

# Masteroppgave

Empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2023

«En kvalitativ studie om frisklivssentralens deltakere  
og deres syn på veiledning ved vektreduksjon»

Kandidatnavn: Eline Andersdatter Rønningen  
Emnekode: MAVIT 5900

Antall ord: 23 719

**Fakultet for helsevitenskap**  
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## FORORD

Ett år med masterskriving er nå kommet til en ende. Det føles nesten uvirkelig å skulle levere fra seg oppgaven, som har vært en så stor og viktig del av livet i en lang stund. Nå ønsker jeg å rette fokus mot noen viktige personer som har vært helt avgjørende for denne studien.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min dyktige veileder, førsteamanuensis Marita Nordhaug, som har vært en viktig støttespiller gjennom hele prosessen. Tusen takk for din tålmodighet, dine motiverende ord og for din positive innstilling til studien. Takk for at du har besvart mine mange spørsmål og vært en viktig trygghet for meg. Du har virkelig gitt meg styrke og tro på meg selv dette året. Jeg kunne ikke hatt en bedre veileder, tusen takk for samarbeidet!

Jeg ønsker også å takke alle deltakerne som har stilt opp til intervju. Tusen takk for at dere delte personlige erfaringer og tanker med meg. Jeg setter stor pris på tilliten dere viste og at dere tok dere tid til å delta. En stor takk også til veilederne på frisklivssentralene som bidro i rekrutteringsarbeidet. Til tross for en hektisk hverdag satt dere av tid til å bli kjent med studiens formål og til å rekruttere aktuelle deltakere. Dette er jeg utrolig takknemlig for! Til slutt ønsker jeg å takke kjæresten min, Paal. Tusen takk for oppmuntrende ord, god støtte og ikke minst tålmodigheten du har vist meg gjennom et travelt år med mye skriving.

Etter et spennende år med masterskriving sitter jeg igjen med mange følelser. Først og fremst følelsen av verdifull lærdom og faglig utvikling. Jeg har hatt en bratt læringskurve, selvsagt med utfordringer på veien, men desto mer stas å fullføre. Jeg sitter også igjen med følelsen av stolthet. Jeg er stolt av meg selv og hva jeg har fått til. Det å arbeide hovedsakelig alene om et så stort prosjekt har både vært givende og lærerikt, men har også bydd på en stor mengde arbeid. Derfor er det nå stort å sitte igjen med sin egen studie og et fullført masterprosjekt.

Takk OsloMet for to lærerike år. Nå er jeg klar for nye, spennende utfordringer!

*Eline Andersdatter Rønningen*

Oslo, mai 2023

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Overvekt er et økende problem i Norge og anses som en stor folkehelseutfordring. For å snu vektutviklingen vi opplever, er det nødvendig å prioritere forebyggende tiltak, utredning og behandling av overvekt. Hensikten med denne studien er derfor å undersøke opplevelsen deltakerne ved frisklivssentraler har omkring veiledning de får i forbindelse med vektreduksjon. Derav følgende problemstilling «*Hva erfarer deltakere på frisklivssentralen at har betydning i veiledning i forbindelse med vektreduksjon?*»

**Metode:** Studien har et kvalitativt forskningsdesign, med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Dataene ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer, fra et utvalg bestående av syv deltakere fra fire ulike frisklivssentraler. Tematisk analyse ble benyttet for å analysere dataene.

**Teoretisk forankring:** Teori om empowerment og motivasjon benyttes for å belyse studiens problemstilling.

**Resultater:** Resultatene viste flere elementer ved veiledningen deltakerne mente var betydningsfullt; dette inkluderer trening i gruppe, faste avtaler å forholde seg til, forhåndsbestemt opplegg å delta på, samt anerkjennende veiledere. Deltakerne hadde ulike tanker rundt utfordringer og hva de savnet i veiledningen. Flere opplevde kostholdsendringer som krevende, og ønsket derfor mer personlig rettet kostholdsveiledning. I tillegg ønsket de en lang periode med oppfølging hos frisklivssentralen og flere muligheter til å benytte seg av kurs og treninger ukentlig.

**Konklusjon:** Det å være del av en treningsgruppe, ha anerkjennende veiledere, samt ha faste avtaler og et opplegg å møte opp til ser ut til å ha positive effekter for vektreduksjon, da dette ser ut til å fremme motivasjon og empowerment hos deltakerne. Streng og umotiverende veiledere virker å ha negative konsekvenser for fremgangen i en vektreduksjonsprosess, da motivasjon og mestringstro blant deltakerne svekkes. Personlig rettet kostholdsveiledning, lang oppfølgingsperiode, samt mulighet til å delta på treningsgrupper og kurs flere dager i uka på frisklivssentralen ser ut til å kunne gjøre deltakernes vektreduksjon mer gjennomførbar.

**Nøkkelord:** Frisklivssentral, Overvekt, Veiledning, Folkehelse, Helsefremmende arbeid

## ABSTRACT

**Background:** Overweight is a growing problem in Norway and is considered a major public health challenge. In order to reverse the weight trend, it is necessary to prioritize preventive measures, assessment and treatment of overweight. The purpose of this study is to examine the experience of the participants at healthy life centres (HLC) regarding the guidance they receive for overweight. Hence the following research question “*What do participants at HLC experience as significant in guidance aimed at weight reduction?*”

**Methods:** The study has a qualitative research design, with a phenomenological-hermeneutic approach. The data is collected through semi-structured interviews. The sample consists of seven participants from four different healthy life centres in eastern parts of Norway. Thematic analysis was used to analyze the data.

**Theory:** Theory about empowerment and motivation are used to illuminate the study’s research question.

**Findings:** The results showed several common features related to what the participants thought was useful in the guidance they received aimed at weight reduction. This includes group training, regular appointments, a predetermined scheme to participate in and supervisors which supports and acknowledges. Several participants found it demanding to make dietary changes and therefore wished for a more personally directed dietary guidance. In addition, they wished for a long period of follow-up on the HLC and more alternatives to make use of courses and work out sessions weekly.

**Conclusion:** To be part of a training group, having appreciative supervisors, regular appointments, and a deliberate plan to follow seems to have positive effects for weight reduction. This seems to promote motivation and empowerment in the participants. Strict and unmotivating supervisors seems to have negative consequences for the progress in a weight reduction process, as motivation and self-efficacy are weakened. Personalized diet guidance, a long period of follow up and more opportunities to participate in activities at the HLC seem to make the participants weight reduction more feasible.

**Key words:** Healthy Life Centre, Overweight, Guidance, Public health, Health promotion work

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.2 OVERVEKT SOM ET FOLKEHELSEPROBLEM .....	2
1.3 FOREBYGGING AV OVERVEKT.....	2
1.4 RELEVANT FORSKNING.....	3
1.4.1 Brukerinvolvering.....	5
1.4.2 Hjelp og støtte .....	6
1.4.3 Veiledning og veiledningsmetoder .....	7
1.4.4 Videre forskning og grunnlag for studien .....	7
1.5 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....	8
1.6 AVKLARINGER .....	9
1.7 OPPGAVENS STRUKTUR.....	9
<b>2 TEORETISK FORSTÅELSESRAMME .....</b>	<b>10</b>
2.1 OVERVEKT.....	10
2.2 FRISKLIVSSENTRAL .....	11
2.3 VEILEDNING .....	12
2.3.1 Helsepedagogikk.....	13
2.4 EMPOWERMENT .....	14
2.5 MOTIVASJON.....	16
<b>3 METODE.....</b>	<b>19</b>
3.1 VITENSKAPSTEORETISKE PERSPEKTIVER .....	19
3.2 KVALITATIVT DESIGN .....	20
3.3 FORFORSTÅELSE .....	21
3.4 INTERVJUGUIDE.....	22
3.5 UTVALG OG REKRUTTERING .....	23
3.5.1 Presentasjon av deltakerne .....	24
3.6 DATAINNSAMLING .....	25
3.7 ANALYSEMETODE .....	26
3.8 ETISKE OVERVEIELSER .....	35
3.8.1 Forskningsetiske retningslinjer .....	35
3.8.2 Informert samtykke, konfidensialitet og anonymitet .....	36
3.8.3 Maktforhold og gruppesårbarhet.....	36
<b>4 RESULTATER.....</b>	<b>38</b>

4.1 UTEN DEN GRUPPA HADDE DET IKKE BLITT NOE TRENING .....	38
4.2 FASTE AVTALER OG FERDIG PLANLAGT OPPLÉGG ER GULL .....	41
4.3 DET HJELPER LITE MED KJEFTING OG HARD PUSHING – SMIL OG MOTIVERENDE ORD GJØR SUSEN.....	42
4.4 DET MESTE ER BRA, MEN FOR Å SETTE FINGEREN PÅ NOE.....	44
<b>5 DISKUSJON .....</b>	<b>48</b>
5.1 DELTAKERNES SYNSPUNKT PÅ HVA SOM FUNGERER I VEILEDNINGEN .....	48
5.1.1 <i>Gruppe</i> .....	49
5.1.2 <i>Veileder</i> .....	52
5.1.3 <i>Forhåndsbestemt opplegg</i> .....	54
5.2 DELTAKERNES SYNSPUNKT PÅ UTFORDRINGER OG MANGLER I VEILEDNINGEN .....	56
5.2.1 <i>Kosthold</i> .....	56
5.2.2 <i>Oppfølgingsperiode og flere muligheter for deltakelse</i> .....	59
5.3 DISKUSJONSOPPSUMMERING.....	62
5.4 METODEDISKUSJON .....	63
5.4.1 <i>Pålitelighet og gyldighet</i> .....	63
5.4.2 <i>Overførbarhet</i> .....	66
5.4.3 <i>Refleksivitet</i> .....	67
<b>6 KONKLUSJON.....</b>	<b>68</b>
6.1 IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING.....	68
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>69</b>
<b>VEDLEGG.....</b>	<b>74</b>

## **Oversikt over tabeller**

Tabell 1 .....	4
Tabell 2 .....	25
Tabell 3 .....	31
Tabell 4 .....	32
Tabell 5 .....	33
Tabell 6 .....	33
Tabell 7 .....	34

## **Oversikt over vedlegg**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv (samtykkeskjema)

Vedlegg 3: Godkjenning fra Sikt

Vedlegg 4: ROS-skjema

Vedlegg 5: Matriser

# 1 INNLEDNING

I dette kapittelet vil jeg starte med å presentere studiens bakgrunn og relevans. Et utvalg av eksisterende forskning nærliggende oppgavens problemstilling vil deretter legges frem. Videre vil leser settes inn i formål og problemstilling, før avklaringer og oppgavens overordnede oppbygning til slutt presenteres.

## 1.1 Bakgrunn

Som student ved masterlinjen «Empowerment og helsefremmende arbeid» er jeg interessert i helsefremmende tiltak som kan bidra til å bedre landets folkehelse. Norges sykdomsbilde er i dag dominert av ikke-smittsomme sykdommer, som til sammen forårsaker rundt 87% av landets totale sykdomsbyrde. Helseatferd og vaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold, alkohol og røyking har stor betydning for de ikke-smittsomme sykdommene (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 8 og 41). Ifølge Mæland (2021) er overvekt et økende problem i Norge og anses per nå som en av de store folkehelseutfordringene. Dette grunnet sykdommene og helseplagene som assosieres med vektutfordringene (s. 175). For å kunne snu den vektutviklingen vi nå står ovenfor, blir det helt nødvendig å prioritere forebyggende tiltak, utredning og behandling av overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2011, s. 3). I Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga - «*Nasjonale strategier for utjamning av sosiale helseforskjeller*», legges det vekt på prioritering av folkehelsearbeidet og innsatsen mot de sosiale helseforskjellene i landet (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 8). I meldingen blir det beskrevet hvordan forekomsten av overvekt og fedme varierer med utdanning og familieforhold, og at det er store sosiale og geografiske ulikheter. Med tanke på overvekt og fedme blir det helt nødvendig å tilrettelegge for strukturelle tiltak på befolkningsnivå som gjør det lettere å ta gode valg knyttet til kosthold og fysisk aktivitet, både i hverdagen og på fritiden. Samtidig er det viktig å legge vekt på arbeidet med å styrke livskvalitet og psykisk helse i befolkningen. Sentralt her blir tidlig innsats og god oppfølging i helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 63).

Kommunale lavterskeltilbud, som for eksempel frisklivssentraler, spiller derfor en viktig rolle i bekjempelse av folkehelseutfordringene i landet. Her kan deltakere få veiledning, strukturerte tilbud og oppfølging innen blant annet endring av kostholdsvaner og fysisk



aktivitet (Helsedirektoratet, 2022, s.10). Ifølge forskning utført av Følling et al. (2017) har det derimot vist seg å være utfordrende for overvektige personer å skulle endre levevaner via livsstilsendringstilbud (s. 6). Det fremstår derfor nyttig og samfunnsaktuelt å skulle utforske hvordan veiledning knyttet til vektreduksjon kan fungere best mulig i livsstilsendringstilbud. Dette utforskes i denne studien, ved å høre hva deltakerne som bruker slike endringstilbud selv mener fungerer og hva de mener bør være annerledes for at tilbudet skal tjene best mulig.

## 1.2 Overvekt som et folkehelseproblem

Gjennomsnittsvekten blant middelaldrende norske kvinner og menn har de siste 20 til 30 årene økt, slik at over halvparten av alle 40-åringere i dag er overvektige eller har fedme (Mæland, 2021, s. 175). Tall fra Folkehelse rapporten (2022) om overvekt og fedme, viser at bare 23% av menn og 42% av kvinner i alderen 40 til 49 år er normalvektige. Resten er enten overvektige eller har fedme (Meyer & Bergh, 2022). På bakgrunn av økningen i gjennomsnittsvekten blant befolkningen, ventes vekst i flere av livsstilssykdommene som særlig er knyttet til overvekt. På den andre siden er det ingen tvil om at en sunnere livsstil, med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner, kan bidra til forebygging av disse sykdommene (Mæland, 2021, s. 42).

Forebygging av overvekt er helt nødvendig og fremstår som en stor folkehelseutfordring. Utfordringene henger sammen med samfunnsutviklingen der de fysiske kravene i hverdagen minsker, samtidig som energitilførselen i mat og drikke øker (Mæland, 2021, s.175). I dagens samfunn er mat lett tilgjengelig, samtidig som den daglige fysiske aktiviteten er sterkt redusert grunnet digitalisering og mekanisering (Drevon & Blomhoff, 2012, s. 435). I tillegg til fysisk aktivitet og kosthold er forhold som miljø, sosialt nettverk og bosted avgjørende for individets muligheter til å etablere gode levevaner som forebygger utvikling av uønsket vektøkning (Helsedirektoratet, 2011, s. 21)

## 1.3 Forebygging av overvekt

I Helsedirektoratets nasjonale retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (2011) påpekes det hvordan forebygging av overvekt er et samfunnsansvar (s. 21). Folkehelsemeldinga (2022-2023) understreker at det er vilkårene i samfunnet som i stor grad påvirker levevanene våre (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 41). Tiltak på samfunnsnivå er derfor spesielt viktige, særlig rettet mot den delen av befolkningen som er

mest disponert for å legge på seg. Befolkningsrettet tiltak fremstår mer effektivt enn individrettet tiltak, likevel vil det være nødvendig å benytte seg av begge typer tiltak for å kunne gjøre noe med overvekt på samfunnsnivå (Meyer & Bergh, 2022). Selvom det er flere faktorer som har betydning for individuell risiko for overvekt, er det helt tydelig at det er de strukturelle faktorene som driver gjennomsnittsvekten i befolkningen oppover. Disse underliggende årsakene må adresseres - gjennom helseopplysning, samfunnsplanlegging for fysisk aktivitet, regler for markedsføring og gjennom pris- og avgiftspolitikken (Mæland, 2021, s. 175). Samfunnet må legge til rette slik at «de riktige valgene er de enkle valgene» for alle. Tilbud om regelmessig fysisk aktivitet og endring av kostholdsvaner gjennom kommunen, ser ut til å være gunstig for forebygging av overvekt (Helsedirektoratet, 2011, s. 8 og 23). Kommuner i Norge er pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetilbud til sine innbyggere. Frisklivssentraler er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på (Helsedirektoratet, 2022, s. 3). Detaljert beskrivelse om frisklivssentraler og deres funksjon er beskrevet i delkapittel 2.2.

#### 1.4 Relevant forskning

Litteratursøk er utført for å få et helhetlig bilde over hva som allerede finnes av forskning og hva som eventuelt mangler på forskningsfeltet. Søkene ble utført i perioden april til oktober 2022. Det ble i tillegg foretatt nye søk i januar, februar og mars 2023, med funn av flere forskningsartikler som fremsto relevant for denne studien. Det ble gjort litteratursøk i flere databaser, blant annet Medline, PubMed og Oria. Søkeordene som ble benyttet er presentert i tabell 1. I søket etter forskningsartikler ble det gjort begrensninger i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier: Årstallbegrensningen ble satt til år 2010 og oppover, for å sikre ny og relevant forskning. Artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk ble inkludert, andre språk ble ekskludert. Søkene inkluderte studier med begge kjønn, men med en aldersgrense på 18 år. Kun vitenskapelige artikler fra fagfelleverderte tidsskrift ble inkludert.

Til eksempel resulterte søk på «frisklivssentral» i Oria, med begrensninger i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier, i fire treff. På samme sted fikk søkeordet «livsstilsendring» 19 treff, mens kombinasjonen «livsstilsendring og overvekt» fikk fire treff. Søkeordene «veiledning og livsstilsendring» resulterte også i fire treff hos Oria. I databasen PubMed ga søket «healthy life centre» syv treff. Kombinasjonen «healthy life centre and overweight» ga ett treff, mens «user involvement and life style interventions» resulterte i fire.

Søk på «overweight» AND «healthy life centre» resulterte i ett treff hos Medline, mens «healthy life centre» resulterte i 14 treff.

Tabell 1:

*Søkeord benyttet i litteratursøk.*

Norske søkeord	Engelske søkeord
Frisklivssentral	Healthy life centre
Overvekt	Overweight
Folkehelse	Public health
Fysisk aktivitet	Physical activity
Livsstilsendring	Lifestyle change
Livsstilsintervensjoner	Life style interventions
Atferdsendring	Behaviour change
Veiledning	Guidance
Brukerinvolvering	User involvement

I tillegg undersøkte jeg forskningsartikler som ligger i frisklivssentralenes egne «idebank,» et supplement til Helsedirektoratets nettsider. Jeg var også interessert i å se hva som allerede var skrevet av masteroppgaver, og gjorde derfor søk i flere universitets- og høyskoledatabaser; til eksempel i Oslo Mets arkiv «ODA», Høyskolen i Innlandets database «Brage» og i arkivet til Norges Idrettshøyskole. Referanselister tilhørende de ulike kildene jeg har brukt, ble også et nyttig utgangspunkt for å finne ytterligere relevante artikler og bøker.

Den første frisklivssentralen i Norge ble etablert i 1996 i Modum kommune i Buskerud, og av den grunn har forskning på dette området først oppstått etter 1996 (Ekornrud, 2016; Helsedirektoratet, 2022). Endel av den forskningen som hittil er utført på frisklivssentralene i Norge, undersøker hvorvidt atferdsendring blant deltakerne knyttet til ernæring og fysisk aktivitet etter endt periode på frisklivssentralen opprettholdes (Blom et al., 2020; Samdal et al., 2017). Forebygging av diabetes type 2, overvekt og fedme, emosjonell bagasje i forhold til livsstilsendring, søke hjelp til endring av livsstil og brukerinvolvering er andre temaer tidligere studier knyttet til frisklivssentraler har undersøkt (Følling et al., 2015, 2022; Gjertsen et al., 2021; Salemonsens et al., 2018, 2020b, 2020a).

De utvalgte studiene som anvendes i denne oppgaven er plukket ut basert på relevans for problemstillingen, slik at de kan være med å belyse temaet og berike oppgaven best mulig. De fleste inkluderte artikler som brukes i oppgaven er kvalitative, mens to er kvantitative og to er systematiske oversiktsartikler. Til eksempel ser en av de kvalitative studiene nærmere på deltakernes tidligere livsopplevelser og hvordan disse virker inn på livsstilsendringen deres på frisklivssentralen (Følling et al., 2015). En av de kvantitative studiene undersøker hvordan intervensjoner i forbindelse med atferdsendring på frisklivssentralen positivt påvirker deltakernes kosthold, samt evaluering av hva som påvirker sunne- og usunne spisevaner (Samdal et al., 2022). Den ene systematiske oversiktsartikkelen undersøker hvordan deltakere i rehabiliteringssituasjoner, blant annet i forbindelse med fysisk og psykisk funksjonsnivå, opplever delt beslutningstaking når mål skal settes (Rose et al., 2017). I de kommende avsnittene følger en noe mer utdypende presentasjon av forskningen som er inkludert i oppgaven. Jeg har valgt å presentere forskningen under følgende tre hovedoverskrifter; 1) brukerinvolvering, 2) hjelp og støtte, 3) veiledning og veiledningsmetoder.

#### 1.4.1 Brukerinvolvering

«Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway» er en studie skrevet av Sagsveen et al. i 2018 som utforsker brukerinvolvering blant brukere ved frisklivssentraler i Norge. Studien baserer seg på 20 semistrukturerte individuelle intervjuer. Resultatene i studien viser at det å bli respektert og ha et tillitsfullt forhold til de ansatte, var helt essensielt for brukerinvolveringen. For noen av brukerne ble dette tillitsfulle forholdet forstyrret av mangel på relasjonell kontinuitet. Samtidig kom det frem at brukernes prefererte nivå av brukerinvolvering varierte; ikke alle ønsket å spille en aktiv rolle, men ønsket heller at helsepersonellet, «ekspertene,» skulle bestemme for dem (Sagsveen et al., 2018).

Salemonsens et al. har også undersøkt brukerinvolvering ved frisklivssentraler, men fra helsepersonellens perspektiv. I studien «Understanding beneficial self-management support and the meaning of user involvement in lifestyle interventions: a qualitative study from the perspective of healthcare professionals» skrevet i 2020, intervjues to fokusgrupper hver bestående av ti helsepersonell fra åtte ulike frisklivssentraler i Norge. Målet var å utforske hvordan helsepersonell gir brukerne støtte til selvledelse og hva brukerinvolvering innebærer for dem. Studien konkluderer med at helsepersonell på frisklivssentraler ser på brukerne som

likeverdige partnere i et samarbeid basert på delt ansvar, bekreftelse og generøsitet. For å kunne hjelpe brukerne, involverer praksisen deres høyt nivå av etisk bevissthet og en ikke-dømmende holdning. Videre konkluderer studien med at helsepersonell på frisklivssentraler ser brukernes eksistensielle behov og har lært seg hvordan å møte andre på sitt mest sårbare, som det kan være å skulle søke hjelp for «feil livsstil» (Salemonsens et al., 2020a). I studien «Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres – A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity» utforskes samme tema, men denne gangen fra deltakere med overvekt eller fedme, sitt synspunkt. Studien baserer seg på semistrukturerte dybdeintervjuer med 13 brukere. Konklusjonen sier at brukernes aktive deltakelse, annerkjennelse og støtte over lang tid fra helsepersonell ser ut til å støtte selvledelse og brukerinvolvering, noe som kan være suksesskriterier i en livsstilsendring. Videre legger studien til at langvarig oppfølingsstøtte er nødvendig. (Salemonsens et al., 2020b).

