Samtykke	
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra den registrerte?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis nei, begrunn hvorfor:	



Skal det innhentes skriftlig samtykke fra andre enn den registrerte? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, av hvem? Hvis barn inkluderes, angi alder:	
Skal det søkes om unntak fra taushetsplikt? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Eller	
4.2 Intern kvalitetssikring av pasientbehandling. (Ikke kvalifisert som forskning)	
Ja <input type="checkbox"/> Prosjektet oppfylles helsepersonelloven § 26. opplysningene må være slettet eller anonymisert før eventuell publisering av resultater. Må publiseres som kvalitetssikring, ikke som forskning. Det kreves ikke samtykke (Ref. punkt 4.1). Personopplysningsloven § 33, 4 ledd gir unntak for konsesjon, men krever melding. Det er ikke krav til samtykke, men pasienter som har reservert seg mot slik bruk av opplysningene skal respekteres.	
Eller 4.3 Annet som hjemler melding. Angi årsak/hjemmel:	
5. Framleggingsplikt m.m.	
<input type="checkbox"/> Fremleggingsplikt for De regionale komiteer for medisinsk forskning <input type="checkbox"/> Søknadspliktig til Statens legemiddelverk <input type="checkbox"/> Registrering i clinicaltrials.gov <input type="checkbox"/> Bioteknologiloven kommer til anvendelse (utføres genetiske undersøkelser hvor deltakeren gis tilbakemelding om resultat). <input type="checkbox"/> Utprøving av medisinsk teknisk utstyr som skal godkjennes av Helsedirektoratet	
6. Prosjektperiode	
Studiestart (dd.mm.åååå) 01.08.2017	Studiestopp (dd.mm.åååå) ⁴ 31.12.2018 Sletting/anonymisering av data (dd.mm.åååå) ⁵ 31.12.2018 Beskriv hvordan data blir slettet/anonymisert: Notater og lydbånd vil bli makulert
7. Humant, biologisk materiale	
Medfører prosjektet bruk av humant, biologisk materiale? ? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Dersom ja:	
Opprettes forskningsbiobanken fra en eksisterende biobank? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, angi	
<input type="checkbox"/> tematisk forskningsbiobank (basert på bredt samtykke)* <input type="checkbox"/> spesifikk forskningsbiobank (basert på samtykke til et spesifikt prosjekt) <input type="checkbox"/> generell biobank (legemiddelselskap som ansvarshavende) <input type="checkbox"/> diagnostisk biobank <input type="checkbox"/> behandlingsbiobank	
*Om prosjektet skal benytte seg av materiale fra en tematisk forskningsbiobank må det innhentes godkjenning fra prosjektleder av denne.	
Navn på biobank:	
Biobankregistreringsnummer:	
Opprettes forskningsbiobanken som en ny spesifikk biobank? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Opprettes forskningsbiobanken som en ny tematisk biobank? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Ansvarshavende person for forskningsprosjektets biobank (jfr. Helseforskningsloven § 26):	
Forskningsbiobankens navn:	



Forskningsbiobankens innhold (vev, blod og lignende) og antall inkluderte:

Gjøres genetiske undersøkelser som har diagnostiske, prediktive eller behandlingsmessige konsekvenser for deltakeren ?

Ja Nei

Er genetiske opplysninger tenkt tilbakeført til deltakeren?

Ja Nei

Angi planlagt innsamlingsperioden og tidspunkt for opphør av biobanken:

Hva skjer med biobankmaterialet:

- materialet oppbevares etter prosjektslutt, til år:
 materialet destrueres fortløpende i prosjektet
 materialet destrueres ved prosjektavslutning
 materialet føres tilbake til eksisterende biobank
 materialet overføres til annen biobank. Angi hvilken:

- materialet overføres til annen institusjon. Angi hvilken:
 materialet overføres til institusjon utenfor EU/EØS. Angi hvilken:

Annet:

8. Detaljer om prosjektets informasjonsbehandling

Det minnes om følgende ansvar ifm innsamling, registrering og bruk av personopplysninger:

- Opplysningene skal være tilstrekkelige og relevante i forhold til formålet med den planlagte databehandling
- Opplysningene skal være korrekte og oppdaterte

8.1 Detaljer om prosjektets informasjonsbehandling

8.1.1

Hvis det benyttes kobling mot forskriftsregulerte registre, som for eksempel Fødselsregistre, kreftregistre eller dødsårsakregistre, eller interne konsesjonsbelagte registre, angi hvilke registre:

Angi totalt antall inkluderte:

7-10

Angi antall år opplysningene vil bli lagret, inkl. oppbevaring for etterprøving:

8.1.2 Ikke sensitive personopplysninger

Identifikasjonsopplysninger

- Navn, adresse, fødselsdato
 Fødselsnummer (11 siffer)
 Fingeravtrykk, iris
 Annet:

Opplysninger om tredjepersoner

- Navn, adresse, fødselsdato
 Fødselsnummer (11 siffer)
 Annet:

Adferdsopplysninger

- Loggføring av adferd
 Preferanser (ønsker, behov og lignende)
 Annet:

8.1.3 Sensitive personopplysninger (jf. Personopplysningsloven § 2 nr. 8)

Prosjektet omfatter opplysninger om

- Rasemeddig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning.
 at en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling.
 Helseforhold
 Seksuelle forhold
 Fagforeningstilhørighet

Presiser nærmere: overvekt, levevaner

Behandles spesielt inngripende opplysninger, i så fall hvilke?



8.2 Utvalg	
Behandlingen omfatter opplysninger om (beskriv også eventuell kontrollgruppe)	
<input type="checkbox"/> Ansatte i egen virksomhet	<input type="checkbox"/> Elever/studenter/barnehagebarn <input checked="" type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Tilfeldig utvalgte
<input type="checkbox"/> Adgangskontrollerte	<input type="checkbox"/> Medlemmer <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Seleksjonsutvalgte
<input type="checkbox"/> Friske frivillige	
Dersom det skal gis godtgjørelse, beskriv nærmere:	
8.3 Innsamling av opplysningene	
Hvordan samles personopplysningene inn?	
<input type="checkbox"/> Manuelt	<input type="checkbox"/> Elektronisk (bilde og tekst) <input type="checkbox"/> Videoopptak <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak
<input type="checkbox"/> Annet (beskriv hvordan):	
Hvor innhentes personopplysningene fra?	<input checked="" type="checkbox"/> Fra den registrerte selv <input type="checkbox"/> Annet (beskriv hvorfra):
Hvordan oppnås kontakt med de som skal inkluderes? med forespørsel om deltakelse i studien	Pasienter som skal delta på startkurs august 2017 får tilsendt brev
Hvis innsamling av personopplysninger skal gjøres fra andre virksomheter, hvordan skal dette gjennomføres?	
8.4 Utlevering av opplysningene	
Blir personopplysningene gjort tilgjengelige/utlevert til andre virksomheter? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Dersom ja: Oppgi mottakerens navn og adresse:	
Er virksomheten innenfor EU/EØS?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Vil den eksterne virksomheten brukes som ressurs/laboratorium/annet for denne studien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Vil mottakeren ha eget formål/studie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hva blir overført?	
<input type="checkbox"/> Informasjon med navn, fødselsnummer, eller annet som entydig angir det enkelte individ	
<input type="checkbox"/> Anonymisert informasjon	
<input type="checkbox"/> Aidentifisert informasjon. Forklar i så fall hvordan kryssreferanseliste beskyttes der dette ikke er likt som i pkt. 8.6:	
Hvordan oversendes informasjonen?	
<input type="checkbox"/> Personlig overlevering	
<input type="checkbox"/> CD sendt med rekommandert post	
<input type="checkbox"/> Registeret på sikret web-side hos mottaker	
<input type="checkbox"/> Legges ut på sikret område for nedlastning av mottaker	
<input type="checkbox"/> Annet. Nærmere beskrivelse:	
8.5 Lagring og behandling av opplysningene	
Hvordan lagres opplysningene?	
<input checked="" type="checkbox"/> Forskningsområdet ved helseforetaket	
<input type="checkbox"/> På papir. Forklar hvordan dette sikres mot uvedkommende:	