#### 1.4.2 Hjelp og støtte

«Previous life experiences and social relations affecting individuals wish for support when establishing healthy habits – a qualitative study of Norwegians Healthy Life Centre participants » er en studie fra 2021 skrevet av Gjertsen et al. I studien undersøkes det om brukernes tidligere bakgrunn har noe å si for den støtten de trenger for å kunne endre helsevaner ved hjelp av frisklivssentralen. Brukernes tidligere livserfaringer og sosiale relasjoner blir undersøkt, for så og se om bakgrunnen har noe å si for hvor mye støtte de ønsker å motta fra helsepersonellet. 49 brukere ble intervjuet i individuelle semistrukturerte intervjuer. Studien konkluderer med at behovet for hjelp fra helsepersonell kan være ulikt hos brukere i prosessen der helsevaner skal etableres, og dette kan være basert på tidligere livserfaringer og nåværende sosiale relasjoner (Gjertsen et al., 2021).

I studien «Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for perceived “wrong” lifestyle – a qualitative interview study» av Salemonsens et al. i 2018 ble 13 deltakere intervjuet i semistrukturerte dybdeintervjuer. Målet var å utforske hvordan brukere ved frisklivssentraler opplever det å leve med overvekt eller fedme, samt hvordan det er å søke hjelp til endring av ernæring- og aktivitetsvaner. Studien konkluderer med at atferdsendring innen kosthold og fysisk aktivitet er vanskelig, da en følelsesmessig veksling mellom skam, skyldfølelse og stolthet påvirker evnen til å ta

personlig ansvar. Videre mener studien at det trengs en dypere forståelse av hver enkelt brukers oppfatning og opplevelse for å gi høykvalitets helsehjelp. Til sist peker studien på viktigheten av brukerens følelser og rollen følelser spiller i matinntak og inaktivitet (Salemonsens et al., 2018)

#### 1.4.3 Veiledning og veiledningsmetoder

«Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses» er en systematisk oversiktsartikkel skrevet fra 2017 av Samdal et al. Artikkelen inkluderer 48 studier, med til sammen 11 183 deltakere. Målet med oversiktsartikkelen var å forklare ulikhetene i resultater blant intervensjoner som skal fremme fysisk aktivitet og et sunt kosthold for voksne med overvekt og fedme. Dette ble gjort ved å utforske ulike effekter av teknikker innen atferdsendring og andre karakteristikk i intervensjoner. Resultatene i studien støtter både målsetting og egenkontroll av atferd som teknikker i veiledning av overvekt og fedme. Videre finner studien at personsentrert veiledning og autonomi, ser ut til å bidra til opprettholdelse av atferd over tid (Samdal et al., 2017).

I studien «It's not like a fat camp - A focus group study of adolescents' experiences on group-based obesity treatment» skrevet av Engström et al. i 2016 undersøkes motivasjonen til ungdom og unge voksne for å delta i gruppebasert fedmebehandling, samt sosiale og miljømessige faktorer som kan bidra til eller hindre livsstilsendring. Utvalget i studien bestod av tre fokusgrupper med 17 deltakere fra tre ulike behandlingsopplegg for fedme i Norge. Ett av disse behandlingsstedene var en frisklivssentral. Felles for behandlingsoppleggene var at de brukte motiverende intervju (MI) som læringsmetode. I konklusjonen kommer det frem at faktorer som bidrar til livsstilsendring er å oppnå og oppleve positive resultater, samt få støtte fra andre kursdeltakere og venner. Videre kommer studien frem til at faktorer som hindrer livsstilsendring blant annet er skyldfølelse, lite tiltro til personlige prestasjoner og ikke-støttende venner (Engström et al., 2016).

#### 1.4.4 Videre forskning og grunnlag for studien

I studien utført av Gjertsen et al. (2021) etterlyses flere studier som undersøker hvordan livsstilsintervensjoner i norsk primærhelsetjeneste er organisert og hvordan helsepersonell kan hjelpe deltakere med å fremme langvarige livsstilsendringer (s. 10). Salemonsens et al. (2018)

poengterer i sin forskning at det finnes få studier knyttet til livsstilsintervensjoner på frisklivssentraler i Norge, og at vi trenger bedre forståelse av brukernes opplevelser, perspektiver og oppfatninger for å forstå hvordan frisklivssentraler kan sørge for god støtte til å endre livsstil (s. 2). En studie utført av Samdal et al. (2018) undersøker hvem frisklivssentralenes deltakere er, hvorfor de deltar og hvordan de er motivert. I studien kommer det blant annet frem hvor viktig det er å identifisere hvordan frisklivssentraler kan utvikle intervensjoner som virker (s. 775).

Ut ifra er dette er tydelig at mer forskning rundt organisering av livsstilsintervensjoner, samt forskning rundt deltakernes opplevelser og oppfatninger av innholdet på frisklivssentraler er ettertraktet for å kunne utvikle gode intervensjoner som virker. Dette tatt i betraktning, ser jeg det som relevant å undersøke hva deltakerne som får veiledning tilknyttet overvekt ved frisklivssentraler selv mener om den veiledningen de mottar. Hva fungerer, og hva fungerer eventuelt ikke i veiledningen deres? Hva trenger de eventuelt mer av for at veiledningen skal fungere optimalt? Hva er viktig for dem i veiledningen? Disse spørsmålene danner opphav for masteroppgavens problemstilling.

### 1.5 Formål og problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke erfaringene deltakerne ved frisklivssentraler har omkring veiledning de får i forbindelse med vektreduksjon. Formålet med oppgaven vil være å berike og utdype kunnskapen innenfor fagområdet veiledning, knyttet opp mot vektreduksjon – med fokus på frisklivssentraler. Dette for å få et innblikk i hva overvektige deltakere selv mener trengs i veiledningssammenheng knyttet til vektreduksjon, slik at vi på lang sikt kan ha mulighet til å hjelpe enda fler og dermed redusere folkehelseutfordringen vi står ovenfor knyttet til overvekt.

Oppgavens problemstilling er som følger: *«Hva erfarer deltakere på frisklivssentralen at har betydning i veiledning i forbindelse med vektreduksjon?»*

Videre er det formulert to forskningsspørsmål for å begrense og tydeliggjøre studiens hensikt:

- Hva mener deltaker er god veiledning i forbindelse med vektreduksjon?
- Hva oppleves som utfordrende eller mangelfullt i forbindelse med veiledningen rundt vektreduksjon?

## 1.6 Avklaringer

Personer som deltar på frisklivssentralen blir omtalt på ulike måter, blant annet som brukere og som deltakere (Helsedirektoratet, 2022; Tveiten, 2020, s. 69). Jeg velger i denne masteroppgaven å benytte begrepet «deltaker» om studiens informanter og i omtalelse av deltakere på frisklivssentraler. I tilfeller der jeg refererer direkte til bøker eller artikler der ordet «bruker» er benyttet, har jeg valgt å la dette stå.

Jeg ønsker å presisere at jeg i denne oppgaven ikke legger vekt på deltakernes kroppsmasseindeks eller vektresultater. Det eneste kravet til deltakerne i studien er at de får veiledning knyttet til vektreduksjon. De blir aldri spurt om vektrelaterte tall i noen forstand – dette er irrelevant for oppgavens fokus. Fokuset ligger i stedet på veiledningens innhold og hva deltakerne tenker er hensiktsmessig som del av god veiledning knyttet til vektreduksjon.

## 1.7 Oppgavens struktur

Hovedkapittel én inneholder bakgrunn og relevans for oppgaven, tidligere forskning, hensikt, formål og problemstilling. Til slutt følger avklaringer knyttet til oppgaven. I hovedkapittel to blir de teoretiske perspektivene empowerment og motivasjon presentert. I tillegg til relevant teori for oppgavens tema. Hovedkapittel tre inneholder metodedelen. Her beskrives blant annet vitenskapsteori, metode, utvalg, datainnsamling, analyse og etikk. I hovedkapittel fire presenteres studiens resultater. Neste hovedkapittel, nummer fem, inneholder drøfting av funnene i lys av tidligere forskning og teori. Deretter følger en metodediskusjon. Det siste hovedkapittelet, nummer seks, inneholder en konklusjon med forslag til videre undersøkelser og studier. Til sist i oppgaven finnes litteraturliste og vedlegg.



## 2 TEORETISK FORSTÅELSESRAMME

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant teori og tematikk i henhold til oppgavens problemstilling. Først legges det frem en teoretisk presentasjon av overvekt, frisklivssentraler og veiledning. Dette er teori som fremstår relevant for å sette seg inn i oppgavens tematikk. Videre følger teori om empowerment og motivasjon, som er to sentrale perspektiver innen helsefremmende arbeid. De to perspektivene utgjør det teoretiske rammeverket i studien.

### 2.1 Overvekt

World Health Organization definerer overvekt som kroppsmasseindeks (KMI) på mellom 25 og 29,9 (WHO, 2021). KMI beregnes ved kroppsvekt målt i kg/høyde m<sup>2</sup> (Mæland, 2021, s. 174). Overvekt skyldes et større energiinntak enn energiforbruk. Det er flere elementer som påvirker regulering av matinntaket i forhold til energiinntaket, deriblant både arvelige og miljømessige faktorer (Drevon & Blomhoff, 2012, s. 24). Gjennom ulike studier kan det se ut til at arvelighet kan forklare 50-90% av variasjonen i kroppsvekt, noe som vil si at de som er arvelig disponert er mest utsatt for overvekt. Mer enn 400 gener ser ut til å kunne påvirke energistoffskiftet, appetitt og spontan fysisk aktivitet. I tillegg vil miljømessige faktorer som røyking, medikamenter og sosioøkonomisk status også spille inn (Drevon & Blomhoff, 2012, s. 436-437). Ifølge Mæland (2021) er til eksempel overvekt vanligere i lavere sosioøkonomiske lag, både blant barn og voksne (s. 175). Birketvedt (2000) forklarer hvordan oppnåelse av en fysiologisk vektreduksjon vil innebære reduksjon av energitilførselen, samt økning i energiforbruket. Utøvelse av fysisk aktivitet kombinert med et sunt kosthold er derfor den beste behandlingen av overvekt (s. 22 og 33).

Overvekt er i seg selv ingen sykdom (Helsedirektoratet, 2011, s. 14). Derimot kan overvekt bidra til forverring eller fremkalling av en rekke sykdommer og uønskede tilstander. Eksempelvis er overvekt en tydelig risikofaktor for hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk, diabetes type 2 og flere kreftsykdommer (Mæland, 2021, s.174). Det er anslått at tre av ti krefttilfeller og åtte av ti hjerteinfarkt kan forebygges ved å endre fysisk aktivitet, kosthold og røykevaner. Diabetes type 2 er særlig knyttet til lite fysisk aktivitet og overvekt, og det er forventet en sterk vekst i antall diabetikere de neste årene – dersom ikke befolkningen i Norge blir mer fysisk aktive og slankere (Mæland, 2021, s. 42).

## 2.2 Frisklivssentral

Helsedirektoratet beskriver frisklivssentraler som kommunale sentraler der fokuset rettes mot endringsfokuset veiledning. Det overordnede målet er å fremme både fysisk og psykisk helse, samt forebygge eller begrense utvikling av sykdom (Helsedirektoratet 2022, s. 8). Tilbudet er for personer i alle aldre som har utviklet sykdom, eller som har økt risiko for å utvikle sykdom – og som derfor har behov for hjelp til å mestre helseutfordringer og til å endre levevaner. Helsetjenestene frisklivssentralen bidrar med skal være helhetlige og koordinerte, samt være med på utjevning av sosiale helseulikheter. Frisklivssentraler samarbeider også med andre tilbud og tjenester i kommunen og spesialhelsetjenesten, og leder brukere videre om aktuelt (Helsedirektoratet, 2022, s. 8). I perioden fra 2011 til 2019 har det vært en økning i antall kommuner som har etablert frisklivssentraler i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger. Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser hvordan antallet gikk fra 115 kommuner, inkludert bydeler i Oslo, i 2011 til 262 kommuner i 2019 med et etablert tilbud. Dette tilsvarer 60% av kommunene i Norge (Thonstad et al., 2020, s. 21).

Basistilbudet på frisklivssentralene består av veiledning innen kosthold, støtte til fysisk aktivitet og snus- og røykeslutt. Noen frisklivssentraler har også ressurser utover basistilbudet, som regel i form av veiledning rundt lettere psykiske plager, søvnvansker og risikofylt alkoholbruk. Helsedirektoratet anbefaler å ha både individuell- og gruppebasert veiledning på frisklivssentralene. Videre anbefaler de å ha kurs- og gruppetilbud både på dag- og kveldstid (Helsedirektoratet, 2022, s. 8-10). Personer kan enten bli henvist til frisklivssentralen av fastlege, annet helsepersonell eller NAV. Alternativt kan man selv ta direkte kontakt med frisklivssentralen (Thonstad et al., 2020, s. 40). Målet med perioden på frisklivssentralen er at deltaker styrker sin egen helsekompetanse, samt lærer seg metoder og verktøy som gjør det enklere å opprettholde helserelaterte endringer og mestre hverdagen. Perioden deltakerne på frisklivssentralen får strukturert oppfølging og veiledning varer i 12 uker (Helsedirektoratet, 2022, s. 10).

En av de vanligste grunnene til at folk oppsøker frisklivssentralen er overvekt, med et følgende ønske om hjelp til å forbedre kostholdsvaner, øke mengde fysisk aktivitet og takle muskel- og skjelettutfordringer (Salemonsens et al., 2018, s. 2). Ifølge Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler (2022), inneholder veiledningen på frisklivssentralen som er særlig relevant for overvektige deltakere nettopp dette; ernæring og

fysisk aktivitet. Videre beskriver Helsedirektoratet hvordan det i treningsgruppene samles personer med ulike helseutfordringer, diagnoser, fysisk form, alder og kjønn. I gruppene skal det tilrettelegges slik at deltakerne får utbytte av treningen, uavhengig av forutsetninger. Nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet skal ligge til grunn for veiledningen og treningen, noe som innebærer å bevisstgjøre viktigheten av å øke hverdagsaktiviteten og begrense stillesitting. Oppfølging og veiledning relatert til kostholdsendringer baserer seg på nasjonale kostråd, samt relevante nasjonalfaglige retningslinjer. Målet er å støtte deltakerne til å gjøre varige endringer i kostholdet sitt som kan bidra til bedre helse, forebygge sykdom eller gjøre dem i stand til å mestre hverdagen med sykdom bedre. Personer som har et sammensatt sykdomsbilde og som derfor kan ha behov for diagnosespesifikk kostholdsveiledning skal få dette av en klinisk ernæringsfysiolog. Det er fastlegen som har det medisinskfaglige ansvaret for sine pasienter. Veiledningen innen kosthold og fysisk aktivitet foregår gjennom individuelle helsesamtaler, temabaserte samlinger, ulike gruppetilbud, kurs og testing av fysisk form (Helsedirektoratet, 2022).

### 2.3 Veiledning

Ifølge Tveiten (2020) er veiledning en formell, pedagogisk og relasjonell istandsettingsprosess (s. 98) At prosessen er formell betyr at veileder har en formell rolle i prosessen, for eksempel gjennom jobb. Det pedagogiske aspektet ved definisjonen handler om at læring inngår i prosessen. Med det relasjonelle aspektet menes relasjon. Relasjonen bør være basert på tillit, fortrolighet, likeverd, støtte og annerkjennelse. Dette er viktig for å kunne utvikle bevissthet og mestring knyttet til egen helse (Tveiten, 2020, s. 100-101). Veiledning som prosess innebærer at makt og kunnskap omfordes fra veileder til brukeren. Kunnskap, holdninger og ferdigheter er nødvendig for å ta vare på egen helse. Veileder skal formidle kunnskap, undervise og legge til rette for oppdagelse. Videre er bruker ansvarlig for å anvende denne kunnskapen. Det er derfor viktig at veileder legger til rette for at bruker blir mottakelig for veiledning, slik at brukeren gjennom veiledningen blir i stand til å ta egne valg og til å ta kontroll over faktorer som berører egen helse (Tveiten, 2020, s. 98).

Videre forklarer Tveiten (2020) veiledning som en intervensjon eller metode i empowermentprosessen, der det skal legges til rette for at bruker på best mulig måte kan ta kontroll over forhold som berører eget liv og helse. Veiledere må tilrettelegge slik at bruker blir oppmerksom på disse forholdene, samt egne muligheter og ressurser når det gjelder

livskvalitet og helse (s.97). Videre beskriver Tveiten (2020) hvordan hensikten ved veiledning er å styrke brukers mestringskompetanse på eget liv gjennom refleksjon, læring og oppdagelse. Veileder skal gjennom dialog hjelpe bruker til å selv finne svar gjennom erkjennelse og refleksjon, noe som kan bidra til opplevelse av mestring. En forutsetning i veiledning, blir dermed at den som veiledes selv er aktiv (s. 101-102).

Dialog er hovedformen i veiledning. Det er mange måter å utføre dialog på, til eksempel gjennom motiverende intervju eller ved empatisk kommunikasjon (Tveiten, 2020, s. 101 og 129). På frisklivssentraler skal helsesamtalen mellom veileder og deltaker bygge på prinsipper fra motiverende intervju (Helsedirektoratet, 2022, s.11). Motiverende intervju er en samtalem metode der veileder utforsker motivasjonskreftene i en person (Barth et al., 2013, s. 13). Samtalem etoden kjennetegnes som målrettet, personsentrert og empatisk, og brukes særlig i samtale med mennesker som kan ha nytte av å gjøre endringer. Målet med en samtale basert på motiverende intervju, er å øke deltakers bevissthet omkring egen situasjon og motivasjon til å endre atferd (Helsedirektoratet, 2022, s. 13).

### 2.3.1 Helsepedagogikk

Helsepedagogikk omhandler alt som har å gjøre med læring, utvikling og veiledning når det gjelder helse. Hensikten med helsepedagogikk er å stimulere brukere av helsetjenester til å endre det forholdet de har til egen helse og livsstil, samt bidra til utvikling av brukernes mestringskompetanse og helsekompetanse (Tveiten, 2020, s. 14). Helsedirektoratet beskriver helsekompetanse som «personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet, 2011, s. 57). Ifølge Tveiten (2020) er det viktig at helsepersonell er bevisst brukers evne til å utvikle helsekompetanse, slik at helseinformasjonen formidles på en god måte. Dersom evnen til å utvikle helsekompetanse er begrenset, vil dette kunne redusere bruken av forebyggende helsetjenester og heller øke bruken av akutttilbud (s. 52). Helsepersonell har ansvar for å legge til rette for at mestringskompetanse og helsekompetanse styrkes hos bruker. Dette kan gjøres gjennom kunnskap, holdninger og ferdigheter knyttet opp mot ulike former for samhandling med brukerne – for eksempel veiledning, motiverende intervju, coaching og undervisning (Tveiten, 2020, s. 201-202).

## 2.4 Empowerment

Empowerment er et begrep som står sentralt i helsefremmende arbeid. Begrepet er vanskelig å oversette direkte til norsk, men forslag som brukermedvirkning, myndiggjøring, livsstyrketrening og egenkraftmobilisering benyttes i faglitteraturen (Tveiten & Boge, 2014, s. 15). Likevel er det foreløpig ingen norsk oversettelse som ikke reduserer begrepets fulle betydning og meningsinnhold (Tveiten, 2020, s. 35). I følge Tveiten og Boge (2014) er følgende definisjon av empowerment mye brukt i helsesammenheng: «å gi autoritet eller makt til noe, gjøre noen sterkere og mer betrodd, særlig med hensyn til deres eget liv og rettigheter» (s. 15-16). World Health Organization (2006) definerer empowerment som: «the process of increasing capacity of individuals or groups to make choices and to transform those choices into desired actions and outcomes» (s.17). Med tanke på denne studiens tema, kan empowerment ut fra dette forstås som en prosess der overvektige individer eller grupper øker kapasiteten sin til å foreta valg, for så å overføre disse valgene til ønskede handlinger.

Ifølge Mæland (2021) handler empowerment, som et helsefremmende begrep, om at enkeltindividet og fellesskapet skal få større kontroll og innflytelse på forhold som påvirker helsen. Dette betyr blant annet at folk skal kunne ta del i beslutninger som har konsekvenser for helsen, da opplevelsen av å ha kontroll over eget liv er viktig for mestringsevne og selvbildet. Dette vil igjen kunne påvirke mental og fysisk helse (s. 81). I stedet for at det kun er ekspertene som vet best, er det ønskelig at brukere også involveres gjennom hele prosessen (Tveiten, 2020, s. 41). I en helsefremmende sammenheng betraktes derfor brukere som aktive samarbeidspartnere. Når brukere blir trukket med på denne måten, skapes ofte selvforsterkende sosiale prosesser. Prosessene er med på å gi tilhørighet, identitet og økt selvfølelse. Gjennom en slik tankegang forutsettes det at ekspertene gir fra seg makt (Mæland, 2021, s. 81).

Empowerment er ikke bare et begrep og et mål, det er også en prosess (Tveiten & Boge, 2014, 20). Målet med empowermentprosessen er å utvikle mestringskompetanse. Prosessen kan forstås som et kontinuum; mellom det å bli bevisst betydningen av å gjennomføre en endring og til endringen har skjedd. Derfor kan behov for forandring være en forutsetning for empowerment (Tveiten, 2020, s. 38). I følge Tveiten og Boge (2014) kan endringer i eget liv og omkring egen helsesituasjon som er initiert av brukeren selv, derfor forstås som empowerment (s. 51). Det er viktig at denne prosessen preges av likeverdighet mellom

partene i samarbeidet og at den som søker hjelp gradvis øker sin kontroll (Tveiten & Boge, 2014, s. 20). Derfor er det nødvendig for hjelper å vurdere egen praksis og tilstrebe at den er i tråd med empowermentttenkningen. Dette er viktig for å kunne stimulere den hjelpetrequendes ressurser, fremme energi og krefter, samt redusere stressende faktorer (Tveiten, 2020, s. 38-39).

Sentralt i empowermentttenkningen er tre hovedprinsipper: maktomfordeling, medvirkning og synet på brukeren som ekspert på seg selv (Tveiten & Boge, 2014, s. 16). Empowerment handler om at individer som er eller har vært i en avmaktssituasjon, kan komme seg ut av denne avmaktssituasjonen. Målet blir å styrke de avmektige, slik at de kan oppnå bedre selvbilde, økt selvtillit og økte ferdigheter. Ved å bli styrket på denne måten, kan individene mobilisere kraft til å komme ut av avmakten og oppnå mer kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s. 12). Ifølge Tveiten og Boge (2014) handler poenget i empowerment altså om å hjelpe individet til å oppnå mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse, læring og liv. Individet oppnår dermed makt i kraft av seg selv. Samtidig er også empowerment betinget av personlige kvaliteter, til eksempel drivkraften til å søke etter kunnskap (s. 18-20). Sentralt i empowerment ligger også medvirkning. Medvirkning omhandler selvstyring, medbestemmelse, myndighet og aktiv deltakelse (Tveiten & Boge, 2014, s. 54). I Folkehelsemeldingen (2012-2013) presiseres det hvor viktig brukermedvirkning er for et godt folkehelsearbeid, og at deltakelse er et grunnleggende samfunns mål for at alle skal oppnå så god helse som mulig (Meld. St. 34, (2012-2013), s. 57). Retten til medvirkning er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Det tredje prinsippet handler om at brukeren er ekspert på seg selv. Et grunnleggende trekk innenfor empowerment er et positivt syn på mennesket som et handlende og aktivt individ, som vil og kan sitt beste. Mennesket blir sett på som godt og fornuftig (Askheim, 2012, s. 154). Å være ekspert på seg selv kan for eksempel bety at bruker selv vet hva hen trenger eller hvordan ting fremstår for hen (Tveiten, 2020, s. 41). Ut fra dette synet blir fagpersonenes rolle å legge til rette for at bruker kan ta sine egne valg (Askheim, 2012, s. 154). Samtidig poengterer Tveiten (2020) at det er viktig å huske på at det er behov for både bruker og helsepersonells kompetanse, den ene er ikke mer verdt enn den andre (s. 42).

Empowerment kan beskrives på flere nivå, der alle nivåene henger sammen og påvirker hverandre – og derav må ses i sammenheng (Tveiten, 2020, s. 47). De ulike nivåene

innebærer individ-, gruppe og samfunnsnivå. Dermed definerer empowerment en prosess der individer, grupper eller samfunn håndterer sine utfordringer ved å mobilisere ressurser (Sørensen et al., 2002). Empowerment på individnivå kalles ofte psykologisk empowerment, og påvirkes av strukturene som omgir individet. På individnivå har empowerment grunnlag i individet og fokuset omhandler individets muligheter til å ha kontroll i eget liv, tro på mulighet for mestring og til å ta beslutninger. Empowerment på gruppe- og samfunnsnivå, også kalt strukturell empowerment, omhandler en persons makt i forhold til sin posisjon i en organisasjon. Dette kan innebære selvbestemmelse i egen situasjon, tilstrekkelig informasjon og økonomi, samt mulighet til vekst og utvikling. Disse faktorene kan være med å påvirke brukeres mestringskompetanse og mestringstillit (Tveiten, 2020, s. 48).

Oppsummert er empowerment et begrep, et mål og en prosess som står sentralt i helsefremmende arbeid, og som utspiller seg på individ-, gruppe og samfunnsnivå (Tveiten, 2020; Tveiten & Boge, 2014). De tre hovedprinsippene maktomfordeling, medvirkning og synet på brukeren som ekspert på seg selv står sentralt, og målet er at enkeltindividet og fellesskapet skal oppnå større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker egen helse (Mæland, 2021; Tveiten & Boge, 2014).

## 2.5 Motivasjon

Barth et al. (2013) omtaler motivasjon som en menneskelig drivkraft, som gir retning til valg og atferd (s. 13). Motivasjon handler om hva som får oss til å gjøre noe, og beskriver indre eller ytre krefter som iverksetter og styrer atferd i en spesifikk retning. Ofte opplever vi motivasjon rundt oppgaver som oppleves viktige for oss å utføre (Diseth, 2019, s. 15). Motivasjon er den grunnleggende faktoren i behandling og endring (Helsedirektoratet, 2011, s. 41). Et analytisk skille i litteraturen er mellom ytre og indre motivasjon (Diseth, 2019, s. 83). Atferd styrt av belønningen som kommer etter en aktivitet er utført, kalles ytre motivasjon. Til eksempel kan vi utføre en kjedelig oppgave, fordi vi vet det vil lønne seg langsiktig sett. Indre motivasjon innebærer derimot at aktiviteten oppleves interessant eller viktig, slik at det er aktiviteten i seg selv som fungerer som belønning her og nå (Diseth, 2019, s. 85).

Selvbestemmelsesteorien til Ryan og Deci (2017) presenterer de psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og relasjoner (s. 3). Diseth (2019) beskriver hvordan denne teorien

retter fokus mot hvordan vi mennesker aktivt søker tilfredsstillelse av de tre psykologiske behovene. Vi ønsker å mestre daglige aktiviteter, selv bestemme hvordan vi mestrer denne aktiviteten og gjøre dette sammen med andre mennesker. Tilfredsstillelse av de tre psykologiske behovene gir mer hensiktsmessig trivsel, velvære og motivasjon (s. 37 og 54).

I følge Diseth (2019) kan ytre motivasjon få et individ til å utføre noe, men indre motivasjon regnes som den optimale formen for motivasjon. Indre motivasjon er en varig kilde til atferd, som kan fremmes ved å sørge for at autonomi ligger til grunn. Følelsen av å gjøre noe av fri vilje og på en måte som fremmer kompetanse og relasjoner, gir indre motivasjon (s. 129-130). Indre motivasjon øker sjansen for å endre atferd (Torstveit et al., 2018, s. 366). Ifølge Barth et al. (2013) er de aller fleste mennesker nemlig psykologisk konstruert slik at man selv ønsker å bestemme sine mål. Dersom man får beskjed om å slutte med noe, følge et råd eller gjøre ting på en annen måte – kan dette lett vekke uvilje eller en automatisk motkraft (s. 18).

Det å sette seg et mål er viktig for motivasjonen, mens det å oppnå målet oppfattes for den enkelte som verdifullt (Diseth, 2019, s. 135). Et mål defineres som en standard for det vi ønsker å oppnå. Mål kan både være langsiktige og kortsiktige. Langsiktige mål kan med fordel ha større vanskelighetsgrad, mens kortsiktige mål ikke behøver være vanskelige for å ha motiverende effekt. Det er en fordel å sette mål som reflekterer egne interesser og verdier, i motsetning til mål som settes grunnet ytre press og kontroll (Diseth, 2019, s. 136). Et annet viktig element handler om at målene er overkommelige og gjennomførbare, da dette styrker tiltroen til egen mestringssevne (Prescott & Børtveit, 2004, s. 76). I tillegg er det lurt at målene som settes er spesifikke, i motsetning til mål med vage målsetninger. De spesifikke målene gir atferden en tydelig retning, da både oppmerksomheten og evnen til å planlegge hva som skal til for å nå målet økes (Diseth, 2019, s. 136). I tillegg til målsetting som påvirker motivasjonen, spiller også følelse av kontroll inn. Det å ha kontroll over en situasjon oppleves mer motiverende enn fravær av kontroll. Det er derfor en fordel å føle at man har kontroll over ulike hendelser eller aktiviteter for å nå bestemte mål (Diseth, 2019, s. 141).

Atferdsteoretikeren Albert Bandura (1997) har utviklet en modell kalt «sosialkognitiv teori.» I modellen understrekes kognitive aspekter som knyttes til valg vi mennesker tar, samt det kontinuerlige samspillet som utspiller seg mellom atferd og kognitive prosesser (s. 1–3). Ifølge Diseth (2019) ser teorien nærmere på hvordan kontroll handler om en forventning om å



mestre, og at denne forventningen er en motiverende faktor i seg selv (s. 143). Dette omtales som mestringsforventning («self-efficacy»). Mestringsforventning defineres som troen på at man kan utføre de handlinger som kreves for å produsere et ønsket resultat gitt de evner man har (Diseth, 2019, s. 143-144). Ifølge Mæland (2021) gjør en positiv mestringsforventning at folk anstrenger seg hardere for å gjennomføre en beslutning, til tross for ytre vansker. Lav mestringsforventning gjør derimot at folk lettere gir opp forsøket på å endre atferd og skylder i stedet på omstendighetene. Når personer skal endre svært innarbeidede vaner eller atferd som har ført til kroppslig avhengighet, er positiv mestringsforventning derfor av særlig betydning (s. 119-120). Ifølge Torstveit (2018) kan en persons mestringsforventning påvirkes på ulike måter. Den viktigste kilden til mestringsforventning er ved å ha erfaringer med å lykkes med en aktivitet eller et mål. En annen kilde handler om å se andre lykkes med aktiviteter en selv er motivert for, spesielt dersom personen ligner på en selv med tanke på alder, kjønn og vaner. Et tredje eksempel på hvordan mestringsforventning påvirkes, er gjennom oppmuntring eller overbevisning fra andre om at en bestemt aktivitet er oppnåelig (s. 360-361). Videre beskriver Mæland (2021) hvordan det i endring av atferd i tillegg kreves tiltro til at utøvelse av ny atferd vil føre til et ønsket utfall. Dette kalles resultatforventning, og er et annet viktig element i den sosialkognitive teorien. Resultatforventninger vil først og fremst påvirke motivasjonen til å handle, mens mestringsforventninger vil påvirke både beslutning og gjennomføring av handlingen (s. 119).

Oppsummert vil dette si at målsetting, i tillegg til høy grad av både kontroll, mestringsforventning og resultatforventning, vil kunne være med på å øke motivasjon - og kan resultere i bruk av bedre metoder for å lære mer effektivt, løse problemer, styre egen atferd og tanker for å oppnå ønsket resultat og bedre læringsstrategier (Diseth, 2019, s. 165). I tillegg vil motivasjonen kunne påvirkes av de tre psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og relasjoner, beskrevet av selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2017).

## 3 METODE

Den opprinnelige greske betydningen av ordet metode er «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 83). Dette kapittelet skal ta for seg nettopp dette; de metodiske grepene jeg har gjort for å komme frem til studiens resultater. Både det vitenskapsteoretiske perspektivet og den kvalitative metoden redegjøres for. I tillegg vil kapittelet presentere min forforståelse, intervjuguide, utvalg, presentasjon av deltakere, datainnsamling og analyse. Til slutt vil kapittelet ta for seg etiske overveielser, der blant annet min rolle som forsker og forskningsetiske retningslinjer blir reflektert rundt.

### 3.1 Vitenskapsteoretiske perspektiver

Ifølge Malterud (2017) er kvalitativ metode forankret i det fortolkende paradigmet og har røtter fra fenomenologisk filosofi, hermeneutisk filosofi og sosialkonstruksjonisme (s. 35). Fenomenologi er en teoretisk forankring som ble brukt av antropologer og psykologer for å analysere livsverden ut ifra deltakende observasjon eller individuelle intervjuer (Malterud, 2017, s. 37). Ifølge Martinsen (2018) vil man ut ifra det fenomenologiske perspektivet si at vi er kropp, heller enn at vi har kropp. Det er gjennom kroppen vi opplever og erfarer, vi oppfatter verden gjennom sansene våre (s. 28). Forståelse av menneskers subjektive bevissthet og erfaringer er med andre ord sentralt. Interessen ligger i å beskrive verden slik den oppfattes av deltakerne i studien, basert på forståelsen om at den ekte virkeligheten er den mennesker selv oppfatter. Metoden fokuserer på å beskrive så presist som mulig, heller enn å forklare eller analysere (Malterud, 2017, 28-29). Kvale og Brinkmann (2015) beskriver hermeneutikk som læren om fortolkninger av tekster (s. 73). Tradisjonen omhandler tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse. Hermeneutikken legger vekt på forholdet mellom deler og helhet, og på betydningen av selvrefleksjon og kontekst (Malterud, 2017, s. 28). Målet med den hermeneutiske tolkningen er å oppnå gyldig forståelse av hva en tekst betyr (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-74).

Det er viktig å velge en metodisk tilnærming som samsvarer med det studien ønsker å undersøke (Malterud, 2017, s. 39). På bakgrunn av studiens problemstilling som tar sikte på å skulle forstå hvordan deltakerne erfarer et fenomen, veiledningen, anser jeg den fenomenologiske tilnærmingen som egnet for studien. Samtidig vil jeg utover i oppgaven tolke deltakernes erfaringer. Denne fortolkningen vil være hermeneutisk og er spesielt

relevant i den tematiske analysen. Oppgaven skal derfor følge den hermeneutisk-fenomenologiske tilnærmingen.

### 3.2 Kvalitativt design

Malterud (2017) beskriver hvordan kvalitativ og kvantitativ metode frembringer ulike typer kunnskap. Det som avgjør hvilken metode som bør brukes, er forskningsprosjektets tema og hvilke spørsmål det er ønskelig å besvare. I kvalitative undersøkelser er målet å belyse menneskers subjektive erfaringer. Metoden tar sikte på å forstå og beskrive, ikke forklare og predikere (s. 39). Et kvalitativt forskningsdesign brukes for å gå i dybden på et felt. Utvalget brukes derfor å være lite, slik at kunnskapen og informasjonen som innhentes er rik på detaljer. Fokuset ligger på menneskelige erfaringer, meninger og opplevelser (Brottveit, 2018, s. 66-67).

I denne studien undersøker jeg menneskers erfaringer knyttet til veiledning de får i forbindelse med vektreduksjon. Hva opplever deltakerne som nyttig i forbindelse med veiledningen? Hva er utfordrende? Hva skulle de ønske var annerledes? Det er ønskelig å forstå verden fra deltakernes ståsted og derfor retter oppgaven fokuset mot hvordan hver enkelt deltaker erfarer veiledningen. Ved å bruke kvalitativ metode vil slike spørsmål ha mulighet til å bli besvart. Ifølge Langdridge (2015) er det i kvalitativ forskning vanlig å samle inn tekstlige data, for eksempel ved å intervju et lite utvalg mennesker (s. 27). Målet med datafremstillingen er å presentere det deltakerne har formidlet, og dette er det viktig at gjøres ved bruk av deltakernes egne ord og formuleringer (Brottveit, 2018, s. 68). Tekstene blir videre grunnlaget for selve analysen (Langdridge, 2015, s. 27).

Ut ifra det som til nå er presentert er det tydelig at den kvalitative metoden har flere sterke sider for dette prosjektet. Langdridge (2015) påpeker hvordan en av de viktige styrkene ved metoden er at det blir tatt høyde for menneskers subjektive erfaringer, noe som gir oss muligheten til å se ulike sosiale verdener fra innsiden. En annen viktig fordel ved bruk av metoden er muligheten forskere har til å få uventet innsikt i hvordan mennesker er. Dette fordi forskningen ikke bare vil besvare forhåndsdefinerte spørsmål. På den andre siden gjør nettopp dette det utfordrende eller ikke mulig å skulle generalisere funnene videre (s. 28). Likevel er det svært relevant å vurdere studiens overføringsverdi, det vil si vurdere i hvilken grad studien kan være relevant for andre beslektede fagfelt (Brottveit, 2018, s. 68). Etterprøvnbarheten i

kvalitative metoder er problematisk (Halvorsen, 2008, s. 132). Dette fordi det ikke legges opp til at samme design skal brukes flere ganger i møte med nye deltakere. Det er i bunn og grunn mennesker erfaringer og opplevelser som er i fokus her (Brottveit, 2018, s. 68). I kapittel 5.4 diskuteres studiens styrker og svakheter ytterligere, mens studiens overførbarhet diskuteres i kapittel 5.4.2.

### 3.3 Forforståelse

Malterud (2017) beskriver forforståelse som en ryggsekk vi har med oss inn i forskningsprosjektet. Innholdet i sekken består av erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv – og påvirker hvordan vi samler inn og tolker våre data. Forforståelsen kan bidra til å styrke prosjektet, men kan også risikere å hindre oss i å oppdage nye ting på veien. En vanlig fallgrube er at forforståelsen overdøver budskapet fra det empiriske materialet (s. 44-45).

Det er derfor viktig å betrakte hva slags forforståelse jeg som forsker har i forhold til det feltet som studeres. Jeg har lenge hatt interesse for folkehelse og frisklivssentralenes arbeid, og har min formelle bakgrunn fra bacheloren «livsstilsendring og folkehelse.» I løpet av bacheloren hadde jeg også praksisperiode på en frisklivssentral. I tillegg har jeg utført forarbeid for å kunne utvikle en prosjektbeskrivelse til denne studien; jeg har lest tidligere forskning, rapporter og relevante fagbøker. Dette er en helt nødvendig del av prosessen, men det er samtidig med på å påvirke min forforståelse. Til tross for at jeg sitter på endel kunnskap knyttet til frisklivssentralen, vet jeg svært lite om hva overvektige personer har behov for i forbindelse med veiledning innen vektreduksjon. Alt dette er i sum med på å forme min forforståelse i forhold til studiens tema. På den ene siden har jeg med meg endel kunnskap og erfaring knyttet til frisklivssentralen og helsefremmende arbeid, som jeg med sikkerhet kan si har preget min forforståelse. På den andre siden kan jeg svært lite om deltakernes egne erfaringer knyttet til veiledningen de får.

Min forforståelse er noe jeg har vært klar over underveis, og forsøkt å ha et bevisst forhold til for å forebygge overdøvelse av budskapet deltakerne presenterer. Målet har hele tiden vært å møte studiens deltakere med et åpent sinn og fortolke dataenes meningsinnhold ut ifra kunnskapen jeg utviklet gjennom intervjuene. Samtidig føler jeg at min forforståelse har bidratt til at jeg har vært både kritisk og forståelsesfull - noe jeg opplever har vært med på å utvide mitt syn på feltet enda mer.

### 3.4 Intervjuguide

For å belyse problemstillingen – «Hva erfarer deltakere på frisklivssentralen at har betydning i veiledning i forbindelse med vektreduksjon?» - ble det utført kvalitative semistrukturerte intervjuer. Da studien blant annet tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv, preger dette også forskningsintervjuet. Kvale og Brinkmann (2015) forklarer hvordan semistrukturerte intervju, ifølge det fenomenologiske perspektivet, skal søke å innhente beskrivelser av deltakernes livsverden. Intervjuformen ligger nært opp til en samtale i dagliglivet, til tross for at formålet er et profesjonelt intervju (s.46). Semistrukturert intervju er ifølge Brottveit (2018) svært vanlig å bruke innen kvalitativ forskning. Intervjutyperen er spesielt nyttig å ta i bruk når det er ønskelig å gå mer i dybden på ett bestemt tema, samt innhente synspunkt fra deltakerne. Målet med et semistrukturert intervju er å belyse et tema fra ulike ståsteder og innfallsvinkler, samtidig som en felles struktur blir ivaretatt i alle intervjuene. I et semistrukturert intervju kan forsker operere friere, sammenlignet med et strukturert intervju. Dette innebærer blant annet at forsker kan stille spørsmål i fri rekkefølge og stille oppfølgings- og utdypningsspørsmål som på forhånd ikke er planlagt (s. 92-93).

Den semistrukturerte intervjuguiden min ble utviklet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, problemstillingen og min forforståelse. Brottveit (2018) forklarer hvordan en semistrukturert intervjuguide åpner opp for utdypning og tilleggsspørsmål i løpet av intervjuet, i tillegg til de fastslåtte hovedspørsmålene (s.89). Intervjuguiden min tok utgangspunkt i de to forskningsspørsmålene; 1) hva mener deltaker er god veiledning i forbindelse med vektreduksjon? og 2) hva oppleves som utfordrende eller mangelfullt i forbindelse med veiledningen rundt vektreduksjon? I følge Malterud (2017) skal guiden i stikkordsform minne oss på temaer vi ønsker å snakke om (s. 133). Med andre ord var intervjuguiden jeg hadde med meg inn i intervjuet ment som en huskelapp. Den hjalp meg med å holde flyt i samtalen og minnte meg på hva jeg ville vite mer om, og hva som var helt nødvendig å spørre om.

Intervjuguiden min la ikke opp til spørsmål rettet mot deltakernes veiledere. Heller dreide spørsmålene seg om veiledningen og opplegget deltakerne er med på i regi av frisklivssentralen. Dette for å unngå spørsmål om tredjeperson, og fordi oppgaven heller er opptatt av veiledningen som prosess. I starten av hvert intervju, presiserte jeg derfor for deltakerne at spørsmålene ikke ville dreie seg om veilederen deres – men heller veiledningen.

Samtidig var det viktig for meg at deltakerne i intervjusituasjonen hadde frihet til å fortelle meg det de selv ønsket å snakke om. Dette fordi det relevante fokuset kan finnes andre steder enn der det er ventet å finnes i utgangspunktet (Malterud, 2017, s. 133-135). I både utviklingen av intervjuguide og under intervjuene, har det derfor vært viktig for meg å formulere åpne spørsmål, slik at det skulle være lettere for deltakerne å komme med åpne svar om erfaringer og tanker. Under intervjuet stilte jeg også deltakerne oppfølgings- og utforskende spørsmål i forbindelse med temaer jeg ønsket å høre mer om. Ifølge Langdridge (2015) gir dette rom for å innhente mer spesifikk informasjon, samtidig som det også viser deltakerne at intervjueren lytter og er interessert i det de har å fortelle (s. 61). Se vedlegg 1 for presentasjon av studiens intervjuguide.

### 3.5 Utvalg og rekruttering

Brottveit (2018) forklarer hvordan det er vanlig å foreta et strategisk utvalg i kvalitative studier. Dette innebærer å rekruttere deltakere som kan bidra med betydningsfulle data knyttet til det som skal undersøkes (s. 87-88). Utvalget er da sammensatt på en måte som gjør at materialet kan belyse problemstillingen i studien best mulig (Malterud, 2017, s. 58). Malterud (2017) poengterer hvordan det i visse situasjoner kan være krevende å rekruttere et strategisk utvalg som fremstår optimalt. Da kan det til eksempel heller være aktuelt å gjøre et tilgjengelighetsutvalg. Ved et tilgjengelighetsutvalg inkluderes deltakere som det er mulig å få tak i (s. 59). I denne studien er det deltakere på ulike frisklivssentraler i Norge som utgjør utvalget. Deltakerne ble rekruttert ved hjelp av de ansatte på frisklivssentralene, og dermed kan denne utvalgsmetoden anses som et tilgjengelighetsutvalg. Begrensninger som følge av denne utvalgsmetoden, diskuteres nærmere i kapittel 5.4.1.

Studiens utvalg ble til ved at jeg tok kontakt med ansatte på flere ulike frisklivssentraler og fortalte om studien. I løpet av høsten 2022 sendte jeg til sammen ut forespørsel til 21 frisklivssentraler i østlandsområdet - med spørsmål om hjelp til rekruttering av deltakere. Jeg valgte å sende til et stort antall frisklivssentraler fordelt på ulike fylker, for å sikre variasjon i utvalget. Syv frisklivssentraler sa seg villige til å hjelpe og rekruttere på bakgrunn av følgende kriterier:

- Deltaker får/har fått veiledning på frisklivssentralen i forbindelse med vektreduksjon
- Deltaker kan kommunisere på norsk/engelsk
- Deltaker er samtykkekompetent

De ansatte rekrutterte ved å dele ut informasjonsskriv til aktuelle deltakere, henge opp informasjonsskriv i deres lokaler eller ved å fortelle muntlig om studien på for eksempel gruppetreninger. En av frisklivssentralene delte også informasjon om studien på sine sosiale medier. Se vedlegg 2 for presentasjon av studiens informasjonsskriv. Rekrutteringsarbeidet resulterte i at fire av de syv frisklivssentralene fikk tak i deltakere som ville delta. Dette utgjorde til sammen syv personer, bestående av fem kvinner og to menn. Jeg tok kontakt med disse deltakerne for å avtale tid og sted for intervju. Deltakerne ble intervjuet på Teams eller ved fysisk møte på deltakernes frisklivssentral, avhengig av hvor i landet frisklivssentralen lå og hva deltakeren selv ønsket.

Ifølge Brottveit (2018) er det viktig at antallet deltakere som skal være med i studien skal vurderes opp mot målsetting, studiens omfang og tidsrammer. I studier der omfanget er begrenset, bør det tas høyde for at antall deltakere ikke er avgjørende. Heller bør fokuset ligge på hvordan studien gjennomføres og hva som konkret kan trekkes ut av dataene (s.88). Dette støttes av Malterud (2017), som mener det viktigste er å forme et utvalg med god informasjonsstyrke, heller enn å fokusere på rekruttering av et bestemt antall deltakere. Dersom det i resultatdelen kan presenteres troverdige historier som kan utgjøre en forskjell, oppleves utvalget som tilfredsstillende – uavhengig av antall deltakere (s. 65-66).

### 3.5.1 Presentasjon av deltakerne

Studiens utvalg består av syv deltakere fra fire frisklivssentraler fordelt på tre fylker i Norge. Utvalget inneholder fem kvinner og to menn fra 38 til 68 år, med en gjennomsnittsalder på 55 år. Tiden deltakerne har fått veiledning på frisklivssentralen varierte; fra under én 12-ukersperiode til over tre 12-ukersperioder. Hvordan deltakerne fikk høre om frisklivssentralen og dens tilbud varierte også, men flestparten ble oppfordret til deltakelse via sin fastlege. Felles for de alle er at de får veiledning på en frisklivssentral i forbindelse med overvekt. Alle deltakerne i studien forteller at de har hatt individuelle helsesamtaler med veilederen sin. Fire av deltakerne forteller at de har deltatt på BraMat-kurs, mens alle syv deltakerne har deltatt på

gruppetreninger. Antall gruppetreninger deltakerne har mulighet til å være med på ukentlig varierer noe fra frisklivssentral til frisklivssentral, men stort sett er det treningsgrupper én til to ganger i uken. Detaljer om utvalget i studien er vist i tabell 2.