<input checked="" type="checkbox"/> På video, tape eller annet opptak. Beskriv hvordan dette er sikret og om personen kan identifiseres: Lydbånd vil bli oppbevart i et låst skap kun tilgjengelig for prosjektleder og masterstudent. Alle opplysninger som samles i tilknytning til prosjektet vil bli behandlet konfidensielt. All presentasjon av data vil være i anonym form og det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner i teksten. <input type="checkbox"/> Annet (for eksempel andre virksomheters nettverk) ⁶ Forklar:	
8.6 Gjenfinning av opplysningene	
Hvordan gjenfinnes opplysningene? (Bruk av direkte identifisering som fødselsnummer og navn skal forsøkes unngått)	
<input type="checkbox"/> Opplysningene lagres med navn, fødselsnummer eller annet som entydig det enkelte individ <input checked="" type="checkbox"/> Opplysningene lagres avidentifisert (ved bruk av krysslister, kodelister, løpenummer eller lignende)	
Hvordan er krysslister/kodelister beskyttet/lagret? Forklar: Kodelister er låst i et separat skap	
9. Dato for utfylling	
Vil studien/prosjektet fremlegges for avdelingsledelse og hvis aktuelt, forskningsledelse, og godkjennes internt ihht. Helseforetakets rutiner? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Sted og dato: Bærum 14.06.17	Utfylt av: Anne-Cathrine Berg

Utfylt skjema lagres på disk og sendes som vedlegg til e-post, sammen med eventuelt informasjonsskriv.

Ferdig utfylt skjema sendes til personvern@vestreviken.no

¹ For alle studier som startes i regi av helseforetaket og som bruker pasientdata derfra, vil normalt databehandlingsansvarlig være helseforetaket.

² Behovet for konsesjon/melding er knyttet opp til hvilket formål man har med behandlingen av personopplysningene, Pasientjournalssystemet er meldt i sin helhet, og har lovhjemlet formål. Når informasjon i journalssystemet skal benyttes til andre formål, kommer behovet for konsesjon, alternativt ny melding opp, og man må angå formålet med den ny bruken/behandlingen av personopplysningene. Formulering av formålet er derfor viktig.

³ Tilsvarende gjelder for annen innsamling og behandling av pasient/personopplysninger. Formålet må samsvare med det som beskrives i samtykket fra hver enkelt person som deltar i studien.

⁴ Når prosjektet er ferdigstilt. Dette inkluderer innsamling, analyse/vurdering, artikkelskriving/konklusjon.

⁵ Data skal lagres i en viss tid etter at prosjektet er ferdigstilt (analyse er gjennomført) for mulig etterprøving. I forskningsstudier skal data lagres i 5 år (Norsk Lægemedelforening) etter publisering, og for klinisk utprøving skal data lagres i minst 15 år etter innsendt sluttrapport til SLV. Enkelte større tidsskrifter krever 10 års oppbevaring for etterprøving. Data kan ikke oppbevares etter prosjektslutt for kvalitetssikring. Dersom forskningsprosjektet er finansiert av Norges forskningsråd, skal sluttrapport og prosjektdata arkiveres på en betryggende måte i minimum 10 år etter avslutning av prosjektet (se punkt 5.3 i Norges forskningsråd generelle kontraktvilkår).

⁶ Krever gjennomføring og godkjenning av risikovurdering.

Vedlegg 3. Tilbakemelding på REK-søknad

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [mailto:post@helseforskning.etikkom.no]

Sendt: 21. august 2017 10:38

Til: Anne-Cathrine Berg

Emne: Sv: REK sør-øst 2017/1483 pasienters opplevelser og nytteerfaringer av obligatorisk livsstilsendningsprogram i forkant av fedmekirurgi

Vår ref.nr.: 2017/1483 A

Jeg viser til skjema for framleggingsvurdering, vår ref. 2017/1483, mottatt 14.08.2017. Henvendelsen er vurdert av komiteens leder, Knut Engedal.