Tabell 2:  
*Detaljer om studiens deltakere.*

<b>Kjennetegn</b>	<b>Antall deltakere</b>
<i>Kjønn</i>	
Kvinne	5
Mann	2
<i>Alder (gjennomsnitt 55 år)</i>	
25-40 år	1
41-56 år	2
56-71 år	4
<i>Antall 12-ukers perioder med veiledning</i>	
Null - én	1
To - tre	5
Tre +	1
<i>Hva gjorde at deltaker kom i kontakt m/ frisklivssentralen</i>	
Fastlegen	4
Fant tilbudet selv	1
Annet	2
<i>Hva deltaker har deltatt på</i>	
IHS*	7
BMK*	4
GT*	7

\*Individuelle helsesamtaler (IHS), BraMat-kurs (BMK), Gruppetrening (GT).

### 3.6 Datainnsamling

Jeg brukte diktafon, ved hjelp av Nettskjema, til å ta lydopptak under intervjuene. På denne måten ble svarene registret helt korrekt. I tillegg tok jeg notater underveis, for å fange opp kroppsspråk og ikke-verbale uttrykk. Jeg opplevde at ved å notere underveis, ble det rom for naturlige pauser i samtalen - som igjen førte til at deltakerne fikk tid til å summe seg og tenke gjennom svar.



Det ble gjennomført syv intervjuer fra oktober 2022 til og med januar 2023. Tre intervjuer ble gjennomført ved fysisk oppmøte på deltakernes lokale frisklivssentral og fire foregikk over Teams. Intervjuene varte fra 28 til 54 minutter, med en gjennomsnittstid på 39 minutter. Dette utgjorde 68 sider med transkribert datamateriale.

### 3.7 Analysemetode

Valg av analyseform avhenger av studiens formål, hvilken type kunnskap det søkes etter og hva dataene gir dekning for (Malterud, 2017, s. 93). I studien min er jeg opptatt av å undersøke erfaringer knyttet til veiledningen på frisklivssentraler og bruk av tematisk analyse fremstår derfor hensiktsmessig. Dette fordi en tematisk analyse sammenligner og beskriver trekk ved datamaterialet, samtidig som den sørger for viktig oversiktskunnskap om feltet som undersøkes (Brottveit, 2018, s. 151).

Et kjennetegn ved den kvalitative forskningsprosessen er at hendelser og erfaringer som er hentet fra samtaler eller observasjon, omformes til tekst. Uansett analysemetode vil kvalitativ analyse innebære en form for teksttolkning (Malterud, 2017, s. 77). Transkribering handler om å føre informasjon fra tale til tekst og inngår i den analytiske prosessen. Under transkriberingen er det viktig å påse at det opprinnelige materialet på best mulig måte blir lojalt ivaretatt, slik at deltakernes erfaringer og meninger kommer korrekt frem i tekstmaterialet (Malterud, 2017, s.77-80). Jeg var derfor nøye på å transkribere så fort som mulig etter hvert intervju var gjennomført, slik at intervjuet var friskt i minne og sjansen for å oppklare uklarheter dermed var større.

Etter transkribering skal materialet organiseres slik at det kan analyseres (Malterud, 2017, s. 77). Jeg har brukt systematisk tekstkondensering som metode for den tematiske analysen i studien min. Analysen innebærer ifølge Malterud (2017) en induktiv tilnærming. Det vil si at empiriske data fra enkeltpersoner er med å belyse problemstillingen og gjennom systematisk tolkning av disse dataene sammenfattes funnene slik at de kan gi ny innsikt som gjelder for flere (s. 113). Dermed deler analysemetoden fenomenologenes syn på at subjektive erfaringer er gyldig kunnskap og fokuset ligger på subjektivitetens kontekst (Malterud, 2017, s. 116) Malterud (2017) beskriver systematisk tekstkondensering gjennom fire steg (s. 99-111). Se oppsummering i tabell 3. Jeg har etter beste evne forsøkt å følge disse fire stegene i egen analyseprosess:

## 1. Helhetsinntrykk

Det første trinnet i analysen handler om å bli kjent med datamaterialet. Dette gjøres ved å lese gjennom de transkriberte sidene og se etter rundt fire til åtte temaer som kan belyse studiens problemstilling. På dette første trinnet er det viktig å sette egen forforståelse til side, slik at forsker er åpen for det deltakerne faktisk formidler gjennom materialet. Systematisering hører ikke hjemme på dette trinnet, her handler det kun om å danne seg et helhetsinntrykk og oppsummere hvilke temaer som foreløpig kan være aktuelle. Disse temaene er ikke endelige, da de ikke er utviklet gjennom systematisk tolkning og refleksjon. Temaene representerer heller et første intuitivt steg i organisering av datamaterialet (Malterud, 2017, s. 99-100). Etter gjennomlesing av det transkriberte tekstmaterialet satt jeg med syv foreløpige temaer. Temaene var blant annet: være del av et fellesskap, ha et fast opplegg å gå til, effekten av veileders væremåte, lengde på oppfølgingsperiode og drømmeveiledning.

## 2. Meningsbærende enheter

På trinn to av analysen skal materialet man ønsker å studere nærmere organiseres. Her skal temaer bli til koder. Resten av materialet legges deretter til side. Det å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker kan bidra til at flere detaljer og nyanser legges merke til (Malterud, 2017, s. 100). Derfor jobbet veilederen min og jeg sammen om analysen fra dette trinnet. Vi jobbet med det første trinnet hver for oss og møttes deretter for å se hvilke temaer vi begge hadde trukket ut og hvilke temaer som var ulike. Sammen kom vi deretter frem til fem reviderte foreløpige temaer som dannet grunnlag for kodegrupper. Kodegruppene ble til ved at vi videre gikk gjennom materialet grundig og systematisk, for å trekke ut «meningsbærende enheter» – det vil si den delen av teksten som er relevant og som kan være med på å belyse problemstillingen for studien. Samtidig som vi fant meningsbærende enheter i teksten, begynte vi å systematisere dem. Det er dette som i følge Malterud (2017) kalles koding (s.101). Kodene sorterer og identifiserer de meningsbærende enhetene i teksten. Vi finner tekstbiter som merkes med en kode og på denne måten samles da ulike tekstbiter som har noe til felles. Kodene er gjennom hele analysen under utvikling og justering, slik at de endelige kodegruppene er gjensidig utelukkende og skiller fra hverandre tekst som omhandler ulike forhold (Malterud, 2017, s. 101-102). Til slutt endte vi opp med å sortere de meningsbærende enhetene under følgende fem kodegrupper: 1) være del av en gruppe, 2) oppfølging og oppfølgingslengde, 3) faste avtaler og et forhåndsbestemt opplegg, 4) veileders væremåte og 5) hva deltakerne savner.

Kodeporsessen kan utføres på ulike måter - både fysisk og materielt, eller ved hjelp av teknologi (Malterud, 2017, s.104). Selv har jeg valgt å gjøre dette uten noen form for teknologiske hjelpemidler. I stedet ble tekstmaterialet markert med ulike farger, for å finne tema og koder. Jeg valgte å gjøre det slik da jeg føler jeg har best kontroll og oversikt over datamaterialet på denne måten.

### 3. Kondensering

I denne delen av analysen sammenfattes den informasjonen som er etablert på forrige analysetrinn. Dette gjøres ved å systematisk hente ut mening i innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen i kodegrupper. På dette stadiet er det lett å få øye på om enkelte kodegrupper har få eller svært mange meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s.105). Jeg oppdaget selv at én av kodegruppene mine, «oppfølging og oppfølgingslengde», inneholdt for få meningsbærende enheter. Jeg vurderte derfor om disse meningsbærende enhetene hørte hjemme under andre kodegrupper eller faktisk ikke passet inn noe sted. Jeg kom frem til at den aktuelle kodegruppen kunne slås sammen med kodegruppen «hva deltakerne savner.» Dermed satt jeg med en ny kodegruppe, som jeg valgte å kalle «deltakernes ønsker.» Jeg satt nå igjen med fire kodegrupper. Kodegruppene med de meningsbærende enhetene ble satt opp og presentert i matriser, se vedlegg 5.

Hver kodegruppe ble videre sortert inn i to til fire subgrupper. Malterud (2017) forklarer hvordan subgrupper representerer hovedaspekter i kodegruppen, som på best mulig måte kan presentere relevante nyanser av det som studeres og belyse prosjektets problemstilling (s. 106-107). For eksempel ble det ut ifra kodegruppen «faste avtaler og et forhåndsbestemt opplegg» laget subgruppen «faste avtaler der noen venter på deg» og «ikke tenke, bare gjøre». Videre herifra er det subgruppen som er analyseenheten (Malterud, 2017, s. 106). Det skal nå lages et kondensat, det vil si et kunstig sitat. Dette kunstige sitatet skal bære med seg konkret innhold fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å gjøre dem om til en mer generell form, skrevet i jeg-form. Sitatet skal utgjøre en sum av deltakernes stemmer knyttet til det fenomenet subgruppen forteller om, med klare spor av deltakernes begrep og ord fra de meningsbærende enhetene. Ved å lage slike kondensater, sørges det for at hele det empiriske materialitet gås igjennom på en systematisk måte (Malterud, 2017, s. 106-108). For eksempel ble det ut ifra subgruppen «ikke tenke, bare gjøre» i kodegruppen «faste avtaler og et forhåndsbestemt opplegg» utviklet følgende kondensat:

*«Jeg liker godt at veilederne på frisklivssentralen bestemmer hva vi skal gjøre. Det føles lettere når andre styrer og forteller meg hva jeg skal gjøre, og veilederne er jo fagfolk – de vet hva de driver med. Så jeg liker at opplegget er forhåndsbestemt; da kan jeg bare komme dit, trene, og så dra hjem igjen. Det er jo en grunn til at man er deltaker på frisklivssentralen, man har ofte mye annet å tenke på – så da er det veldig greit å slippe planlegge trening selv.»*

#### 4. Syntese

I analysens siste del settes bitene sammen igjen. Informasjonen som er funnet skal sammenfattes, slik at det kan gi grunnlag for nye beskrivelser og begrep. Sammenfatningen skal formidles på en måte som gir leser innsikt og tillit, men også på en måte som er lojal i forhold til deltakers stemme. Kunnskapen fra hver kodegruppe og subgruppe skal samles sammen og oppsummeres. Dette gjøres ved å bruke kondensatene til å lage en analytisk tekst for hver kodegruppe med subgrupper, som illustreres med et gullsitat som kan representere hovedfunnene. Sitatene skrives i tredjepersonform, for å gjenfortelle på vegne av andre. Det er dette som formidles videre til leseren for å vise hva materialet forteller om prosjektets problemstilling. Gullsitatet utgjør en passende overskrift, som oppsummerer hva teksten handler om. Disse overskriftene danner resultatkategoriene. Kategoriene skal ikke si noe om hva som er blitt undersøkt, det skal si noe om hva som er funnet (Malterud, 2017, s. 108-110).

I min studie ble resultatene til slutt kategorisert i fire hovedfunn: 1) være del av en gruppe, 2) faste avtaler og et fastbestemt opplegg, 3) veileders væremåte og 4) deltakernes ønsker. De fire hovedfunnene fikk hver sin resultatkategori; 1) «uten den gruppa hadde det ikke blitt noe trening», 2) «faste avtaler og ferdig planlagt opplegg er gull», 3) «det hjelper lite med kjefting og hard pushing – smil og motiverende ord gjør susen» og 4) «det meste er bra, men for å sette fingeren på noe...». Tabell 4, 5, 6 og 7 viser de endelige resultatkategoriene, presentert med kodegruppen og subgruppene med tilhørende kondensater.

En annen viktig del av det siste analysetrinn handler om å validere funnene. Det er viktig å vurdere om de endelige resultatene fortsatt står i sammenheng med helheten de ble tatt ut fra. Derfor må resultatene rekontekstualiseres opp mot det empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 110). Jeg leste gjennom det originale transkriberte tekstmaterialet igjen, for å forsikre meg om at det materialet som er valgt ut ikke er tatt ut av sammenheng. Samtidig var jeg også på

jakt etter data som eventuelt kunne motsi de konklusjonene jeg var kommet frem til. Helt til slutt vurderte jeg mine resultater opp mot foreliggende teori og empiri.

Tabell 3:

*Kortfattet presentasjon av analyseprosessen ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 99-111).*

<b>Trinn</b>	<b>Hva ble gjort</b>	<b>Forklaring</b>
<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transkribering</li> <li>2. Lese gjennom intervjuene</li> <li>3. Finne foreløpige temaer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intervjuene ble transkribert ordrett</li> <li>2. Intervjuene ble gjennomleste flere ganger for å bli godt kjent med innholdet</li> <li>3. Syv foreløpige temaer ble funnet</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fra tema til koder. Temaene danner grunnlag for kodegrupper</li> <li>2. Trekke ut meningsbærende enheter</li> <li>3. Nye, reviderte kodegrupper med meningsbærende enheter</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Min veileder og jeg så på foreløpig tema sammen og kom ut ifra disse frem til kodegrupper</li> <li>2. Systematisk gjennomgang av materialet for å trekke ut meningsbærende enheter, dvs. deler av teksten som er relevant for problemstillingen</li> <li>3. De meningsbærende enhetene plasseres i kodegrupper og presenteres i matriser. Kodegruppene er hele tiden under utvikling og justering</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se gjennom meningsbærende enheter i hver kodegruppe</li> <li>2. Sortere kodegruppene i subgrupper</li> <li>3. Lage kondensater med kunstige sitater</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser gjennom for å undersøke om noen grupper har for få/for mange meningsbærende enheter</li> <li>2. Hver kodegruppe ble sortert inn i to til fire subgrupper, som representerer hovedaspektet i kodegruppen</li> <li>3. Sitater med konkret innhold fra meningsbærende enheter ble gjort om til en mer generell form</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bitene settes sammen igjen – informasjonen fra hver kodegruppe og subgruppe sammenfattes</li> <li>2. Den analytiske teksten får en overskrift</li> <li>3. Validere funn</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ut ifra kondensatene lages en analytisk tekst for hver kode- og subgruppe. Denne teksten illustreres av et gullsitat skrevet i tredjepersonsform.</li> <li>2. Overskriften danner resultatkategoriene</li> <li>3. Datamateriale ble lest på nytt og resultatene vurdert opp mot foreliggende teori og empiri</li> </ol>

Tabell 4:

*Kategori 1 med tilhørende kodegruppe, subgrupper og kondensat.*

<b>Kategori 1: Uten den gruppa hadde det ikke blitt noe trening</b>		
<i>Kodegruppe:</i>	<i>Subgruppe:</i>	<i>Kondensat:</i>
Være del av en gruppe	Forpliktelse	«Når jeg er en del av en gruppe, føler jeg på en forpliktelse til å møte opp. Jeg synes det er dårlig gjort ovenfor gruppa og ikke møte opp, det er kjipt å svikte dem. Det ligger en forventning der om hvem man skal se på trening. Så den forpliktelsen er en stor gevinst med å være i gruppe – uten gruppa så hadde jeg aldri i mitt liv trent.»
	Aksept og romslighet	«I gruppene er det mange ulike type mennesker, med ulike grunner til hvorfor de er på frisklivssentralen. Her er det rom for alt og jeg føler jeg blir akseptert for den jeg er. Jeg velger selv hva jeg vil dele i gruppa, men det er godt å dele på at det ikke er alt som er like lett.»
	Sosial tilhørighet	«Ved å være en del av gruppene på frisklivssentralen føler jeg på en tilhørighet. Vi alle vet hvem som er med i gruppa og forventer å se hverandre på treningene. Det er hyggelig og sosialt å være en del av en slik gruppe, det er supertrivelige folk der.»
	Innspill og impulser fra andre	«I gruppene på frisklivssentralen kan vi dra nytte av hverandre. Jeg kan lære av andre og høre hvordan de har løst ting – dele litt på det som ikke er så lett. Det er jo ikke alt jeg har tenkt på selv, men som andre har tenkt på. Så det er fint å få impulser fra andre.»

Tabell 5:

*Kategori 2 med tilhørende kodegruppe, subgrupper og kondensat.*

<b>Kategori 2: Faste avtaler og ferdig planlagt opplegg er gull</b>		
<i>Kodegruppe:</i>	<i>Subgruppe:</i>	<i>Kondensat:</i>
Faste avtaler og et fastbestemt opplegg	Faste avtaler der noen venter på deg	«Det er avgjørende å ha faste avtaler som drar meg ut. Det er vanskelig å få til livsstilsendring alene, det er en grunn til at jeg går på frisklivssentralen. Så hvis ikke jeg har noe fast å gå til, med en veileder eller en gruppe som venter, så blir jeg sittende hjemme. Jeg trenger å ha noe mer enn «opp til meg selv», for det klarer jeg ikke – da hadde jeg gjort det for lenge siden.»
	«Ikke tenke, bare gjøre»	«Jeg liker godt at veilederne på frisklivssentralen bestemmer hva vi skal gjøre. Det føles lettere når andre styrer og forteller meg hva jeg skal gjøre, og veilederne er jo fagfolk – de vet hva de driver med. Så jeg liker at opplegget er forhåndsbestemt; da kan jeg bare komme dit, trene, og så dra hjem igjen. Det er jo en grunn til at man er deltaker på frisklivssentralen, man har ofte mye annet å tenke på – så da er det veldig greit å slippe planlegge trening selv.»

Tabell 6:

*Kategori 3 med tilhørende kodegruppe, subgrupper og kondensat.*

<b>Kategori 3: Det hjelper lite med kjefting og hard pushing – smil og motiverende ord gjør susen</b>		
<i>Kodegruppe:</i>	<i>Subgruppe:</i>	<i>Kondensat:</i>
Veileders væremåte	Oppmuntrende og anerkjennende	«Det som gjør det attraktivt og mulig å følge 12-ukers programmet uten å falle fra, er at veilederne er så blide og positive. Også er de hjelpsomme og dedikerte. De møter meg med forståelse og et åpent sinn, uten at jeg føler meg studert. Den gode stemningen og åpenheten deres hjelper med å gi meg en trygghet og er mye av suksessfaktorene til en veileder.»
	Ikke «kjefting» og for mye pushing	«Det som er fint med veilederne på frisklivssentralen er at de ikke kjefter hvis jeg har spist noe «feil» eller ikke får til ting på trening. Hvis jeg får høre at jeg må skjerpe meg eller klare mer, da mister jeg mot og mestringsevne. Så jeg er glad jeg ikke blir møtt med trusler eller kjefting, men heller med et smil og en positiv tone. Det er fint at det er slik, for det er jo for mange stort å bare komme seg opp av senga og møte på trening eller på kurs.»



Tabell 7:

Kategori 4 med tilhørende kodegruppe, subgrupper og kondensat.

<b>Kategori 4: Det meste er bra, men for å sette fingeren på noe...</b>		
<i>Kodegruppe:</i>	<i>Subgruppe:</i>	<i>Kondensat:</i>
Deltakernes ønsker	Mer informasjon om tilbud og flere muligheter til å benytte seg av dette	«Jeg savnet en generell presentasjon av hvilke tilbud jeg kunne benytte meg av på frisklivssentralen. Jeg følte det var litt opp til den enkelte å spørre om hva som fantes. Når du tar kontakt med frisklivssentralen, så er du jo ikke helt proppfull av pågangsmot og nettopp derfor kunne det vært fint med en generell presentasjon av hva de kan tilby. Så hadde det vært fint om det var enda flere dager å velge mellom når det kommer til kurs og trening. For hvis det ikke passer én dag, så kan du komme en av de andre dagene. Da har du alltid muligheten til å være med.»
	Mer personlig rettet ernæringsveiledning	«Jeg savner mer veiledning innen ernæring og at denne veiledningen er mer personlig rettet. At de er mer konkret på ting, for det er jo veldig individuelt fra person til person. Veiledningen vi har fått innen ernæring nå er litt for generell. Alle som skal slanke seg vet at man må spise færre kalorier enn det man bruker. Og man vet at man ikke skal ha salt og sukker. Men vi fikk ikke noe særlig mer veiledning utover det. Jeg skulle ønske det var tettere og mer spesifikk veiledning knyttet til ernæring.»
	Lang oppfølgingsperiode, med snakk jevnlig med veileder	«Det tar tid å endre gamle vaner og håndtere nye - det er snakk om disiplin over lang, lang tid. Derfor synes jeg det er viktig med lang oppfølging og at man har tid. Jeg trenger å ha folk som er der, så jeg ikke detter ut. Derfor synes jeg en frisklivresept på 12 uker er for kort, så det er veldig fint om man får muligheten til flere 12-ukersperioder. Oppfølging ett helt år er en drøm, det tenker jeg hadde gitt enda mer resultat.»

### 3.8 Etiske overveielser

Etiske og moralske spørsmål er ikke kun begrenset til selve intervjusituasjonen, spørsmålene gjelder for alle faser av en intervjuundersøkelse. I kvalitativ forskning er ønsket på den ene siden å oppnå verdifull kunnskap, og på den andre siden å ta etiske hensyn. Det blir en konflikt mellom å grave dypt og inntrengende i intervjuet, men risikere at intervjuobjektet krenkes eller settes i en sårbar situasjon. Forskeren ønsker å være respektfull mot intervjuobjektet, men risikerer da samtidig å kun få materiale som skraper på overflaten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95-96). Forskerens rolle er svært viktig for de etiske beslutningene som gjøres i kvalitativ forskning. Moralsk ansvarlig forskningsatferd handler blant annet om forskerens empati, engasjement og moralsk handling (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Oppgaven skal med dette i tankene nå se nærmere på de etiske spørsmålene som har dukket opp i denne studien, samt de etiske overveielserne jeg har foretatt underveis.

#### 3.8.1 Forskningsetiske retningslinjer

I forskning der personopplysninger behandles kreves tillatelse til å gjennomføre studien, og prosjektet må derfor meldes inn til Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, tidligere kalt Norsk Senter for forskningsdata (NSD) (Sikt, u.å.). Laake et al. (2007) skriver hvordan NSD sin oppgave er å tilrå eller frarå gjennomføring av forskningsprosjekt sett i lys av bestemmelsene i helseregistreringsloven og personopplysningsloven med tilhørende forskrifter. I tillegg skal NSD bistå med veiledning og informasjon om forskning og personvern, samt hjelpe forskeren med å ivareta sine rettigheter (s. 170). I juni 2022 fylte jeg og min veileder inn meldeskjema og sendte dette til Sikt. Meldeskjema ble godkjent september 2022, med saksnummer 696716. Se vedlegg 3 for godkjenning fra Sikt.

Medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter skal forhåndsgodkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Mindre prosjekter med lite sensitive problemstillinger, trenger derimot ikke alltid og godkjennes av REK (Malterud, 2017, s. 218). Formålet med min studie innebærer ikke å hente ut sensitive opplysninger om deltakernes helse eller sykdom, fokuset ligger heller i å få høre om deltakernes erfaringer knyttet til veiledningsprosessen på frisklivssentralen. I samråd med min veileder ble vi enige om at det derfor ikke var nødvendig å søke REK i forbindelse med denne studien.

### 3.8.2 Informert samtykke, konfidensialitet og anonymitet

I forkant av intervjuet fikk deltakerne utdelt et informasjonsskriv, også kalt samtykkeskjema, med viktig informasjon om studien. Her står det blant annet skrevet om studiens formål, hva deltakelse innebærer for deltakerne og deltakernes rettigheter. Det ble også informert om frivillig deltakelse, konfidensialitet, anonymitet i studien og at deltakerne når som helst kunne trekke seg (vedlegg 2). I tillegg fikk deltakerne på forhånd mulighet til å stille meg spørsmål både skriftlig og muntlig, dersom noe var uklart. Under selve intervjuet ble deltakerne spurt muntlig om de samtykket til å delta i studien. Dette ble de spurt om både før og etter intervjuet var gjennomført. Det muntlige samtykke ble tatt opp på lydopptak. Malterud (2017) presiserer viktigheten av å gi deltakerne nok informasjon om studien, slik at det informerte samtykket kan ivaretas (s. 214). Jeg har sørget for at deltakerne i studien er godt informert, og de har frivillig valgt å delta etter de har mottatt denne informasjonen.