Prosjektets tittel er «Pasienters opplevelser og nytteerfaringer av obligatorisk livsstilsendningsprogram i forkant av fedmekirurgi»

Basert på opplysningene som gis, er ikke formålet med prosjektet å fremskaffe ny kunnskap om helse, sykdom, diagnostikk eller behandling, men snarere finne ut om erfaringer og opplevelser av et livsstilsendningsprogram.

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Dere har allerede sendt et prosjektsøknad til behandling av komite i møtet i september 2017. Jeg ber om at dere sender en e-post til post@helseforskning.etikkom.no, hvor dere trekker søknaden, hvis dette er aktuelt.

Med vennlig hilsen
Leena Heinonen

Komitésekretær
REK sør-øst D
Tlf: 22 84 55 22

post@helseforskning.etikkom.no

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 4. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt



Forespørsel om du vil delta i en forskningsstudie

xx. juni 2017

Formål med studien

Dette er en invitasjon til deg som snart skal begynne på Startkurs ved Bærum sykehus, om du vil delta i en forskningsstudie ved Lærings – og mestringssenteret, Vestre Viken.

Hensikten med studien er å gjøre et systematisk arbeid for å få frem deltakernes erfaringer med Startkurset. Vi ønsker å finne ut om kurset bidrar til økt kunnskap, motivasjon og ferdigheter til å komme i gang med å endre levevaner, og i så fall hva er det i kurset som evt kan bidra til dette? Målet er å videreutvikle kurset på bakgrunn av resultatene fra studien, tidligere kursevalueringer og våre erfaringer. Resultatene fra prosjektet skal også kunne brukes i én eller flere masteroppgaver ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), studieretning for samfunnsernæring.

Hva innebærer din deltakelse i studien?

For å videreutvikle Startkurset for personer med sykkelig overvekt trenger vi kunnskap om hvordan deltakerne opplever å delta på kurset. Vi vil derfor forespørre deg om å delta på tre individuelle samtaler/intervjuer i forbindelse med kurset. Første intervju vil skje i løpet av de to første ukene av Startkurset. Andre intervju blir når kurset er ferdig, mens tredje intervju er tiltenkt 6-8 uker etter at Startkurset er ferdig. Intervjuene er planlagt å foregå på Bærum sykehus, eller et annet egnet sted som passer best for deg. Det er masterstudent Karoline Steenbuch Lied ved HiOA, studieretning for samfunnsernæring, som vil gjennomføre intervjuene. Samtalene vil bli tatt opp på lydbånd, og vare i ca. 30 - 45 min. Spørsmålene vil i hovedsak omhandle de forventningene du har til kurset, hva du mener du har forstått og lært gjennom kurset, samt om du har hatt nytte av det. Det vil ikke bli stilt spørsmål knyttet til din helsetilstand eller andre personlige forhold.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler ved å delta i studien, men gjennom din deltakelse vil du bidra med viktig kunnskap som kan være med på å videreutvikle Startkurset for personer med sykkelig overvekt. Vi ser heller ingen ulemper for deg ved deltakelse i studien.

Hva skjer med informasjonen som du gir meg i intervjuene?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Lydbånd og avskrifter av intervjuene vil bli oppbevart i et låst skap som kun autorisert personell knyttet til studien har adgang til. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Lydbånd og utskrifter vil bli slettet senest 2023.

Studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning og Regional Etisk komite (REK). Disse instansene sikrer at personvernet og etiske hensyn blir ivaretatt gjennom studien.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeskjemaet på neste side. Skjemaet kan returneres sammen med svarslippen for Startkurset, eller tas med første kursdag. Du kan når som helst trekke deg fra den pågående studien uten å oppgi grunn, og det får selvsagt ingen konsekvenser for deg og din videre behandling.

Hvis du har spørsmål om studien, kan du kontakte Anne-Cathrine Berg, Lærings – og mestringssenteret Bærum sykehus, tlf 67809154, e-post:anne-cathrine.berg@vestreviken.no

Med vennlig hilsen,

Anne-Cathrine Berg
(Arbeidstittel)
Lærings- og mestringssenteret
Bærum sykehus

Samtykke til deltakelse i studien

“Deltakernes opplevelser og nytteerfaringer av Startkurs før overvektsbehandling”

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta:

Prosjektdeltaker, navn

Signatur, dato

Denne blanketten kan returneres sammen med svarslippen for Startkurset, eller tas med første kursdag.

Vedlegg 5. Intervjuguide 1

Intervjuguide

Pasienters opplevelser og nytteerfaringer av Startkurs før overvektsbehandling

Det er tenkt å bruke samme intervjuguide gjennom studiens 3 intervjurunder, for å se hvordan deltakerne endrer syn underveis i kurset. Det vil kun bli gjort noen grammatiske endringer i spørsmålene, blant annet for å riktig tempus (altså skille mellom nåtid og framtid).

Tema	Spørsmålsformulering
Velkommen	<ul style="list-style-type: none">• Jeg ønsker velkommen.• Litt uformell prat, presentasjon av tema/studien.• Praktiske opplysninger om tid, lydbåndopptaker, og deres rolle som informanter, samt min rolle som forsker og intervjuer. Konfidensialitet og anonymitet står i sentrum for informasjonen.• Si jeg setter stor pris på at de tar seg tid til å være med på studien.
Forventninger	<ul style="list-style-type: none">• Hva er dine forventninger til kurset?• Hva kan vi gjøre for at du vil få en god opplevelse og god nytteerfaring av kurset?
Spørsmål knyttet til behandlingsvalg (Empowerment)	<ul style="list-style-type: none">• Synes du at du har tilstrekkelig informasjon om behandlingsmulighetene dine?• Hvor/fra hvem har du innhentet informasjon om behandlingsmulighetene?• Har du gjort deg opp en mening om hvilken behandling som vil være best for deg?• Hvilke forventninger har du om resultatet av behandlingen?• Hva kan du bidra med for å få et godt resultat på sikt?
Spørsmål knyttet til endringsarbeidet	<ul style="list-style-type: none">• Hva tenker du ift å gjøre endringer i levevaner nå?• Hva kan motivere deg?• Hva kan hjelpe deg?
Spørsmål knyttet til betydningen av å være en del av gruppen / støttende nettverk	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke forventninger har du til gruppen?
Nutrition Literacy	<ul style="list-style-type: none">• Har du (ofte) vanskeligheter med å forstå innholdet i skriftlig informasjon om hva som er et sunt kosthold?• Føler du at du har kunnskap om hva som skjer inni kroppen din når det gjelder ting som angår ditt matinntak, f.eks hva som skjer ved forbrenning, næringsopptak, fettlagring, fettforbrenning og insulin i blodet?• Skjønner du (ofte) hva kostholdsveiledere snakker om til deg?• Pleier du ofte å søke etter kostholdsinformasjon når du føler det angår deg?• I så fall, hvor pleier du å finne slik kostholdsinformasjon?

Health Belief Model

- Synes du at du kan nok om hva som er sunn ernæring? Hvis ikke, hva føler du at du ikke kan nok om?
- Føler du at du i stand til å kunne kritisk vurdere kvaliteten på alle kostholdspåstander som du leser eller hører om; hvordan vet du om du kan stole på slik informasjon?
- Hvilke utfordringer tror du at du vil oppleve som kursdeltaker?
- Ser du for deg noe som kan gjøre det vanskelig for deg eller hindre deg i å møte opp på alle kursdagene?
- Er det noe som bekymrer deg i forbindelse med den forestående behandlingen?
- Er det noe som du mener kan komme til å hindre deg i å gjennomføre behandlingen?
- Opplever du at du har støtte fra folk rundt deg til det du nå skal igjennom - i så fall hvilke personer er det?
- Hvilke fordeler ser du for deg at du vil oppnå etter den forestående behandlingen?
- Hvilke eventuelle ulemper ser du for deg at den forestående behandlingen kan ha for deg?
- Ser du for deg noen spesielle konkrete ting som kan hindre deg eller gjøre det vanskelig for deg å lykkes med å oppnå permanent vektreduksjon på sikt etter behandlingen?
- Er det noe du vil tilføye eller som du synes jeg skulle deg spurt om?