I informasjonsskrivet (vedlegg 2) står det skrevet at lydfilen vil oppbevares konfidensielt i en safe ved OsloMet. Etter informasjonsskrivet ble utformet har det imidlertid blitt gjort en endring, slik at intervjuet tas opp på via Nettskjema-appen og lagres konfidensielt på deres nettside. Dermed ble ikke lydfil lagret i safe hos OsloMet. Denne endringen er avklart med Sikt. Studiens deltakere er også informert om dette. Når jeg har transkribert intervjuene, har jeg sørget for å anonymisere deltakerne og hvilke frisklivssentral de kommer fra. Det vil si at ingen navn er transkribert, i stedet har hver deltaker fått sitt personlige tall. Deltakerne ble også gjort oppmerksomme på at dataene ble konfidensielt oppbevart og ikke avslørt til noen andre. Beskyttelse av deltakernes privatliv sto høyt. Lydopptakene ble derfor oppbevart trygt i Nettskjema.

### 3.8.3 Maktforhold og gruppesårbarhet

Til tross for at det fenomenologiske, semistrukturerte intervjuet kan virke harmonisk, er det ifølge Kvale og Brinkmann (2015) et klart asymmetrisk maktforhold mellom forsker og intervjuobjekt. Dette begrunner de blant annet med at intervjueren i et forskningsintervju sitter med en vitenskapelig kompetanse, og er den som definerer intervjusituasjonen, bestemmer tema, stiller spørsmål og avslutter samtalen. I tillegg nevner de at intervjuet fremstår som en enveisdialog, der utspørringen kun foregår i én retning. Til sist trekker de også frem hvordan intervjuet kan være en manipulerende dialog, der intervjueren kan ønske å få informasjon uten at intervjuobjektet vet hva intervjueren er ute etter (s. 52).

Poenget er ikke at denne makten skal elimineres fra intervjuet, i stedet blir det viktig at intervjueren reflekterer over og anerkjenner rollen sin i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 53). Med dette i tankene har det vært viktig for meg å ivareta den enkelte deltaker i intervjusituasjonen. Jeg ønsket å skape en god relasjon med deltaker tidlig i intervjuet, slik at jeg kunne definere en trygg og fortrolig situasjon. Dette gjorde jeg ved å presentere meg selv; hvem jeg var og hvorfor jeg holdt på med studien. I tillegg fikk også deltaker mulighet til å fortelle litt om seg selv. Ifølge Malterud (2017) er det viktig at intervjueren er lydhør, gir rom for flertydighet, samt skaper trygghet og fortrolighet i situasjonen for å kunne lære noe nytt av deltakerne (s. 135).

Et annet punkt jeg var observant på, var temaets sårbarhet. Til tross for at hovedfokuset i studien ligger på veiledningen deltakerne mottar på frisklivssentralen, er overvekt likevel et sentralt tema. Overvekt er et tema som kan være sårbart for mange. Det var derfor svært viktig for meg å ivareta den enkelte deltaker, som også var noe av grunnen til at jeg valgte å utføre individuelle intervjuer. Jeg ønsket å få frem at deltakernes erfaringer er viktige og svært verdifulle. Under samtalen prøvde jeg derfor å være utforskende, interessert, nysgjerrig og støttende i møte med deltakerne og det de hadde å fortelle. Malterud (2017) skriver følgende; «viktig kunnskap kan komme frem i situasjoner der deltakeren er villig til å fremstille seg selv nakent og ærlig, kanskje i et lite flatterende lys» (s. 214). Jeg ville de skulle føle seg respektert og forstå at deres erfaringer ble tatt på fulleste alvor. I forkant av intervjuene forberedte jeg meg godt med tanke på nettopp dette. Jeg reflekterte mye rundt dette temaet alene, jeg snakket med andre om deres synspunkter og jeg leste studier - for eksempel Salemonsens et al. (2018) sin studie om hvordan det er for overvektige mennesker å skulle søke hjelp med livsstilsendring. Jeg var også nøye med å ikke stille spørsmål omkring tall knyttet til vekt, livssituasjon og lignende – dersom dette kom frem i intervjuet, var det fordi deltakerne selv valgte å snakke om det.

## 4 RESULTATER

Dette kapittelet består av studiens resultater. Analyser om hvordan overvektige deltakere på frisklivssentralen erfarer veiledningen de mottar, resulterte i fire hovedtema: 1) være del av en gruppe, 2) ha faste avtaler og et forhåndsbestemt opplegg, 3) veileders væremåte og 4) deltakernes ønsker. Disse temaene vil bli presentert utover i kapittelet og jeg vil ha med sitater fra intervjuene. Da alle sitatene i dette kapitlet er hentet fra egen datainnsamling, har jeg valgt å skrive sitatene på egen linje og i kursiv uavhengig av sitatets lengde. Dette for å gjøre det oversiktlig og enkelt for leser å følge teksten. Sitater hvor det står skrevet «(...)», tilsier at det kan være noe som ikke er gjengitt i sitatet før, underveis eller etter. Der det i en setning står følgende «(\*tekst\*)», har jeg satt inn et hjelpeord – slik at setningen skal gi mening for leser. Etter hvert sitat vil det stå et nummer i parentes, dette representerer de ulike deltakerne.

### 4.1 Uten den gruppa hadde det ikke blitt noe trening

Alle deltakerne hadde positive erfaringer med det å være del av en gruppe i treningsammenheng. Det ble pekt på flere faktorer som bidro til at nettopp gruppe var en positiv del av livsstilsendringen de gjennomgikk. Noe som gikk igjen blant flertallet av deltakerne var forpliktelsen de følte på ovenfor gruppen, og hvordan denne forpliktelsen bidro til at de kom seg på trening. Faktisk var denne forpliktelsen noe av det deltakerne likte aller best med å være del av en gruppe. De følte på en forpliktelse til å møte opp ovenfor veilederen, men også ovenfor resten av gruppedeltakerne. Flere nevnte nemlig at de fikk en følelse av å skuffe resten av gruppa dersom de ikke møtte opp.

*«Det er såpass store grupper og mye forskjellige folk – at du føler det er litt mer forpliktende. Det er ikke bestevennene mine akkurat, men man har en forventning om hvem man skal se på trening da.» (Nr. 5)*

En annen deltaker sa det på denne måten:

*«Jeg tenker at det er litt den forpliktelsen til å møte opp jeg. Synes det er litt dårlig gjort ovenfor gruppa og ikke møte opp.» (Nr. 6)*

Flere deltakere forklarer hvordan følelse av forpliktelse dermed har hjulpet dem til å faktisk komme seg ut, ikke sluntre unna og til å få et litt annet syn på trening. Det ble nevnt at dersom man er alene om treningen, er det litt for lett å sluntre unna. Derfor er gruppeforpliktelsen for flere av deltakerne en form for trygghet og hjelp til at treningen med større sannsynlighet blir gjennomført.

*«Uten den gruppa så hadde jeg aldri i mitt liv trent. Rett og slett. (...) Det er sosialt, og den forpliktelsen. Så for min del har jeg hatet trening, men nå ser jeg litt annerledes på det.»* (Nr. 3)

Deltaker syv beskriver gruppeforpliktelsen slik:

*«Også tenker jeg at det er forventet at jeg kommer, så hvis jeg ikke dukker opp... Altså hvis jeg ikke gjør dette her, så kan jeg bare sluntre unna. Hvis det bare var meg som skulle trene. Men nå føler jeg at jeg er en del av gruppa, de andre deltagerne og de som har det på en måte. Føler at de venter jo at jeg kommer.»* (Nr. 7)

En annen faktor flere av deltakerne trekker frem som begrunnelse for hvorfor gruppetrening er effektivt, er den aksepten og romsligheten de føler på i gruppene på frisklivssentralen. Noen av deltakerne forteller at de tidligere har forsøkt å trene andre steder, men at de ofte har blitt møtt med nedlatende blikk og dermed ikke følt seg komfortabel med trening blant andre mennesker. Dette har for mange ført til at treningen har uteblitt. I gruppene på frisklivssentralen forteller deltakerne derimot at de føler seg trygge og mer på lik linje som de andre deltakerne. Her blir en akseptert for den man er, i tillegg til at ingen ser ned på deg. I treningsgruppene har tross alt alle noe helse relatert de jobber med. Dette gir rom for å fokusere kun på seg selv og dermed ha mulighet til å finne en treningsglede - noe flere av deltakerne forteller at de har gjort.

*«Når det står en person foran deg som ikke bare ser rart på deg for at du kommer – for det merker man jo veldig ofte når man er mye større enn alle andre. Da er det veldig ålreit å komme dit. (...) Der er man akseptert for den man er.»* (Nr. 1)

Deltaker fem og syv deler dette synspunktet og beskriver aksepten de føler på i gruppene på følgende måte:

*«Det funker bra å være DEG, at jeg gjør sånn og så mye orker jeg. Og at det er akseptert og at det ikke går utover noen andre.» (Nr. 5)*

*«Man føler at man er på samme nivå.. Det er ikke noe «se og bli sett»-sted hvertfall.» (Nr. 7)*

Et stort flertall deltakere trekker frem den sosiale gevinsten ved å være del av gruppene på frisklivssentralen. Det at deltakerne har en hyggelig gruppe mennesker å gå til, der man venter på hverandre, er for mange viktig. Deltakerne forteller hvordan gruppene ikke bare blir jobbing, det blir også noe sosialt å se frem til. Trivelige veiledere og meddeltakere i gruppa, er det flere som opplever hjelpsomt for treningsmotivasjonen.

*«Det er jo bare hyggelige folk der. (...) Det hjelper at de (\*veilederne\*) er så åpne, trivelige, uformelle, sosiale og alt det der – det hjelper jo veldig. For å gjøre det attraktivt.» (Nr.2)*

Deltaker seks og syv trekker frem den sosiale gruppetilhørigheten og hvordan det sosiale samholdet bidrar til at man kommer seg på treninger.

*«Det er den gruppetilhørigheten ved å tenke at her skal jeg være med denne gruppa og da må jeg møte opp. (...) Det er noen som venter på meg. Og hvis du har vært borte en gang, så er det liksom litt sånn «vi savna deg på treninga!»» (Nr. 6)*

*«Men nå føler jeg at jeg er en del av gruppa, de andre deltagerne og de som har det på en måte. Føler at de venter jo at jeg kommer.» (Nr. 7)*

På spørsmål om hva som er bra ved å være del av en gruppe, blir også en fjerde faktor trukket frem av tre av deltakerne. De nevner fordelene av å kunne få innspill og impulser fra andre deltakere i gruppen. I gruppene foreligger en mulighet til å lære av hverandre. I tillegg kan tanker rundt helserelevante utfordringer og problemstillinger deles. Det er en trygghet å vite at det er flere som jobber med det samme som deg, eller som jobber mot et annet helserelevanter

mål. Man har mulighet til å dele tips og triks med hverandre. Deltakerne er ikke alene om å gå gjennom en livsstilsendring, og dette er for mange godt å kjenne på.

*«På trening er det greit å være fler, så lenge det er flere som har noen skavanker – så kan man dele litt på det at det ikke er alt som er så lett.» (Nr. 1)*

Deltaker tre og fire poengterer nyttigheten av å dele informasjon og erfaringer med hverandre:

*«Så er det noe med det at man har jo ikke alle ting i hodet, så du får jo impulser fra andre – ting du ikke tenkte på selv, det er det andre som har tenkt på.» (Nr. 3)*

*«Jeg kunne ha nytte av den personen. Og jeg kan dra nytte av den personen. Få inn informasjon fra andre. Ting du kanskje ikke har tenkt på. For eksempel hvordan de har løst ting.» (Nr. 4)*

#### 4.2 Faste avtaler og ferdig planlagt opplegg er gull

Deltakerne forteller at noe av det som ga dem mest utbytte ved å delta på frisklivssentralen, var fortjenesten av å ha faste avtaler - enten med veileder alene, med treningsgruppen eller i form av kurs å delta på. De faste avtalene bidro til at deltakerne hadde noe konkret å gå til, som «tvinger» dem ut av stolen hjemme. Flere fortalte at de fort hadde blitt sittende hjemme, hadde det ikke vært for avtalene med frisklivssentralen. Dette bidro til at treningsøkter og kurs ble fullført, til tross for at motivasjonen ikke alltid var på topp.

*«For hvis ikke du har noe fast å gå til, så klarer vi det ikke. For når du kommer så langt at du kommer på frisklivssentralen – på livsstilsendring, både når det gjelder vekt og ikke vekt – vi klarer det ikke alene. For da hadde vi gjort det for lenge siden.» (Nr. 4)*

Videre forteller deltaker fire hvorfor nettopp forpliktelsen og de faste avtalene er så viktig:

*«For når du kommer så langt som til frisklivssentralen, så må du ha forpliktelser – for ellers så detter du ut. (...) Da må du ha noe mer enn «opp til deg selv,» for opp til deg selv klarer du ikke. (...) Det er viktig å ha noe å gå til, noe som drar deg ut. (...) Hvis jeg ikke har avtaler, da blir jeg sittende i stolen inne hele veien.» (Nr. 4)*



Deltakerne forteller hvor hjelpsomt det er å vite at det alltid er en veileder som venter på dem på frisklivssentralen. Dukker ikke deltakerne opp, vil de bli savnet. Videre er det flere av deltakerne som nevnte hvor viktig det er for dem å informere veilederne dersom de ikke får møtt opp som planlagt til en treningsøkt eller til et kurs. Dette bidrar til større grad av forpliktelse og gjør terskelen for å ikke møte opp enda høyere. Det er ikke bare å «sluntre» unna. Flere av deltakerne trekker også frem fordelene av å komme til et ferdig planlagt opplegg, der de selv ikke trenger finne ut av hva de skal gjøre. Mange setter pris på at veilederne bestemmer og tar styringen, og som flere deltakere nevnte: veilederne er jo fagfolk som vet hva de driver med. Endel av deltakerne forteller at de føler seg usikre, både innen ernæring og trening, og at det derfor er fint at noen som har peiling har tenkt for deg.

*«Jeg har jo prøvd å slanke meg såpass mange år at jeg vet det ikke fungerer så lett. Så når andre kan ta litt styring, så kan det hende det er litt lettere. (...) Jeg liker best at de bestemmer litt.» (Nr. 1)*

To av de andre deltakerne beskrev det på denne måten:

*«Fordi man har så mye annet å tenke på når man er inni det systemet, det er jo en grunn til at du er der. Og da er det veldig greit å bare komme å vite at i dag er det styrkeøkt – ferdig. Bare gjør det du får beskjed om, også kan du gå hjem igjen. Det er veldig, veldig bra.» (Nr. 6)*

*«Jeg synes det er veldig greit – i hvertfall nå når jeg skal lære meg å trene igjen – at her er det noe jeg kan komme til og det er klart det jeg skal gjøre.» (Nr. 7)*

#### 4.3 Det hjelper lite med kjefting og hard pushing – smil og motiverende ord gjør susen

Til tross for at det ikke ble stilt spørsmål direkte knyttet til deltakernes veiledere, er det naturlig at veileder dukker opp som et tema når deltakerne skal dele erfaringene sine fra veiledningsprosessen. Det kom frem svært mye positivt knyttet til veilederne deres; nesten alle deltakerne beskriver sine nåværende veiledere som blide, positive og hjelpsomme - og hvor viktig nettopp dette er for deltakerne. Deltakerne satt nemlig med relativt klare formeningene om hva de ser på som en god veileder.

*«Men det som først og fremst gjør det attraktivt og at det er lett å bli med inn i programmet i 12 uker uten å falle ut, det er at de (\*veilederne\*) er veldig blide, positive og hjelpsomme.»*

(Nr. 2)

*«Så jeg føler veldig sånn med de som jobber der, at de lager det veldig trygt.»* (Nr. 7)

Deltakere hadde også klare tanker om hvordan veiledere som skal hjelpe med vektreduksjon bør opptre. Det var en enighet blant deltakerne om at de ønsket veiledere som var motiverte og engasjerte i jobben sin. På den måten kunne veilederne smitte deltakerne med motivasjon. Samtidig burde veilederne, ifølge deltakerne, være åpne og fordomsfulle.

*«Det viktigste for meg er at de møter meg uten å studere meg først, for da får jeg bare lyst til å gå. Og at de møter meg med et åpent sinn, at jeg er en vanlig person. Og møte meg med et stort smil, det synes jeg er veldig godt – da blir jeg fort sjarmert. (...) Smil og litt humor trenger alle. Akkurat det trenger i hvertfall jeg mye av.»* (Nr. 1)

*«Alle veilederne her er veldig dedikerte til sin jobb og står på, prøver å motivere og er forberedt og samtidig forståelsesfulle. Det er veldig mye av suksessfaktorene til en veileder. (...) Man bør ta de beste veilederne som er motivert til den type arbeid.»* (Nr. 5)

Selv om de fleste deltakerne hadde mye godt å si om sine nåværende veiledere, hadde noen tidligere opplevd veiledere på frisklivssentralen de mente var umotiverende og som ikke bidro til at vektreduksjonen ble noe enklere. Andre forteller også hva de ser for seg ville vært en dårlig måte å utføre veiledning på. Felles for disse refleksjonene er at deltakerne ikke setter pris på for mye pushing og strenghet fra veileders side.

*«Noen (\*veiledere\*) har vært litt overivrige da – tror at vi er toppidrettsutøvere. Det er vi ikke. Og noe som irriterer meg litt noen ganger er at jeg skal bli så mye bedre. Altså jeg blir ikke bedre i lungefunksjon. Altså den kommer aldri til å bli bedre, samma hva du sier. For «hvis du bare tar i litt til nå, så blir det bedre.» Ehh nei, hvis jeg tar i litt til nå, så stopper det helt, da må jeg stå stille i ti minutter.»* (Nr. 5)

En annen deltaker har lignende oppfatning:

*«Det var en av trenerne som var veldig... hun var den eneste som sa vi måtte skjerpe oss og at vi måtte klare mer. Jeg gikk bort til henne og sa: (...) «Alle mister jo motet, det er jo ingen som klarer, du tar helt fra dem mestringsvevne og alt.» (...) Egentlig burde noen fått applaus for at de sto opp og i det hele tatt kom på trening, så hvis du da skal få kjeft for at du ikke tar i.» (Nr. 6)*

Flere deltakere forteller hvordan de setter pris på å ikke bli «kjeftet» på dersom det har oppstått et avvik fra trening- eller kostholdsplanen. I løpet av en livsstilsendring kan avvik som dette ofte forekomme, noe flere av deltakerne selv forteller å ha opplevd. Da har de satt pris på og bli møtt med vennlighet og forståelse fra veilederne, fremfor «straff».

*«Hun kjefter ikke på meg om jeg har spist noe feil. Men hun prøver bare å få meg til å spise det riktige. (...) Man blir jo litt hårsår når man har vært tjukk i mange år. Man har jo fått mye kommentarer, blikk og slikt. Og da når man blir møtt på en slik måte på en slik plass, så blir det mye enklere å ta til seg det de vil prøve å hjelpe deg med (...).» (Nr. 1)*

En annen deltaker fortalte om noe av det samme:

*«For det har alltid vært sånn positiv tone, aldri noe straff. Det er ingen trusler for å si det sånn. Det er bare smil.» (Nr. 3)*

#### 4.4 Det meste er bra, men for å sette fingeren på noe...

Alle deltakerne ble spurt om det var noe de skulle ønske var annerledes i veiledningsprosessen deres på frisklivssentralen. Hvordan kan det legges til rette for at vektreduksjonen skal bli enklere? Flesteparten av deltakerne var svært godt fornøyd med veiledningen de fikk, og opplegget de gikk gjennom. Likevel hadde noen tenkt på ting de ønsket var annerledes eller som de hadde savnet i veiledningsprosessen sin, for å optimalisere sin vektreduksjon. Fem av deltakerne nevnte at de ønsket flere muligheter til å være med på trening og kurs. Det vil si; flere dager i uken å velge mellom. Flesteparten ønsket flere mulige dager for å sikre seg at de kan delta på nok treningsøkter eller få med seg alle kurs, uten at dette forstyrres av andre planer de måtte ha. Kontinuitet er et viktig nøkkelord for mange. En av deltakerne forteller til eksempel at grunnet turnusjobbing, er det ikke alltid lett å få med

seg de øktene som er satt opp i løpet av en uke. Dermed kan den jevne flyten i treningen bli brutt. Dette er noe som for mange oppleves forstyrrende, og kan gjøre det vanskelig å komme i gang igjen.

*«Trening to dager i uka, det hadde vært fint. Jeg jobber turnus, så det er ikke alle jeg får vært med på.» (Nr. 1)*

Deltaker fire deler samme synspunkt:

*«Kurs to dager i uken, men at du selv valgte en dag. Og passet det ikke den ene dagen så kunne du komme den andre dagen. Slik at du alltid hadde muligheten.» (Nr. 4)*

Andre deltakere ønsket flere økter i uka, av den grunn at de ville trene enda mer sammen med gruppa på frisklivssentralen. Det var også en av deltakerne som ønsket seg mer informasjon om de ulike tilbudene frisklivssentralen har å by på. Ifølge denne deltakeren har frisklivssentralen mange flotte tilbud, men deltakeren følte det var opp til dem selv å måtte spørre seg frem til dette selv.

*«Jeg følte ikke det var noen generell presentasjon av hva som lå i tilbudsmappa deres liksom. (...) Det kunne de kanskje ha gjort noe med. For det var litt opp til den enkelte å spørre om ting. Og det er jo litt sånn ar når du tar kontakt med frisklivssentralen, så er det jo ikke sånn at du er helt proppfull av pågangsmot. (...) Du har ikke den driven til å komme i gang og nettopp derfor kunne det vært veldig fint om de kunne hatt en sånn generell presentasjon med hva de kan tilby.» (Nr. 6)*

Alle deltakerne var godt fornøyde med innholdet i treningsopplegget de deltok på i regi av frisklivssentralen. Når det kom til veiledningen de mottok innen ernæring, var der derimot delte meninger. Flere mente veiledningen de fikk knyttet til kosthold, spesielt BraMat-kurset, var for generell. Tre av deltakerne hadde derfor et ønske om mer spesifikk og individuell rettet kostholdsveiledning. I tillegg ønsket fler seg tettere oppfølging knyttet til kostholdet sitt. Deltakerne var opptatt av at riktig kosthold er en viktig del av vektreduksjonen, men følte samtidig at de sto med ansvaret alene - da veiledningen de mottok på dette området var noe generell. Mange nevnte at det de lærte på frisklivssentralen, kunne de allerede fra før. Flere

har derfor forsøkt å lese seg opp på egenhånd, men synes det er vanskelig å navigere seg frem i havet av all informasjon som finnes knyttet til ernæring. Dette skapte frustrasjon blant flere av deltakerne.