Informantens tilføyelser

Avslutning

- Takke for at informanten stilte opp til intervju.
- Reflektere over informantens opplevelse av intervjusituasjonen.
- Minne om at deres bidrag er betydningsfullt.
- Minne om at informasjonen de ga vil behandles fortrolig og anonymt.
- Informere om at de kan kontakt meg ved evt spørsmål.

Vedlegg 6. Intervjuguide 2

Intervjuguide runde 2

Pasienters opplevelser og nytteerfaringer av Startkurs før overvektsbehandling

Tema	Spørsmålsformulering
Velkommen	<ul style="list-style-type: none">• Jeg ønsker velkommen.• Litt uformell prat.• Praktiske opplysninger om tid.• Si igjen at jeg setter stor pris på at de tar seg tid til å være med på studien.
Forventninger	<ul style="list-style-type: none">• <i>Se spørsmål til den enkelte kandidat</i>
Spørsmål knyttet til behandlingsvalg (Empowerment)	<ul style="list-style-type: none">• Har du fått all den informasjonen du trengte?• På hvilken måte har Startkurset bidratt med at du vil få et godt resultat på sikt?• Hvordan har gruppesamtalene hjulpet deg ift din endringsprosess?• Kan du si noe om hvordan dine forventninger til resultatet av behandlingen har endret seg siden starten av kurset?• Føler du noen grad av maktesløshet?• Hva tenker du nå ift det å trå feil?
Spørsmål knyttet til endringsarbeidet	<ul style="list-style-type: none">• Hva tenker du ift å gjøre endringer i levevaner framover?• Hvilke verktøy har du fått ift endringsarbeidet?• På hvilken måte føler du deg rustet for det som skal skje?• Hva legger du egentlig i ordet rustet?• Hva motiverer deg nå?• Hva tror du kan hjelpe deg nå?
Spørsmål knyttet til betydningen av å være en del av gruppen / støttende nettverk	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke forventninger har du til gruppen nå som kurset er ferdig?
Nutrition Literacy	<ul style="list-style-type: none">• På hvilken måte har kurset gjort at du har endret syn på hvor du skal innhente kostholdsinformasjon?• På hvilken måte har kurset bidratt til at du har fått bedre forståelse for hva som er sunn ernæring?• Har du i løpet av kurset blitt mer kritisk til kvaliteten på alle kostholdspåstander du leser eller hører om?• Føler du at du forstår hele bildet og at dette vil hjelpe deg ift endringsprosessen?
Health Belief Model	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke utfordringer opplevde som kursdeltaker?• Var det vanskelig for deg å møte opp på alle kursdagene?

- Hva bekymrer deg nå i forbindelse med den forestående behandlingen – om noe?
 - Hva mener du nå kan komme til å hindre deg i å gjennomføre behandlingen?
 - På hvilken måte har støtten fra folk rundt deg forandret seg ilt kurset?
 - Ser du nå for deg flere fordeler ved den forestående behandlingen?
 - Har det kommet opp andre evt flere eventuelle ulemper ift den forestående behandlingen?
 - Er det andre hindre som har kommet opp som gjør det vanskelig for deg å lykkes med å oppnå permanent vektreduksjon på sikt etter behandlingen?
 - Er det ellers noe du vil kommentere ift kurset?
 - Hva kan Bærum sykehus gjøre for å sørge for at deltakerne får enda mer nytte av kurset?
 - Er det noe informasjon du har savnet?
- Informantens tilføyelser**
- Avslutning**
- Takke igjen for at informanten stilte opp til intervju, og at deres bidrag er betydningsfullt.
 - Informere om at de kan kontakt meg ved evt spørsmål.

Oppfølgingsspørsmål fra første intervjurunde til den enkelte kandidat

- Informant 1**
- Syns du at du har fått trygg og god informasjon?
 - Kan du da et informert behandlingsvalg?
 - Har du klart å møblere hodet ditt? Er du klar for en snuoperasjon?
 - Ift hva Bærum sykehus kan bidra med så sa du at de skulle fortsette å informere så godt som de hadde gjort så langt, de skulle fortsette å være åpne for andre muligheter og utvise faglig kompetanse. Er dette innfridd syns du?
 - Er du fortsatt i gang med endringene dine, og er like motivert?
 - Du hadde litt sånn ”her og nå” tangegang ift det å være en del av en gruppe. Har det endret seg?
- Informant 2**
- Har du fått den drahjelpen du sa du ønsket deg?
 - Du sa du vil bruke kurset til å ta et informert behandlingsvalg. Har det innfridd?
 - Tror du nå at du vil lykkes?
 - Har du fått alle den informasjon du trenger?
 - Hvor er du i endringsprosessen? Du hadde så vidt begynt sist?
 - Er du fortsatt motivert?
 - Ift gruppen, sist sa du både ja og nei. Er den viktig for deg nå?
 - Du savnet mer faglig kunnskap sist. Har du fått den nå?
 - Føler du hodet ditt er mer med?
- Informant 3**
- Du hadde en forventning om at kurset skulle hjelpe deg i den prosessen du skal gjennom. Har kurset innfridd?
 - Har du fått nok informasjon til å kunne ta et informert behandlingsvalg?

- Har du fått tips og råd til å legge om kostholdet, noe du sa du ønsket deg?
- Syns du ”psykologidelen” – som du kalte det, i dette kurset har hjulpet deg?
- Du hadde gått ned mye i vekt sist pga små grep. Har du fortsatt med disse endringene?
- Du sa at alle i gruppa må bidra for at det skal bli vellykket. Har alle bidratt?
- Er det nå betydningsfullt for deg å være en del av denne gruppen?
- Har du fått informasjon om hva som skjer i kroppen ift matinntak, syns du?
- Du synes en tøff nøtt å knekke er dette ift middagslaging i en travel hverdag. Er du bedre rustet og bedre forberedt nå, syns du?
- Hvordan har din motivasjon til å endre levevaner endret seg ila kurset?
- Er du nå i stand til å ta et informert behandlingsvalg?
- Sist var i gang med tankeprosessen ift endringer. Er du i gang med endringer nå?
- Syns du at du har lært noe om hva som skjer i kroppen når du spiser? Hvis ikke, syns du det er dumt at du ikke har lært det?
- Har du valgt å dele dette med flere?
- Sist sa du at du syntes brukerpanelet var spennende. Er du fortsatt av den oppfatning?
- Hvordan har din motivasjon til å endre levevaner endret seg ila kurset?
- Hvor betydningsfullt vil du si det har vært å være del av et støttende nettverk?

Informant 4

Informant 5

- Har du ila kurset blitt mentalt forberedt på det du skal gjennom?
- Du var veldig positiv ift kurset sist, er du fortsatt det?
- Er du i stand til å kunne ta et informert behandlingsvalg?
- Har du konkludert med type behandling?
- Hvor er du i endringsprosessen? Du hadde så vidt begynt sist.
- Du ønsket å bli ”mer reflektert rundt problemstillingen”. Er du blitt det?
- Er det fortsatt like viktig for deg å være en del av gruppen?
- Er du like motivert?

Informant 6

- Er du blir bedre mentalt forberedt til operasjon?
- I hvilken grad opplever du at du kan ta et informert behandlingsvalg?
- Du får jo litt ”mental hjelp” ved siden av kurset, syns du kurset har gitt det noe nyttig drahjelp ift det mentale?
- Sist gikk det litt opp og ned ift endringer. Hvor er du nå?
- Er du fortsatt motivert?
- Tror du at du har fått nok drahjelp til å kunne lykkes?
- Du hadde ikke så mange forventninger til gruppen sist. Hva tenker du nå om å være en del av dette nettverket?
- Har du fått en økt bevissthet rundt situasjonen din ila kurset?