*«Jeg skal egentlig ikke ha i meg brød, det påvirker kroppen min veldig dårlig. Kan vi lage noe erstatning for brød som ikke inneholder hvetemel? Da kunne vi ha gjort det, sant. Og hvis jeg hadde sagt ulike ingredienser som jeg ikke tåler, så kunne vi laget det. Og gått litt mer på person, og lage sånne ting i praksis. (...) Jeg savner at det ikke er noe mer konkret på ting. (...) For det er jo veldig individuelt fra person til person.» (Nr. 4)*

En av de andre deltakerne beskrev det på denne måten:

*«Akkurat når det gjelder det kostholdskurset de har, det synes jeg ble litt for generelt på en måte. (...) Fordi alle som skal slanke seg vet at man må spise færre kalorier enn det man bruker. Og man vet at man ikke skal ha salt og sukker, og man vet at man skal drikke mye vann. Det var liksom sånn – det var ikke noe utover det.» (Nr. 6)*

Deltaker syv ønsket også mer personlig rettet veiledning knyttet til kosthold:

*«(\*Jeg ønsker meg\*) kanskje enda mer av den ernæringsdelen. Oppfølging av den også. (...) Man kunne jo også fått: «hvis du vil slanke deg, hva skal du gjøre da. Dette er lurt hvis du skal enda mer ned i vekt på en sunn måte». Jeg har gått ned seks kilo og jeg har jo ikke vært helt strømlinjeforma på alt liksom, men mye mer bevisst. Og jeg tenker at hvis man bare fikk enda litt mer korrigerende underveis, så hadde det vært enda bedre da.» (Nr. 7)*

Et siste punkt deltakerne skulle ønske var annerledes omhandler lengde på veiledningsperioden på frisklivssentralen. Flere synes veiledningsperioden, som i utgangspunktet er på tre måneder, er for kort. Derfor ønsket de seg enda lenger periode med oppfølging og argumenterer med at livsstilsendring tar tid.

*«Det (\*resept på tre måneder\*) er nok for lite for å få inn et sånt mønster i kroppen, tenker jeg – da er det for lite.» (Nr. 7)*

Flere nevner at jevnlig og langvarig oppfølging er helt nødvendig for å ikke dette ut av de nye vanene og for å oppnå et godt resultat. De aller fleste hadde derfor fått forlenget veiledningsperioden sin med tre nye måneder, noe de var svært glade for. På denne måten opplevde flere at det var enklere å holde fast ved nye rutiner og vaner, og få disse godt innarbeidet før de skulle klare seg helt på egenhånd. På bakgrunn av dette hadde deltakerne klare ønsker knyttet til lengde på veiledningsperioden:

*«(\*Et ønske er\*) at du har oppfølging kanskje en gang i måneden i kanskje et halvt år. For det viktigste med den oppfølgingen er på en måte og ikke miste helt kontakten med det. Og samtidig kanskje få en liten boost. (...) Det er liksom det å holde det. Og det er det som er, holdt jeg på å si, nøkkelen for alt det her. Liksom det å holde strikken stram på et vis. For det er jo snakk om disiplin over lang, lang tid.» (Nr. 3)*

*«Jeg tenker også at når man først kommer inn under et sånt program da, så kunne det godt ha vært to halvår. Det tenker jeg det hadde vært enda mer resultat på da.» (Nr. 7)*

## 5 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg bruke hovedfunnene som utgangspunkt til å drøfte hva deltakerne på frisklivssentralen erfarer at har betydning i veiledning i forbindelse med vektreduksjon. De mest sentrale funnene i studien diskuteres gjennom de to forskningsspørsmålene; hva deltakerne mener er nyttig med veiledningen i forbindelse med deres vektreduksjon (kapittel 5.1) og hva deltakerne opplever er utfordrende eller mangelfullt ved veiledningen (kapittel 5.2). Deltakers erfaringer rundt veiledningen drøftes i lys av teori om empowerment og motivasjon, samt opp mot eksisterende forskning på feltet.

Analysen viste at deltakerne var enige om flere elementer i veiledningen som fungerte godt rettet mot deres vektreduksjon. Et tydelig funn var hvordan alle deltakerne satte pris på å trene i gruppe. Hvorfor gruppetreningen var nyttig var det derimot ulike meninger om, fordelt på hovedområdene: forpliktelse, sosial tilhørighet, aksept og innspill fra resten av gruppa. Videre var det flere deltakere som mente faste avtaler å forholde seg til og et forhåndsbestemt opplegg å være med på, var svært nyttig for å sikre fremgang i deres vektreduksjon – og dermed en viktig del av veiledningen. Funnene viste også at støttende, positive og anerkjennende veiledere bidro til økt motivasjon for livsstilsendringen blant deltakerne. Veiledere som er strenge og for pågående, bidro til det motsatte. Deltakerne hadde ulike tanker i forhold til utfordringer eller savn ved veiledningen. Noen av deltakerne nevnte at kosthold var den vanskeligste delen av livsstilsendringen, og flere savnet derfor tettere oppfølging og mer personlig rettet veiledning på dette området. Funnene viste også at over halvparten av deltakerne ønsket seg flere muligheter til å benytte seg av kurs og treninger, i tillegg til at endel hadde ønske om en lang periode med oppfølging.

### 5.1 Deltakernes synspunkt på hva som fungerer i veiledningen

Det er tydelig at deltakerne sitter med flere positive erfaringer knyttet til veiledningen de mottar på frisklivssentralen, og det kommer tydelig frem at de fleste er godt fornøyd med tilbudene de benytter seg av. Dermed har de også erfaringer med hva som fungerer i veiledning i der målet er vektreduksjon.

### 5.1.1 Gruppe

Et av de mest gjennomgående elementene deltakerne trakk frem som virkningsfullt i veiledningen, var trening i gruppe. Flere nevnte at de ikke hadde trent eller vært aktive, om det ikke hadde vært for gruppen. På spørsmål om hvorfor det er slik, blir den sosiale gevinsten ved å være en gruppe trukket frem. Gruppene blir et sosialt treffpunkt, som deltakerne gleder seg til. Ifølge Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler (2022), skal den fysiske aktiviteten i grupper på frisklivssentraler gi mulighet for sosial støtte og et utvidet nettverk (s.14). Sosial støtte ser nemlig ut til å ha stor betydning for en vellykket atferdsendring (Helsedirektoratet, 2022, s. 12). Sosial tilhørighet har også stor betydning i motivasjonssammenheng og gruppetreninger kan derfor være med å styrke deltakernes selvmotivering til trening (Martinsen, 2018, s. 199). Dette kan forklares av selvbestemmelsesteorien til Ryan og Deci, som Diseth (2019) beskriver grundig; mennesker har et psykologisk behov for relasjon og dette behovet kan være med å påvirke vår indre motivasjon. Det psykologiske behovet for relasjon innebærer blant annet at mennesker opplever en gjensidig følelse av tilhørighet. Sosiale interaksjoner er den grunnleggende forutsetningen for å dekke dette behovet og derfor er positive sosiale interaksjoner med andre mennesker motiverende for oss (s. 48). I tillegg viser tidligere studier hvordan variabler for bedre helse henger sammen med sosial støtte, fysisk- og psykisk helse (Følling et al., 2015). Dette kan være med å forklare hvorfor deltakerne finner det virkningsfullt å være del av en gruppe på frisklivssentralen og hvorfor dette er et effektivt tiltak i veiledningen. Gjertsen et al. (2021) foreslår i sin studie hvordan veilederne kan fokusere på å organisere intervensjonen på frisklivssentralen på en måte som gjør at deltakerne kan ha kontakt med hverandre, slik at deres sosiale nettverk og større utvides (s. 9).

Det går igjen blant deltakerne hvordan treningen tidligere har uteblitt, blant annet grunnet usikkerhet rundt treningsøvelser, vektstigmatisering og følelsen av å ikke passe inn på et treningssenter. Dette har gjort at fler av deltakerne har fått negative assosiasjoner i forbindelse med trening. På frisklivssentralen har deltakerne derimot opplevd å bli akseptert for den de er på trening. Det ser ut til at å være del av en gruppe der alle har en form for helseutfordring, skaper trygghet og økt selvtillit blant deltakerne. Kanskje er det også slik at det å bli anerkjent av likemenn i en gruppe fremmer empowermentprosessen, uavhengig av selve veiledningen. Torstveit et al. (2018) beskriver hvordan viten om at det finnes andre i gruppen man kan identifisere seg med og få støtte av, kan bidra til opprettholdelse av atferdsendring (s. 371).



Denne tematikken belyses også av en studie utført av Gjertsen et al. (2021), som undersøkte hvordan sosiale relasjoner og tidligere opplevelser i livet påvirket personers ønske om støtte i etablering av sunne vaner. I studien kommer det blant annet frem hvordan møte med deltakere i samme situasjon som seg selv var en positiv og betryggende faktor med å delta på frisklivssentralen (s. 1 og 7). Studien til Engström et al. (2016) presenterer lignende funn; selvtillit og følelsen av å være verdifull økte blant deltakerne når de kunne møte andre i samme situasjon som en selv og dele opp- og nedturen (s. 5). En mulig effekt av positiviteten blant deltakerne tilknyttet treningsgruppene på frisklivssentralen, kan ut ifra dette tenkes å være at deltakerne opparbeider gode opplevelser tilknyttet trening. Dette fremstår viktig for vektreduksjon; ifølge en studie utført av Salemonsens et al. (2020b) vil det å oppleve positive effekter av trening kunne påvirke deltakers motivasjon for fysisk aktivitet, samt deltakers velvære (s. 7). Videre kan Helsedirektoratet (2011) påpeke hvordan deltakere som får en positiv opplevelse av å gjennomføre en aktivitet, vil ha større sjans for å fortsette men denne aktiviteten (s. 24).

Det kan tenkes at trening i en trygg gruppesituasjon på frisklivssentralen bidrar til at deltakerne får tro på at de klarer å utføre treningen og dermed opplever en positiv mestringsforventning. I følge Diseth (2019) handler mestringsforventning om troen på å mestre ulike oppgaver gitt de evner man har i den situasjonen man befinner seg i (s. 143-145). Den sosialkognitive teorien forklarer mestringsforventning som en avgjørende motiverende faktor (Bandura, 1997). Prescott og Børtveit (2004) poengterer hvordan intervensjoner som forsterker deltakers tiltro til egen mestringssevne er særlig viktig i livsstilendring, da endring for mange kan være svært utfordrende (s. 117). I lys av mestringsstro er det også relevant å trekke inn empowerment. I følge empowermenttenkning vil deltakers individuelle empowerment utvikles når følelse av mestringsstyrke styrkes (Tveiten, 2019, s. 66-67). Askheim (2012) belyser hvordan individet blir satt i stand til å oppleve kontroll over eget liv når styrke og ressurser mobiliseres, slik at individet har mulighet til å mestre hverdagens utfordringer. Fokuset i individuell empowerment ligger i å styrke individet (s. 35 og 67). Ut ifra dette kan det tenkes at romsligheten, tryggheten og aksepten deltakerne opplever i gruppene gir rom for å føle på positiv mestringsforventning, motivasjon og individuell empowerment. Når deltakers indre motivasjon styrkes, kan opplevelsen av at aktiviteten er viktig og interessant oppstå. Ifølge Diseth (2019) vil dette igjen blant annet bidra til større grad av utholdenhet (Diseth, 2019, s. 99). Dermed kan dette være en del av forklaringen til hvorfor deltakerne

klarer å gjennomføre gruppetreninger på frisklivssentralen over en lenger periode, i motsetning til å skulle trene tilsvarende på egenhånd.

Flertallet av deltakerne i studien nevner hvor avgjørende gruppeforpliktelse er for livsstilsendringen de gjennomgår. Det å vite at noen venter på deg, er for mange svært betydningsfullt. Som en av deltakerne fortalte; «hvis jeg ikke har avtaler, da blir jeg sittende i stolen inne.» Gruppementaliteten sto sterkt for fler; «man må møte opp – gruppa venter jo.» Ifølge Mæland (2021) kan regelmessig trening ofte hemmes av mangel på motivasjon og lav tiltakslust. Det å ha andre å trene sammen med vil derimot kunne hjelpe mange i gang (s. 196). Annen forskning har også dokumentert at for deltakere ved frisklivssentraler er faste avtaler en viktig faktor for å etablere sunne vaner. Forpliktelsen gjør at deltakerne har motivasjon til å komme seg ut og begynne etablering av de sunne vanene (Gjertsen et al., 2021, s. 7). Denne positive gruppeforpliktelsen bidrar til at deltakerne frivillig møter opp regelmessig til avtalte treningstimer. Dermed tar deltakerne aktiv kontroll over eget liv og helse ved å prioritere trening. Tveiten (2020) poengterer hvordan det å ta kontroll i eget liv er et viktig prinsipp i empowermenttenkningen (s. 47). Det kan derfor tenkes at deltakerne føler seg empowered når de aktivt tar meningsfulle valg, som å møte opp på trening, for å bedre egen helse. Dette kan være med på å forklare hvorfor forpliktelsen er så viktig for deltakerne; følelsen av å være empowered kan bidra til økt selvfølelse, trygghet, samt opplevelse av å ha kontroll i eget liv. Ifølge Helsedirektoratet kan opplevelse av kontroll igjen motivere til endring (2018). I følge Diseth (2019) kjennetegner følelsen av at det er en selv som bestemmer og gjør egne valg, opplevelsen av indre kontroll. Det å ha kontroll over en situasjon oppleves motiverende (s.141). Dette er også en viktig del av teorien om mestringsforventning (Bandura, 1997; Diseth, 2019, s. 143). Derfor kan det tenkes at deltakernes følelse av indre kontroll i forbindelse med oppmøte på treningene, i tillegg bidrar til å styrke deltakernes motivasjon.

Det kan videre være interessant å diskutere hvilken type motivasjon gruppeforpliktelsen gir deltakerne. Diseth (2019) forklarer hvordan motivasjon først og fremst er en indre tilstand, men at atferd også kan bli påvirket av ytre faktorer. Derfor er det vanlig å skille mellom indre og ytre motivasjon (s. 83). Ifølge Meland og Sandal (2021) handler indre motivasjon om personlig engasjement og egenvilje, mens den ytre motivasjonen til eksempel baserer seg på ytre press (s. 3). Diseth (2019) forklarer videre hvordan indre motivasjon bygger på

tilfredsstillelse av psykologiske behov, mens ytre motivasjon har utgangspunkt i påvirkning fra omgivelsene og kontrolleres av belønning og straff (s. 129). På den ene siden kan det se ut til at gruppeforpliktelsen deltakerne føler på representerer en form for ytre motivasjon. Dette fordi deltakerne føler ytre press, ved at resten av gruppa blir skuffet dersom de ikke møter opp på trening. I tillegg føler deltakerne på anerkjennelse fra gruppa dersom de møter opp, noe som kan anses som en form for belønning. På den andre siden poengteres det at treningen også oppleves viktig å gjennomføre for deltakerne, noe som kjennetegner en form for indre motivasjon. Diseth (2019) forklarer hvordan en situasjon ofte vil inkludere både indre og ytre motivasjonsfaktorer (s. 83). Videre belyser Diseth (2019) hvordan ytre motivasjon kan internaliseres ved at belønning og straff blir erstattet med egen samvittighet. I stedet for at aktiviteten utføres grunnet belønning eller unngåelse av straff, kan aktiviteten utføres fordi dette er noe man bør gjøre. Videre kan følelsen av at aktiviteten er viktig å utføre dukke opp. Til slutt kan atferden oppleves engasjerende. På denne måten er atferden blitt internalisert, slik at den er mer autonom. Autonom motivasjon omfatter indre motivasjon. Siden vi mennesker har et grunnleggende behov for relasjoner, kan den ytre motivasjonen internaliseres ved å appellere til relasjonsbehovet (s. 122-123). Dersom deltakerne blir påvirket av personer de har en relasjon til, vil det bli lettere å akseptere internalisering av atferd som tidligere var motivert av ytre motivasjon. Det kan derfor være naturlig å tenke at gruppeforpliktelsen langsiktig sett vil bidra til indre motivasjon hos deltakerne. Dette ved at deltakerne i første omgang utfører trening som følge av ytre motivasjon, for deretter å internalisere motivasjonen til å være indre betinget ettersom relasjonene i gruppa blir sterkere. Ifølge Meland og Sandal (2021), er det den indre motivasjonen som gir energi til å opprettholde nye vaner (s. 3). Derav fremstår gruppeforpliktelsen viktig for deltakernes langsiktige opprettholdelse av sunne vaner relatert til vektreduksjon, til tross for at den for noen kan tenkes å være basert på ytre motivasjon innledningsvis.

### 5.1.2 Veileder

Et annet aspekt som hadde betydningen for deltakerne i veiledningen, var veileders væremåte. Til tross for at det ikke ble stilt direkte spørsmål vedrørende deltakernes veiledere, var dette et tema de fleste tok opp. Dette er naturlig, da veilederne tross alt er en stor del av perioden på frisklivssentralen. En gjennomgående observasjon er hvordan deltakerne legger lite vekt på veileders fagkompetanse eller utdanning i sine fortellinger, det er heller veileders væremåte og personlighet som trekkes frem. Måten de fleste deltakerne snakker om veilederne sine,

som svært positive og forståelsesfulle, gir inntrykk av at veilederne betyr mye for deltakerne. Det blir også gitt uttrykk for at veileders væremåte er helt essensielt for å skape tillitt, trygghet og motivasjon hos deltakerne. Ifølge Tveiten (2020) er tillitt og respekt helt nødvendig i veiledning av brukere. Relasjonen i veiledningen må være støttende og anerkjennende, for utvikling av mestring relatert til egen helse (s.100). Dette støttes også av tidligere forskning utført på frisklivssentraler, hvor Salemonsens et al. (2018) fant at overvektige deltakere opplevde håp og mestring som et resultat av støtten de fikk på frisklivssentralen - som igjen styrket deres motivasjon til å fortsette livsstilsendringen (s. 10). I likhet finner forskning utført av Sagsveen et al. (2018) hvordan det å bli respektert, anerkjent og samtidig ha et tillitsfullt forhold med veilederne sine, blir ansett som en forutsetning blant deltakerne for å skulle endre helserelatert atferd (s. 231). Studien til Følling et al. (2015) poengterer hvordan deres deltakere var svært takknemlige for at frisklivssentralen og de ansatte var der for å skulle hjelpe (s. 4).

Ifølge Tveiten (2020) er en relasjon basert på tillitt mellom deltaker og veileder et grunnleggende element for medvirkning i empowermentprosessen. Relasjonen skal være et likeverdig partnerskap (s. 82). Dette legger til rette for at deltaker ikke bare er en mottaker, men også en som har mulighet til å delta. Deltakelse i avgjørelser som omhandler egen helse er en forutsetning i empowerment, og støtter opp under maktomfordelingsprinsippet (Tveiten, 2020, s. 33). Makt er nært forbundet med tillitt (Tveiten & Boge, 2014, s. 19). Når veilederne legger til rette for at deltaker oppnår kontroll over egen helse, kan dette forstås som hjelp til å ha makt i kraft av seg selv. Ifølge Tveiten og Boge (2014) kan makt bety både kunnskap, kontroll eller muligheten til å foreta seg noe (s. 18). I lys av empowerment, kan det derfor tenkes at deltakerne får en opplevelse av myndighet, en følelse av å være empowered, når veilederne fremstår positive, støttende og dermed legger til rette for medvirkning og omfordeling av makt. Motsatt kan det se ut til at strenge og pushende veiledere fratru deltakerne følelsen av å være empowered. Dette er noe deltakerne selv poengterer, ettersom flere har tidligere erfaringer med veiledere som etter deres mening fremsto for pushende og kravstore. En av deltakerne beskrev konsekvensen av veiledere med denne tilnærmingen; «veilederen tok fra alle både mot og mestringsevne.»

Videre ser det ut til at veileders væremåte og den gode relasjonen mellom deltaker og veileder, også er med på å gi deltakerne motivasjon til vektreduksjonen. Ifølge Ryan og

Deci's selvbestemmelsesteori (2017) er relasjoner et psykologisk behov som handler om å bli ivaretatt av andre, bry seg om andres behov og føle en sikker tilknytning til andre. Diseth (2019) beskriver videre hva som skjer dersom tilfredsstillelsen av det psykologiske behovet for relasjon blir hemmet over en lenger tidsperiode; dette kan føre til at man mister motivasjon og gir opp. Motsatt vil opplevelsen av motivasjon og trivsel øke, dersom behovet blir tilfredsstilt (s. 38 og 48). Dette kan forklare hvorfor fler av deltakerne nevnte hvordan uengasjerte og strenge veiledere ikke bidro til en vellykket endringsprosess – heller tvert imot. I studien til Salemonsens et al. (2020a) kommer det frem hvor viktig det er for de ansatte på frisklivssentralen å møte deltakerne med vennlighet og gjestfrihet - samt se, høre og anerkjenne deltakerne for den de er (s. 5). Flere av deltakerne i denne studien presiserer viktigheten av at veilederne deres viser dem nettopp dette; tiltro og anerkjennelse. Dette kan settes i sammenheng med den sosialkognitive teorien om mestringsforventning (Bandura, 1997). Deltakerne vil dra stor nytte av å ha en positiv mestringsforventning til seg selv og til målet om vektreduksjon, når de skal endre innarbeidede vaner i forhold til vekt (Mæland, 2021, s. 119). Veiledere som er engasjerte, viser tiltro og gir positive tilbakemeldinger, vil dermed kunne påvirke deltakernes selvfølelse og mestringstro (Martinsen, 2018, s.199). Dette kan belyse hvorfor deltakerne opplever støttende veiledere som svært nyttig i endringsprosessen.

### 5.1.3 Forhåndsbestemt opplegg

Et tredje element deltakerne trekker frem som positivt i veiledningen, er å ha et ferdiglaget opplegg å gå til. Dette inkluderer både treningsøkter, kostholdskurs og individuelle helsesamtaler. Deltakerne forteller at de har mulighet til å komme med innspill og ønsker vedrørende opplegget på frisklivssentralen. Likevel kommer det frem at de synes det er best at veilederne bestemmer oppleggets form og innhold, og synes dette føles lettere enn å måtte tenke ut et opplegg selv. Det blir nevnt at deltakere på frisklivssentralen ofte har mye annet å tenke på, og at det derfor er en fordel å bare kunne møte opp. «Veilederne har erfaring med dette og vet hva de driver med,» nevnes det. Flere av deltakerne kan også fortelle hvordan de i lang tid før oppstart på frisklivssentralen har forsøkt å gå ned i vekt, men uten og lykkes. Det å nå få hjelp og støtte av veilederne, oppleves på mange måter som en ny mulighet til og lykkes. Andre studier støtter opp om dette. I en studie relatert til brukerinvolvering hos deltakerne på frisklivssentralen, finner forskning utført av Sagsveen et al. (2018) at de fleste ser seg selv som uerfarne innen trening og at de derfor velger å ikke involvere seg i

planlegging og organisering av treningsøkter. I tillegg finner studien at enkelte foretrekker at veilederne tar beslutninger grunnet deres eget psykologiske stress (s. 230).

Det er interessant å se nærmere på deltakernes ønske om å ikke påvirke opplegget på frisklivssentralen. Dette ønsket kan syntes å stå i kontrast til prinsippene i empowerment, spesielt medvirkning og bruker som ekspert på seg selv. En tidligere studie viser hvordan brukere i mangel på kunnskap rundt sin egen helsetilstand ofte ser helsepersonell eller veileder som «ekspert» i stedet for selv å delta – og hvordan dette får dem til å føle på manglende empowerment (Rose et al., 2017, s. 73). Det kommer ikke frem blant deltakerne i denne studien at de føler på manglende empowerment; deltakerne i denne studien forteller heller hvordan de bevisst velger å ikke komme med innspill til tross for at dette er et valg de vet de har.

Når deltakerne tar et aktivt valg om å ikke medvirke i form av innspill tilknyttet opplegget på frisklivssentralen, kan det likevel se ut til at det oppstår en form for empowerment: deltakerne gir bevisst fra seg kontroll og ansvar, da de mener dette er det beste for seg. Dette kan anses som en form for kontroll og autonomi i seg selv. Opplevd kontroll og mestringsevne er viktige elementer i individuell empowerment (Salemonsens et al., 2020b; WHO, 2006). Diseth (2019) beskriver hvordan følelsen av å ha kontroll over ulike aktiviteter er en fordel på veien mot å nå et mål, da kontroll over en situasjon gjerne oppleves mer motiverende enn fravær av kontroll (s. 141-143). Ut ifra deltakernes kunnskap og tidligere erfaringer innen vektreduksjon, ernæring og spesielt trening – kan det tenkes at de opplever høyere grad av kontroll ved å frasi seg ansvar når det kommer til utforming og planlegging av opplegget. Det kan også tenkes at deltakernes tillitsfulle forhold til veilederne, gjør det trygt å legge kontrollen i veilederens hender. Dermed ser det ut til at deltakerne vet hva som er best for seg og sin helsesituasjon, og opptrer deretter. Dette samsvarer med empowermentprinsippet om bruker som ekspert på seg selv (Tveiten, 2020, s. 41-42).

Ifølge forskning utført av Rose et al. (2017), kan helseprofesjonene hjelpe brukerne med økt deltakelse og medvirkning ved å redusere kunnskapsgapet som er mellom helseprofesjonene og brukerne - ved å sørge for å gi nok informasjon om brukernes diagnose, målsetting og om samvalg (s. 73). Sett ut ifra dette kan det tenkes at deltakerne på frisklivssentralen får større interesse i forhold til medvirkning og innspill etter hvert som de lærer og erfarer mer om

ernæring, fysisk aktivitet og vekt - samt hva som fungerer for seg i forhold til vektreduksjon. Dette støttes av annen forskning, som fant at deltakeres ønske rundt involvering avhenger av hvor lenge de har deltatt på frisklivssentralen. Det ser ut til å være en økt interesse for involvering ettersom deltakerne kommer lenger ut i veiledningsperioden (Sagsveen et al., 2018, s. 230).

## 5.2 Deltakernes synspunkt på utfordringer og mangler i veiledningen

I det følgende delkapittelet drøftes studiens resultater i funn av forskningsspørsmål to, som omhandler hva deltakerne opplever utfordrende eller mangelfullt ved veiledningen. Studiens deltakere sitter på verdifull erfaring rundt hva som kan være utfordrende ved vektreduksjon. Til tross for at deltakerne kan fortelle at de er svært tilfredse med opplegget som tilbys på frisklivssentralen og at de trives godt med veiledere som bestemmer og legger opp programmet for dem – er det mange som også har tanker rundt hva som kunne vært nyttig å inkludere mer av eller gjøre annerledes i henhold til utforming av veiledningsperioden. I de følgende avsnittene diskuteres deltakernes tanker rundt dette ut ifra i to hovedoverskrifter; «kosthold» og «oppfølgingsperiode og flere muligheter for deltakelse».

### 5.2.1 Kosthold

Da deltakerne ble spurt om det var noe de savnet i veiledningen og som ville gjort vektreduksjonen lettere, presenterte noen av deltakerne et ønske om mer personlig rettet kostholdsveiledning. Ifølge Helsedirektoratet (2022) skal frisklivssentraler tilby kostholdsveiledning gjennom temabaserte samlinger, kurset «Bra mat for bedre helse» og individuelle helsesamtaler. Undervisningen og veiledningen som gis innen kosthold på frisklivssentralene skal basere seg på De nasjonale kostrådene og relevante nasjonalfaglige retningslinjer (s. 15). Deltakerne mente veiledning de fikk innen kosthold var noe generell, og synes dermed det var krevende å tilpasse denne kunnskapen til seg selv og sin helsesituasjon. Det ble nevnt at de tror vektreduksjonen hadde vært enklere, dersom de hadde fått mer individuell korrigerende underveis rettet mot eget kosthold.

I henhold til Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler (2022), skal deltakere på frisklivssentralen som har etablert sykdom eller har et sammensatt sykdomsbilde, få veiledning av en klinisk ernæringsfysiolog dersom det er behov for diagnosespesifikk kostveiledning. Videre er det fastlegen som har medisinskfaglig oppfølgingsansvar for sine

pasienter (s. 15). Basert på dette er det viktig å huske på hva frisklivssentralenes oppgave faktisk er, og hvilken type kostholdsveiledning deltakerne kan forvente. Frisklivssentralen skal være et lavterskeltilbud. Likevel vil det være relevant å forholde seg til deltakernes ønske om mer personlig rettet kostholdsveiledning i senere veiledningssituasjoner. Dette fremstår nemlig, sett ut ifra deltakernes erfaringer, som et viktig element i en vellykket vektreduksjonsprosess.

Flere av deltakerne har tidligere gjort forsøk på kostholdsendringer, men gir uttrykk for at dette har vært vanskelig. Etter gjentatte forsøk på vektreduksjon, er de klar over de grunnleggende elementene i forhold til kosthold og har nå behov for ytterligere kunnskap. Ifølge Nasjonalt råd for ernæring (2019) er det å spise mindre kalorier den mest effektive metoden for å oppnå vektreduksjon (s. 3). Det å ha et godt kunnskapsgrunnlag og forståelse rundt kosthold i forhold til personlige mål for vektreduksjon og egen helsesituasjon fremstår derfor viktig. Samdal et al. (2017) påpeker hvordan personsentrert veiledning og autonomi ser ut til å bidra til at atferdsendring relatert til kosthold opprettholdes over tid (s. 11). Forskning utført av Salemonsens et al. (2020b) viser hvordan autonomibasert motivasjon, mestringsforventning og selvregulering ser ut å være de beste individuelle psykologiske mekanismene for vellykket vektregulering (s. 7). Diseth (2019) forklarer hvordan autonomi er helt grunnleggende i Ryan og Deci's selvbestemmelsesteori, og i følge teorien nødvendig for at vi skal oppleve fremgang (s. 38-39). Det kan tenkes at deltakere som føler på manglende kostholdskunnskap, opplever mangel på autonomi. Diseth (2019) forklarer hvordan behovet for autonomi ifølge selvbestemmelsesteorien innebærer opplevelsen av å ha frihet til å iverksette og vedlikeholde en aktivitet (s. 39). Når deltakerne føler på manglende kunnskap knyttet til kosthold, kan det tenkes at friheten til å iverksette og vedlikeholde kostholdsendringer oppleves liten. Det kan være vanskelig å iverksette kostholdsendringer når den rette kunnskapen ikke foreligger. Det kan tenkes at deltakerne opplever motstridene følelser; på den ene siden har de et ønske om å gjøre positive endringer i kostholdet sitt, men på den andre siden er de usikre på hvordan dette skal gjøres riktig. Spørsmålet er om dette kan føre til at deltakernes autonomi svekkes? Når behovet for autonomi ikke dekkes tilstrekkelig, er det mulig at deltakerne vil oppleve redusert indre kontroll. Redusert indre kontroll kan igjen redusere mestringssevne og indre motivasjon til å gjennomføre kostholdsendringer (Diseth, 2019, s. 39; Mæland, 2021, s. 81).



En studie skrevet av Samdal et al. (2022) påpeker hvordan reguleringen av et sunt kosthold ikke bare er avhengig av tilfredsstillelse av det grunnleggende psykologiske behovet for autonomi – men også av behovet for relasjoner og kompetanse (s. 7). Sett ut ifra denne forskningen vil det være derfor være viktig å tilrettelegge for at deltakernes kompetansebehov dekkes når det kommer til ernæring. Ifølge Diseth (2019) vil en balanse mellom ferdigheter og utfordringer, kunne tilfredsstille behovet for kompetanse (s. 45). Dette kan oppnås ved å sette passende og realistiske mål, presentere tydelig informasjon om hva som behøves for å nå målet, samt tilrettelegge for mulighet til å anerkjenne suksess og innsats. Dersom dette behovet ikke dekkes, vil en følelse av hjelpeløshet kunne oppstå (Diseth, 2019, s. 38 og 47). En av studiens deltakere illustrerer nettopp dette; vedkommende opplever kostholdsdelen vanskelig og forvirrende da kostholdsveiledningen fremstår for generell og lite spisset omkring seg selv og egen helsesituasjon. Deltakeren synes det er vanskelig å finne frem til riktig kosthold i forhold til sin situasjon på egenhånd, i et hav av informasjon som finnes om ernæring. Oppsummert ser det ut til at opplevelsen av mer utdypende og personlig rettet kostholdsveiledning, vil kunne ha betydning for om deltakerne opplever mestring, indre motivasjon og fremgang rundt kostholdsdelen av vektreduksjonen.

Makt kan i følge Tveiten og Boge (2014) assosieres med kunnskap (s. 18). Når studiens deltakere føler på manglende kunnskap i lys av å skulle endre kostholdsvaner og nå sine personlige kostholdsmål, kan det tenkes at deltakerne føler på en form for avmakt. Tveiten og Boge (2014) forklarer hva som skjer når veiledere hjelper noen til å oppnå best mulig kontroll over det som påvirker egen læring, helse og eget liv; dette forstås som hjelp til å ha makt i kraft av seg selv. Når systemet man er en del av vanskeliggjør denne formen for makt vil det kunne bli komplisert for deltakeren (s. 18-19). Dette kan være med å forklare deltakernes følelse av frustrasjon og forvirrethet rundt situasjonen. Det kan tenkes at deltakerne føler på manglende empowerment. Ifølge Sørensen et al. (2002) kan en slik tilstand føre til følelsen av maktesløshet. Tveiten (2019) forklarer hvordan veiledning er en istandsettingsprosess. Dette innebærer en prosess der veileder har ansvar for å tilrettelegge for istandsettingen, mens deltaker selv har hovedansvaret for å ta i bruk det hen er i stand til, som for eksempel å endre handlinger (s. 22). Derfor fremstår det viktig å tilrettelegge for at deltakerne oppnår den kunnskapen de trenger. Nettopp dette er viktig i empowermentprosessen og poengteres av Tveiten (2020), som forklarer hvordan helsepersonellens fagkunnskaper må veves sammen med deltakers kunnskap om seg selv og sin situasjon (s. 51).

### 5.2.2 Oppfølgingsperiode og flere muligheter for deltakelse

Lang oppfølgingslengde og kontinuitet i veiledningen er andre elementer deltakerne trekker frem som vil kunne bidra til å gjøre vektreduksjonen enklere. Tilbudet frisklivssentralen gir, er ifølge Helsedirektoratet (2022), tidsavgrenset og består primært av veiledning i 12 uker av gangen. Ved oppstart lager deltaker i samarbeid med veileder mål og plan for perioden, som vurderes igjen etter 12 uker. Dersom det er behov får deltaker tilbud om ytterligere oppfølging (s. 10). Samdal et al. (2022) påpeker at de aller fleste deltakerne som går på frisklivssentralen, får veiledning lenger enn 12 uker (s. 3-4). Dette stemmer overens med deltakerne i denne studien, der seks av syv deltakere har fått veiledning i mer enn én 12-ukers periode. Flere gir uttrykk for hvor mye forlengelse av 12-ukers perioden betyr for dem og deres livsstilsendring. Ifølge Martinsen (2018) blir deltakerne, i henhold til empowermenttenkningen, myndiggjort når behandlingsmål, aktivitetstilbud og deltakers ønske om forlengelse blir tilrettelagt (s. 200). Det kan tenkes at dette er med på å gi deltakerne motivasjon til å fortsette med den nye livsstilen, samt mobilisere krefter til å ta mer kontroll over egen helse. Ut ifra deltakernes fortellinger virker dette å være utspringet til ønsket om lang oppfølging.

Veiledning, omtanke og diskutering av egen livssituasjon med veileder kan være viktig i prosessen knyttet til vektreduksjon (Birketvedt, 2000, s. 39). Langvarig oppfølging og vedvarende støtte er helt avgjørende for et godt resultat i en endringsprosess (Helsedirektoratet, 2011, s. 42). Flere av deltakerne i denne studien mener 12 uker oppfølging er for kort for å skulle endre helsevaner. Dette stemmer overens med tidligere funn blant deltakere ved frisklivssentraler, som også mener 12 uker oppfølging er for kort (Følling et al., 2015; Gjertsen et al., 2021; Salemonsens et al., 2020b). Helsepersonell ved frisklivssentraler ser ut til å være enig i dette. I studien til Salemonsens et al. (2020a) kommer det frem at helsepersonell ved frisklivssentraler ser på langtidsoppfølging som en av de viktigste forholdene for en vellykket livsstilsendring (s. 7). Hensikten med langvarig oppfølging vil være å påvirke deltakers motivasjon i retning mot et endringsforsøk, samt samarbeide med deltaker om å komme frem til, prøve ut, evaluere og justere ulike fremgangsmåter. Veilederen vil gjennom langvarig oppfølging kunne støtte deltakeren gjennom endringsprosessen og være med å styrke deltakers tiltro til egen mestringsevne ved å framheve framgang (Prescott & Børtveit, 2004, s. 95-96). Dette kan være med på å forklare hvorfor det fremstår viktig for deltakerne å få oppfølging over en lenger periode. Tryggheten og støtten fra veileder over tid

vil kunne bidra til styrket mestringsevne. Sett ut ifra den sosialkognitive teorien om motivasjon, er mestringsforventning en avgjørende motiverende faktor (Diseth, 2019, s. 143). Usikker mestringsevne hos deltaker kan derimot gjøre helserelaterte endringer vanskelig (Prescott & Børtveit, 2004, s. 42). På den andre siden kan økt mestringstro gjøre at motivasjonen øker, som igjen kan føre til at det blir lettere å sette seg mål og prøve nye aktiviteter (Torstveit et al., 2018, s. 346). I lys av teori om motivasjon kan det derfor tenkes at enda flere deltakere vil lykkes med vektreduksjon, dersom oppfølgingsperioden er lenger – da dette blant annet kan bidra til styrket mestringstro. I tillegg vil lenger oppfølgingsperiode også innebære lenger periode med sosial støtte fra gruppa, noe deltakerne beskriver som virkningsfullt for livsstilsendringen.

Flere av deltakerne i studien gir uttrykk for stor grad av tilfredshet med de ulike tilbudene frisklivssentralen tilbyr og forsøker derfor å få med seg så mye som mulig av det som tilbys. I den forbindelse har flere av deltakerne et ønske om at kurs og treninger settes opp enda flere dager i uka. Deltakerne argumenterer med at de på den måten vil ha økt mulighet til å få med seg det de vil når det gjelder mengde treninger og kurs, og dermed lettere kunne opprettholde kontinuiteten i veiledningsprosessen. Flere av deltakerne forteller til eksempel at de har et mål om å gjennomføre et fast antall treningsøkter i uka. Dette kan settes i sammenheng med målsetting og kontroll, som er viktige elementer i motivasjonsteori. I følge Diseth (2019) er målsetting, samt hvordan vi utøver kontroll og mestring for å nå målene, kognitive faktorer som er av betydning for motivasjonen vår (s. 164). Prescott & Børtveit (2004) poengterer hvor viktig det er at målene er gjennomførbare, da dette vil være med å styrke tiltroen til egen mestringsevne (s.76). Ved å ha flere muligheter for deltakelse i uken, kan det tenkes at deltakerne føler på økt mulighet til å kunne gjennomføre målsettingene sine – noe som videre kan bidra til økt motivasjon. Motsatt forklarer Prescott & Børtveit (2004) hvordan mål som er vanskelige å oppnå, vil kunne føre til mindre tro på egen gjennomføringsevne og redusert motivasjon (s. 76). Videre beskriver Diseth (2019) fordelene av å kjenne på følelse av kontroll i ulike aktiviteter mot oppnåelse av et mål, da opplevelse av kontroll er motiverende. Kontroll kan oppleves som en forventning om at det er mulig å oppnå de målene man har satt seg selv. Dette handler om mestringsforventning (s. 141 og 164). Ved at deltakerne har enda flere muligheter til å delta på kurs og treninger, kan det tenkes at dette er med å styrke deltakers mulighet til å oppnå målene sine – noe som samtidig kan bidra til styrket mestringsforventning og motivasjon.

Ut ifra historiene deltakerne forteller i studien, ser det ut til at de setter pris på regelmessighet og kontinuitet i deres vektreduksjon, med jevnlig trening, kurs og veiledningssamtaler. Dette bekreftes også av Helsedirektoratet (2011), som poengterer hvor viktig regelmessig fysisk aktivitet er for vektreduksjon (s. 21). Prescott & Børtveit (2004) kan videre bekrefte hvor viktig rutinemessig oppfølging er for vedlikehold av endring. Jevnlig kontakt kan være nyttig blant annet for fornyelse av motivasjon, formidling av håp og optimisme, holde fast ved beslutningen om endring og for å forebygge tilbakefall. I tillegg vil det kunne bidra til forsterkning av mestringsstrategier (s. 107). En sammenfatning av 100 teorier om opprettholdelse av atferdsendring, påviser hvordan det er lettere å opprettholde en atferd som har blitt en vane (Torstveit et al., 2018, s. 371). Dette er en annen forklaring på hvorfor det er viktig for deltakerne å ha et fast antall timer å delta på ukentlig, uten avvik; dette vil hjelpe deltakerne å innarbeide vaner knyttet til blant annet trening og kosthold. Funn i studien til Sagsveen et al. (2018) belyser viktigheten av kontinuitet i veiledningen, og hvordan mangel på kontinuitet kan forstyrre helsepersonellens bevissthet rundt deltakernes personlige mål og utfordringer (s. 231). En av denne studiens deltakere uttrykker frustrasjon rundt opplegg som avviker fra den regelmessige planen, for eksempel grunnet ferier eller planleggingsdager på frisklivssentralen. Hvorvidt deltakerne føler på fremgang og dermed motivasjon, kan ut ifra dette se ut til å henge sammen med grad av kontinuitet.

Deltakernes ønske om et langvarig, regelmessig program på frisklivssentralen, samt ønsket om å få med seg så mye av opplegget som mulig, kan settes i sammenheng med å ta grep i eget liv og omkring egen helse. De har et ønske om å få til en endring, noe som er et viktig element innenfor empowermenttenkning. I perioden på frisklivssentralen gjennomgår deltakerne en empowermentprosess; fra å bli bevisst behovet for vektreduksjon til deres individuelle vektrelaterte mål er nådd. Ifølge Tveiten (2020) er det i løpet av en slik prosess viktig at deltakers ressurser og muligheter stimuleres, samt at energi og krefter fremmes (s. 38). Deltakelse på gruppetreninger og kurs, er med å stimulere deltakers ressurser og muligheter. Dermed blir deltakelse på kurs og treningsøkter viktige steg i empowermentprosessen, og kan belyse hvorfor deltakerne svært gjerne ønsker enda fler muligheter til deltakelse.

Deltakerne i denne studien ønsker seg langvarig oppfølging og regelmessig kontakt med veileder. Det er naturlig å stille spørsmål vedrørende disse tankene; kan dette ønsket anses

som en form for ansvarsfraskrivelse? Vil ønsket si at de lener seg for mye på frisklivssentralen og veilederne sine i stedet for å ta det fulle ansvaret selv? Ifølge Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler (2022) skal deltakers oppmerksomhet så tidlig som mulig rettes mot tiden etter avsluttet periode ved frisklivssentralen (s. 24). Under perioden er målet at deltaker skal oppnå styrket helsekompetanse, slik at vedkommende er i stand til å opprettholde endringer og mestre hverdagens helseutfordringer etter endt periode på frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2022, s. 10). Ønsket som kommer frem blant deltakerne i denne studien, kan tyde på at de ikke stoler tilstrekkelig på egen helsekompetanse. Dette er noe som kan være interessant å undersøke nærmere i senere studier. Samtidig vil det være viktig å huske på at vektreduksjon er en kompleks prosess, der det ikke kun er individuell atferd og levevaner som spiller inn. Ifølge Drevon og Blomhoff (2012) er generer en stor del av bildet, og arvelighet kan forklare mellom 50-90% av variasjonen i kroppsvekt (s. 436-437). Enkelte mennesker har høyere sårbarhet for overvekt enn andre. I tillegg spiller miljø og psykososiale forhold inn (Helsedirektoratet, 2011, s. 17-19). Uansett vil det være viktig å anerkjenne ønskene som kommer frem i denne studien og ifølge deltakerne *er faktisk* kontinuitet og en lang oppfølgingsperiode viktige stikkord for en vellykket vektreduksjon. Dette støttes også av forskningen til Salemonsens et al. (2020b), som derfor legger frem et forslag om utviklingen av kostnadseffektive oppfølgingsprogram over flere år for personer med overvekt og fedme (s. 8).

### 5.3 Diskusjonsoppsumming

Erfaringen deltakerne har med veiledningen de får på frisklivssentralen er generelt svært god. Ved å trene i fellesskap legges det til rette for at deltakerne kan oppleve økt selvtilit, positiv mestringsforventning og dermed oppnå motivasjon for trening. Opplevelsen de har med sine anerkjennende og trygge veiledere ser ut til å bidra til følelsen av å være empowered og gir motivasjon for livsstilsendringen. Det å kunne møte opp til et ferdiglaget opplegg, basert på fagpersoners kunnskap, er noe som bidrar positivt til deltakernes vektreduksjon. Til tross for manglende erfaring på området, ser det likevel ut til at deltakerne på denne måten opplever en form for kontroll – som igjen kan styrke motivasjonen. Det deltakerne savnet i veiledningen var personlig rettet kostholdsveiledning. Kunnskapshullet førte til frustrasjon hos enkelte, som blant annet ser ut til å tyde på manglende følelse av autonomi. Dette ser igjen ut til å kunne redusere indre motivasjon og mestringsevne. Til slutt ytret deltakerne ønske om kontinuitet i

veiledningen over lang tid. Dette ser ut til å kunne forsterke deltakernes mestringsstrategier, som igjen vil øke motivasjonen til å holde på de nye vanene. En lang periode med veiledning vil også kunne stimulere deltakers ressurser og muligheter, som er svært viktig i en empowermentprosess.

## 5.4 Metodediskusjon

Drageset og Ellingsen (2010) forklarer hvordan begrepet «troverdighet» brukes som det overordnede begrepet for pålitelighet, gyldighet og overførbarhet i kvalitativ forskning (s. 334). Troverdighet omfatter hele studien, og omhandler i hvilken grad forsker formidler funn som er pålitelige, gyldige og overførbare. Pålitelighet omfatter nøyaktighet og konsistens, gyldighet innebærer om man har undersøkt det man hadde ønske om å undersøke, mens overførbarhet handler om funnene har gyldighet utenfor studiens utvalg og kontekst (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 334-335). I det kommende delkapittelet har jeg på grunnlag av dette valgt å diskutere studiens styrker og svakheter med utgangspunkt i pålitelighet og gyldighet. I tillegg skal overførbarheten og refleksiviteten i forskningsprosessen diskuteres.

### 5.4.1 Pålitelighet og gyldighet

En styrke i denne studien er den semistrukturerte intervjuformen, som ifølge Malterud (2017) gir mulighet til å fange opp uplanlagte tema (s. 69). I tråd med fenomenologien, fikk deltakerne tid og rom til å hente frem og beskrive egne erfaringer og tanker rundt veiledningsperioden på frisklivssentralen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45-46). Jeg som intervjuer forsøkte å være lydhør underveis, slik at uplanlagte tema ble undersøkt og intervjuguiden deretter kunne endres etter nye, interessante vinklinger som dukket opp. Ledende spørsmål ble forsøkt unngått, heller var målet å stille åpne spørsmål for å unngå at jeg som intervjuer skulle påvirke deltakernes svar. Dette er med å sikre pålitelighet i studien. På den andre siden, opplevde jeg det utfordrende å stille gode oppfølgingsspørsmål. Når jeg i etterkant leser gjennom det transkriberte materiale, er det tydelig at jeg kunne kommet med enda fler og bedre oppfølgingsspørsmål. På denne måten hadde jeg hatt mulighet til å gå mer i dybden og få mer utfyllende svar fra deltakerne. Malterud (2017) forklarer hvordan det er viktig å ikke følge intervjuguiden for slavisk, da målet er å få mer informasjon rundt problemstillingen. Oppfølgingsspørsmål er derfor viktig (s. 133-134). Mangel på flere gode oppfølgingsspørsmål ser jeg i sammenheng med at det var første gang jeg utførte forskningsintervjuer. Samtidig fremkommer dette som en svakhet i studien.