Informant 7

- Du hadde ikke så mange forventninger til kurset i begynnelsen, annet enn å få noen verktøy til å gjennomføre endringene som må til. Har du fått det?
- Er du i stand til å kunne ta et informert behandlingsvalg?
- Hvor er du i endringsprosessen nå?
- Er det fortsatt betydningsfullt for deg å være del av et støttende nettverk?
- Du sa at den mentale biten kan hindre deg i å lykkes med en permanent vektreduksjon. Tenker du fortsatt sånn?
- Har du oppnådd bedre selvkontroll ilt kurset, synes du?
- Hvor motivert er du nå ift starten av kurset?

Informant 8

- Har du fått nok informasjon om de ulike behandlingmulighetene?
- Hva tenker du nå om å være del av denne gruppa?
- Hvor er du i endringsprosessen? Har du begynt å spise mer etter klokka, som var målet sist?
- Opplever du å få mer støtte hjemme nå?
- Har du valgt å fortelle flere?
- Har ditt syn på deg selv endret seg – sist sa du at du ikke kunne se på deg selv som tynn?
- Du kjente litt irritasjon på kurset sist, har det endret seg?
- Hvor motivert er du nå ift starten av kurset?

Vedlegg 7. Eksempel på et transkribert intervju

Et utdrag av det andre intervjuet med informant 8.

Brukerpanel

Sosial støtte i gruppen

P: Det eneste jeg kunne tenkt meg som jeg snakka med ei annen i stad er at...eh...alle som vi har hatt inn her har vært veldig fornøyde. Ehm...Det hadde jo vært kanskje greit å hørt...eh...litt bakside, også...

I: På brukerpanelet altså..?

P: Ja.....Også...som han ene sa i dag at det hadde vært greit å møtt noen som ikke bare var operert for et år sida. Men som kanskje var operert for fem eller ti års sida.....Åssen det fortsatt går. Det hadde vært veldig lærerikt.

I: Ja, det er det flere som har sagt. Men har kurset på noen måte bidratt med at du vil...hjelp deg med å få et godt resultat på sikt, tror du?

P: Ja, jeg håper det.

I: Mm....Det har gitt deg noen verktøy..? Eller...?

P: Ja...Jeg tror egentlig det viktigste er fellesskapet med de andre. Jeg har fått en støttegruppe (smiler). 2.*

I: Ja, nettopp. Og hva slags forventninger har du til den da framover?

P: Ehm...alle bor jo veldig spredt, eller ikke veldig spredt, men spredt nok da...eh...så jeg har forventning...om...eh...pepping og morsomme oppdateringer på Facebook og sånn. Også kanskje klare å møtes...to...et par ganger...tre ganger i året eller noe sånt. At man liksom kan...ja...

I: Så den er viktig for deg...? For jeg husker jo det at du delte jo ikke dette her med så mange, så tror du det...?

P: Ja, jeg tror kanskje det kan bli...et viktig...verktøy.

I: Ja, så bra. Hva med disse gruppesamtalene dere har hatt da. Har det hjulpet deg noe?

P: (tenker) Ehm....Ja....Ehm....Det har vært nyttig.

I: Mmm. På hvordan....kan du beskrive det noe mer....?

P: Nei....det er....man kan ta opp ting som man kanskje ikke kan ta opp med....skal jeg være stygg....sin tynne venninne....(ler). Fordi...disse her som er her, de kan relatere seg til ting som jeg ikke kan diskutere med andre...

I: Ja, ja...nei, men det er...

P: ...som er....en forskjell...egentlig...

I: Ja, jeg skjønner det godt.

P: Man kan senke skuldrene litt...

* Tallet 2 viser hvilken kategori denne informanten blir plassert i under temaet ”sosial støtte i gruppen”. Informanten har skiftet mening siden det første intervjuet og blir dermed plassert i kategorien ”Blir mer positiv til den sosiale støtten i løpet av kurset”.