Totalt ble det til denne studien intervjuet syv personer, bestående av fem kvinner og to menn. Jeg hadde i utgangspunktet et ønske om større variasjon i kjønn, for å sikre validitet. Slik kjønnsfordelingen endte opp blant deltakerne, fremkommer det tilsynelatende en utvalgsskjevhet. Samtidig viser statistikk over frisklivssentralenes deltakere at det er flest kvinner som benytter seg av tilbudet. En rapport fra Statistisk Sentralbyrå utgitt i 2020 viser at 73% av frisklivssentralenes deltakere var kvinner, mens bare 27% var menn i løpet av året 2019 (Thonstad et al., 2020, s. 43). I denne masterstudien er 29% menn, mens 71% er kvinner. Basert på denne informasjonen, fremstår dermed kjønnsfordelingen i studien likevel relativt representativt for frisklivssentralens deltakere. Dermed er den representative kjønns sammensetningen en styrke med studien. I tillegg kommer deltakerne i studien fra fire ulike frisklivssentraler i Norge, som alle varierer i størrelse. I følge Malterud (2017) bør datamaterialet inneholde rike og varierte data, slik at problemstillingen belyses fra flere sider (s. 58). Deltakere fra flere ulike frisklivssentraler bidrar til en rik kontekst og kan derfor være med å forsterke studiens troverdighet. På den andre siden ble deltakerne i denne studien rekruttert av veiledere på de ulike frisklivssentralene og det kan tenkes at deltakerne ble valgt ut ifra hvem som fremstår positive og fornøyde med opplegget. Videre kan det være en sannsynlighet for at det er de som er mest fornøyd med opplegget og som har positive assosiasjoner med frisklivssentralen som takker ja til å delta i studien. Dette anses som en metodisk begrensning, som bør tas høyde for i tolkning av resultat og funn.

Alle deltakerne som ble intervjuet fikk være med å bestemme tid og sted for intervju, noe som kan bidra til å skape trygghet i intervjusituasjonen. Ifølge Malterud (2017) er det at deltaker føler seg trygg og ivaretatt en forutsetning for å skape rike og relevante empiriske data, og bidrar dermed til studiens gyldighet (s. 69-70). I forkant av intervjuene var praktiske forhold svært nøye gjennomtenkt. Lydopptaker ble testet på forhånd for å sikre funksjon og at lyden skulle være god. Intervjusted ble også observert før deltaker ankom, for å være sikker på at rommet var stille og intervjuet kunne utføres i fred uten til eksempel bakgrunnsstøy. Intervjuguiden var skrevet ut i papirformat på forhånd, slik at jeg som forsker ikke skulle sitte med pc foran deltakerne og risikere å fremstå distansert. Ifølge Drageset og Ellingsen (2010) er nøye gjennomtenkning av praktiske forhold på forhånd med å styrke studiens pålitelighet (s. 335).

Drageset og Ellingsen (2010) poengterer hvordan påliteligheten i studien kan styrkes ved å gi leseren en detaljert beskrivelse av intensjon, kontekst og fremgangsmåten i forskningsprosessen (s. 335). Dette er noe jeg etter beste evne har forsøkt å ta hensyn til i studien. I metodekapittelet gjør jeg blant annet rede for utvalg og rekrutteringsprosess, datainnsamling og trinnvis beskrivelse av analysemetode. Jeg har forsøkt å beskrive så nøye som mulig, slik at andre også skal ha mulighet til å følge forskningsprosessen for dette prosjektet. Jeg har jobbet strukturert og sørget for å skrive metodekapittelet fortløpende i forskningsprosessen, for å redusere sjansen for å glemme viktige detaljer. I tillegg til å styrke studiens pålitelighet ved å tydeliggjøre kontekst og fremgangsmåte, vil også dette bidra til at leseren har mulighet til å gjøre en egen vurdering i forhold til studiens gyldighet (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 334-335).

Det at jeg både har intervjuet deltakerne og transkribert alle intervjuene, sørger for en større sannsynlighet for at detaljer i deltakernes fortellinger fanges opp. Jeg fungerer som et mellomledd mellom tale og tekst, og får dermed gjenoppleve erfaringer fra intervjuet, samt bli kjent med materialet fra en ny side. Ifølge Malterud (2017) er dette med på å styrke gyldigheten (s. 80). En annen styrke er valg av Malteruds analysemetode – systematisk tekstkondensering. Malterud (2017) skriver hvordan metoden er utviklet for nybegynnere, slik at analyseprosessen kan gjennomføres på en overkommelig og systematisk måte. I tillegg blir funn kryssjekket mot det originale transkriberte materialet gjennom de fire stegene av analysen (s. 96). For å redusere sjansen for at egen forforståelse skulle virke inn på tolkningene, ble analyse og funn diskutert med veileder som har en annen utdanningsbakgrunn enn meg selv. Ifølge Drageset og Ellingsen (2010) vil forskervalidering på denne måten være med på å sikre studiens gyldighet, ved at flere forskere stiller ulike spørsmål knyttet til samme tekst (s. 334). Ved å gjennomgå og stille spørsmål rundt metode og verktøy brukt for å få frem kunnskapen, kan systematiske feil unngås i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 23).

Med hensyn til oppgavens omfang, som ordbegrensning og tidsramme, var det nødvendig å sette begrensninger for teori. Jeg har valgt å inkludere teori om empowerment og motivasjon, et valg basert på hva som fremstår mest relevant for oppgavens problemstilling. Begrensning på denne måten kan fremstå som en svakhet i studien, da enda mer teori kunne bidratt til å få et rikere perspektiv. Studien kunne eksempelvis også blitt sett i lys av teori om salutogenese,



et teoretisk grunnlag i helsefremmende arbeid som omhandler faktorer som styrker helsen. Det kunne vært relevant å diskutere studiens funn opp mot salutogene faktorer, som sosiale omgivelser og «sense of coherence», og hva dette har å si for god helseutvikling (Mæland, 2021, s. 80).

#### 5.4.2 Overførbarhet

Ifølge Malterud (2017) er det som forsker viktig å overveie overførbarhet ut over den sammenhengen der studien er gjennomført. Overførbarheten avhenger av om funnene gir mening ut over seg selv. Kan funnene fra studien gjøres gjeldende ut over den konteksten der de er kartlagt? I kvalitative studier er overførbarheten av funn ofte knyttet til utvalget (s. 24 og 67). I denne studien er det variasjoner i utvalget med tanke på alder, antall uker med gjennomgått veiledning og deres erfaringer med opplegget på frisklivssentralen. I tillegg er det deltakere fra fire ulike frisklivssentraler fordelt utover flere fylker. I følge Malterud (2017) vil variasjon i utvalget bidra til å gi studien relevant og variert informasjon knyttet til problemstillingen (s. 63).

Samtidig påpeker Malterud (2017) hvordan utvalgsstrategien er en viktig betingelse som er med på å bestemme hvor grensene i forhold til overførbarheten går (s.66). Denne studien har basert seg på et tilgjengelighetsutvalg og det har tidligere i teksten blitt påpekt hvordan det kan tenkes at deltakerne har blitt valg ut basert på hvem som er fornøyd med veiledningen. I tillegg er det en sannsynlighet for at det er de som er mest fornøyd med frisklivscentralens tilbud som takker ja til å delta i studien. Denne utvalgsstrategien er noe som kan spille inne på vurderingen av studiens overførbarhet.

Likevel vurderes studiens funn å gi innsikt som andre frisklivssentraler i landet kan tenkes å ha nytte av. Derfor anses studiens funn å ha en overføringsverdi til andre frisklivssentraler som veileder deltakere innen vektreduksjon. Basistilbudet på frisklivssentraler skal ifølge Helsedirektoratet (2022) tross alt inkludere veiledning innen fysisk aktivitet og kosthold (s. 10). Det vil derfor være relevant å tenke at frisklivssentraler generelt kan ha nytte av funnene i studien, som sentrerer hovedsakelig rundt kosthold og fysisk aktivitet. Samtidig kan det ikke utelukkes at funnene i studien kan variere fra person til person, da historiene deltakerne deler er basert på den enkeltes subjektive opplevelse.

### 5.4.3 Refleksivitet

Som forsker er det viktig å være kritisk til egne fremgangsmåter og konklusjoner. Forskeren må ha et åpent sinn og ha plass til uventede konklusjoner. Derfor er refleksivitet en aktiv holdning, som må oppsøkes og vedlikeholdes gjennom hele prosessen (Malterud, 2017, s. 44-45). Dokumentert refleksivitet innebærer at forsker blant annet ser kritisk på egne ideer og rolle, metodebruk og tolkning av funn (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 334). Dette er noe jeg har forsøkt å etterstrebe gjennom hele forskningsperioden. Da troverdigheten i studien kan påvirkes av min forforståelse, har jeg reflektert rundt egen forforståelse og hatt et mål om å være åpen gjennom hele prosessen, se kapittel 3.3. I følge Malterud (2017) er dette helt nødvendig for at forskningsprosessen skal bringe frem noe annet enn det forsker på forhånd allerede tror eller vet (s. 19). Ved hjelp av forskervalidering med veileder har jeg sørget for å få andres synspunkt og innspill på blant annet ideer, metodebruk og tolkninger. Dette hjelper meg med den kritiske tenkningen omkring egen studie. Malterud (2017) påpeker hvordan nærhet til stoffet kan være med å vanskeliggjøre refleksivitet (s. 20). Derfor er det en fordel at jeg ikke har jobbet på en frisklivssentral over en lenger periode. Jeg har fått et innblikk i frisklivssentralenes arbeid gjennom praksisperiode, men samtidig ikke vært der lenge nok til å miste det kritiske blikket på feltet. Da åpenhet med plass for tvil har vært et tydelig mål for meg gjennom forskningsprosessen, antar jeg at tolkningene jeg har gjort i diskusjonen faktisk er basert på deltakernes oppfatninger og erfaringer – og ikke mine egne.

## 6 KONKLUSJON

Denne studien har utforsket deltakere ved frisklivssentraler sine erfaringer rundt veiledning ved vektreduksjon. Studien har funnet at det å være del av en treningsgruppe, ha positive og anerkjennende veiledere, samt ha faste avtaler og et opplegg å møte opp til, har positive effekter i veiledning knyttet til vektreduksjon. Strenge og umotiverende veiledere har negative konsekvenser for fremgangen i en vektreduksjonsprosess, da motivasjon og mestringstro hos deltakerne svekkes. Personlig rettet kostholdsveiledning, lang oppfølgingsperiode og mange muligheter til å delta på treningsgrupper og kurs på frisklivssentralen ser ut til å kunne gjøre vektreduksjonen mer gjennomførbar. Funnene i denne studien viser at deltakernes erfaringer samsvarer med tidligere forskning og at veiledningen de får i hovedsak er i tråd med teori om empowerment og motivasjon. Denne studien legger i tillegg til tidligere forskning ved å illustrere hva deltakere har savnet eller skulle ønske var tilgjengelig i helsefremmende intervensjoner på frisklivssentralen knyttet til vektreduksjon. Det er nødvendig å anerkjenne deltakernes tanker rundt hva som hadde gjort veiledningen knyttet til overvekt bedre, og tilby veiledning som tar hensyn til nettopp dette.

### 6.1 Implikasjoner for videre forskning

Videre arbeid ved frisklivssentraler bør vurdere hvordan kostholdsveiledningen kan gjøres mer personlig rettet, slik at det blir lettere for deltakere å tilpasse kostholdet opp mot egen helsesituasjon. I tillegg bør det vurderes hva som kan gjøres for å kunne tilby regelmessig og så lang oppfølging som mulig for de som ønsker det, slik at det blir lettere for deltakerne å holde livsstilsendringen ved like.

Det er behov for videre forskning på området, både kvalitativ og kvantitativ, som undersøker dette temaet – da det vil være relevant med mer forskning som støtter opp om denne studiens funn. Gjennom forskningsprosessen i forbindelse med denne studien har det også åpnet seg nye problemstillinger det vil være interessant å undersøke videre. Til eksempel vil det være interessant å se om intervensjoner som tar hensyn til deltakernes ønsker i denne studien vil kunne bidra positivt i en vektreduksjonsprosess. Det vil også være interessant å undersøke om personer som benytter seg av helsefremmende tilbud i forbindelse med overvekt utenfor frisklivssentralen, mener det samme som deltakerne i denne studien.

## LITTERATURLISTE

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and company.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju*. Gyldendal.
- Birketvedt, G. S. (2000). *Vektreduksjon i praksis*. Tano Aschehoug.
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2020). Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: A 15-month follow-up. *Quality of Life Research*, 29, 3031–3041. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02554-x>
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder*. Gyldendal Akademisk.
- Diseth, Å. (2019). *Motivasjonspsykologi*. Gyldendal Akademisk.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332–335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Drevon, C. A., & Blomhoff, R. (2012). *Mat og medisin* (6 utg.). Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Ekornrud, T. (2016). Frisklivssentralane i frammarsj. *Samfunnsspeilet, Statistisk Sentralbyrå*, (3), 19–23. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentralane-i-frammarsj>
- Engström, A., Abildsnes, E., & Mildestvedt, T. (2016). “It’s not like a fat camp”—A focus group study of adolescents’ experiences on group-based obesity treatment. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32744>
- Følling, I. S. (2017). *Participants in Healthy Life Centre’s presumptions for lifestyle change: Preventing overweight, obesity and type 2 diabetes in the Norwegian Primary Health Care*. [Masteroppgave, NTNU]. NTNU Open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2444065>
- Følling, I. S., Klöckner, C., Devle, M. T., & Kulseng, B. (2022). Preventing type 2 diabetes, overweight and obesity in the Norwegian primary healthcare: A longitudinal design with 60 months follow-up results and a cross-sectional design with comparison of dropouts versus completers. *BMJ Open*, 12(3), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054841>

- Følling, I. S., Solbjør, M., & Helvik, A.-S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change—A qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, *16*(73), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z>
- Gjertsen, T. I., Helvik, A.-S., & Følling, I. S. (2021). Previous life experiences and social relations affecting individuals wish for support when establishing healthy habits – a qualitative study of Norwegians Healthy Life Centre participants. *BMC Public Health*, *21*(1315), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11374-8>
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Cappelen akademisk.
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne* (IS-1735). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/\\_attachment/inline/24ec824b-646d-4248](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/24ec824b-646d-4248)
- Helsedirektoratet. (2018). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator— Nasjonal veileder*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon>
- Helsedirektoratet. (2022). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering, organisering og tilbud* (IS-1896). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-46](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-46)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S., & Veierød, M. B. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Gyldendal Akademisk.
- Langdridge, D. (2015). *Psykologisk forskningsmetode*. Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Meland, E., & Sandal, G. B. (2021). Motivasjon og selvbestemmelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *141*(10), 1-5. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.1009>

- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 15 (2022-2023) *Folkehelsemeldinga - Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>
- Meyer, H. E., & Bergh, I. H. (2022). *Folkehelse rapporten: Overvekt og fedme i Noreg*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term=&h=1>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid—Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Nasjonalt råd for ernæring. (2019). *Hvordan gå ned i vekt, og holde vekta stabil*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/nasjonalt-rad-for-ernaering/Hvordan%20g%C3%A5%20ned%20i%20vekt%20-%20holde%20stabil%20-%20Ekspertuttalelse%20Nasjonalt%20r%C3%A5d%20for%20ern%C3%A6ring.pdf/attachment/inline/3957cf36-21>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63) Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Prescott, P., & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring* (2 utg.). Gyldendal.
- Rose, A., Rosewilliam, S., & Soundy, A. (2017). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.030>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press.
- Sagsveen, E., Rise, M., Grønning, K., Westerlund, H., & Bratås, O. (2018). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectations*, 22, 226–234.  
<https://doi.org/10.1111/hex.12846>
- Salemonsens, E., Førland, G., Hansen, B. S., & Holm, A. L. (2020a). Understanding beneficial self-management support and the meaning of user involvement in lifestyle interventions: A qualitative study from the perspective of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 20(88), 1-12.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-4951-y>

- Salemonsens, E., Førland, G., Hansen, B. S., & Holm, A. L. (2020b). Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres—A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. *Health Expectations*, 23(5), 1376-1386. <https://doi.org/10.1111/hex.13129>
- Salemonsens, E., Hansen, B. S., Førland, G., & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived «wrong» lifestyle—A qualitative interview study. *BMC Obesity*, 5(42), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>
- Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G., & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(42), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>
- Samdal, G. B., Furset, O. J., Nysæther, M. B., Abildsnes, E., Mildestvedt, T., & Meland, E. (2022). Healthy and unhealthy eating after a behaviour change intervention in primary care. *Primary Health Care Research & Development*, 23(e23), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S1463423622000147>
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2018). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 774–781. <https://doi.org/10.1177/1403494818756081>
- Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. (u.å.). *Personverntjenester for forskning*. Sikt. <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning>
- 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*, 122(24), s379-2383. <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>
- Thonstad, M., Ekornrud, T., & Castberg Stølan, S. B. (2020). *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019* (2020/Nr. 54). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/441034?ts=17674b5b0a8>
- Torstveit, M., Lohne-Seiler, H., Berntsen, S., & Anderssen, S. (2018). *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm akademisk.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning—Mer enn ord* (5. utgave). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk—Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Tveiten, S., & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk—Nye perspektiver*. Gyldendal.

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/364209>

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



## VEDLEGG

### Vedlegg 1: Intervjuguide

Presiser innledningsvis at vi i intervjuet ikke skal ha fokus på *veilederen*, men *veiledningen* deltaker har mottatt.

#### Innledningsvis ...

- Hvordan ble det til at du begynte med veiledning hos frisklivssentralen?
- Hva har veiledningen du har mottatt inneholdt så langt?
- Hvor lenge har du mottatt veiledning på frisklivssentralen per nå?
- Alder

**Forskningsspørsmål 1:** Hva mener du (deltaker) er god veiledning i forbindelse med vektreduksjon?

- Hva har du opplevd som nyttig/fint i løpet av veiledningsprosessen?
  - Delt ansvar?
  - Samarbeid?
- Hvordan synes du veiledning i forbindelse med overvekt formidles på best mulig måte?
  - Individuelt?
  - Gruppebasert? Hva er betydningen av å være del av en gruppe?
  - Mye støtte? Tett oppfølging?
  - Frihet?
  - Detaljerte planer?
- Hvordan ser en «drømmeveiledning» ut for deg på dette området?
  - Innhold
  - Organisering

**Forskningsspørsmål 2:** Hva har du (deltaker) opplevd som utfordrende i forbindelse med veiledningen knyttet til din vektreduksjon?

- Har det vært noe du har opplevd som utfordrende/vanskelig i løpet av veiledningen?
  - Hva? Hvorfor?
- Har det vært noe du har savnet i veiledningsprosessen på frisklivssentralen? Utdyp.

- Er det noe du ville hatt bedre/mer informasjon om i løpet av veiledningsprosessen?  
Hva?
  - Kunnskap? Sitter deltaker med de forutsetningene de trenger for å kunne lykkes i vektreduksjon?

**Avslutningsvis ...**

- Noe annet du ønsker å fortelle om din veiledningsprosess?

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

*”En kvalitativ studie om frisklivssentralens deltakere og deres syn på veiledning ved vektreduksjon”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har til formål å undersøke frisklivssentralenes deltakere sine opplevelser og erfaringer omkring veiledning knyttet til vektreduksjon. Prosjektet er en masteroppgave på studiet «Empowerment og helsefremmende arbeid» ved Oslo Met. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med prosjektet vil være å øke kunnskapen rundt den veiledningen som gis i forbindelse med vektreduksjon på frisklivssentraler. Jeg ønsker å undersøke dette nærmere for å få et innblikk i hva deltaker selv synes er hjelpsomt og hva deltaker eventuelt kunne trenge mer av i en slik veiledningssammenheng. Dette er interessant å finne ut av, slik at man på best mulig måte kan tilrettelegge og hjelpe deltaker med vektreduksjon. Det vil si at den erfaringskunnskapen jeg kan få fra deltakere som deltar i dette prosjektet, vil kunne være svært nyttig og verdifullt til senere veiledningssituasjoner knyttet til vektreduksjon.

Problemstillingen for prosjektet er som følger: *«Hva kjennetegner deltakers opplevelse av veiledning i forbindelse med vektreduksjon i regi av frisklivssentraler?»*.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er jeg, Eline A. Rønningen (student ved OsloMet), som skal møte deg i intervjuet og gjennomføre prosjektet. Marita Nordhaug (førsteamanuensis ved OsloMet) er min veileder og ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Grunnen til at du får spørsmål om å delta i dette forskningsprosjektet er fordi du får/har fått veiledning på frisklivssentralen i forbindelse med vektreduksjon.

Prosjektet vil kun inkludere deltakere som er over 18 år. Alle kjønn kan delta. Det er et krav at du som deltaker kan kommunisere på norsk eller engelsk. Prosjektet skal totalt inneholde mellom seks til ni deltakere.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du velger å være med på forskningsprosjektet, innebærer dette at du skal delta på et individuelt intervju i løpet av høsten 2022/vinteren 2023. Intervjuet vil vare rundt 45 minutter og det er Eline (student) som skal intervju deg. Spørsmålene du vil bli stilt i intervjuet vil handle om dine erfaringer fra veiledningsperioden på frisklivssentralen. Dette betyr spørsmål knyttet til hva du opplevde som positivt under veiledningsprosessen og hva du synes var utfordrende.

Intervjuet vil bli tatt opp på et lydopptak. Senere vil lydopptaket transkriberes, det vil si at hele intervjuet vil bli skrevet ned på et dokument på pc'en. Når jeg transkriberer gir jeg deg et fiktivt navn slik at ingen vil kunne gjenkjenne deg i studien. Du forblir altså anonym i masteroppgaven. Lydfilen vil oppbevares konfidensielt i en safe ved OsloMet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er helt frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket ditt tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Med personopplysninger mener jeg lydopptaket og transkripsjonen av intervjuet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke vil delta i prosjektet eller dersom du senere velger å trekke deg.

Om du sier ja til å delta i forskningsprosjektet, vil dette på ingen måte påvirke din veiledning og oppfølging ved frisklivssentralen. Dersom intervjuet gjennomføres i forbindelse med veiledningstid du har på frisklivssentralen, skal intervjuet selvsagt ikke gå utover din tid med veileder.

Jeg ønsker også å presisere at jeg ikke kjenner identiteten til personene som får dette informasjonsskrivet utdelt. Det er de ansatte på frisklivssentralen som deler ut forespørsel til aktuelle deltakere. Det vil si at jeg kun mottar personopplysninger om de personene som samtykker til å delta i studien.

### **Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil gjennom dette prosjektet behandle person- og helseopplysninger om deg som deltaker. Jeg vil kun bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun Marita (veileder) og Eline (student) som vil ha tilgang til opplysningene om deg som deltaker. Navnet ditt vil bli erstattet med et fiktivt navn og det skal dermed ikke være mulig å gjenkjenne deltakere som er med i dette forskningsprosjektet. Lydfilene skal oppbevares i en safe på Oslo Met. Lydfilene vil bli slettet ved prosjektets slutt.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes senest 01.12.2023. Etter prosjektslutt vil alt datamaterialet med dine personopplysninger makuleres.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Sikt Personverntjenester har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Registreringsnummer 696716.

### **Dine rettigheter**

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

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

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om/benytt deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Eline A. Rønningen ved Oslo Met, mail: s361795@oslomet.no. Du kan også ta kontakt med veileder Marita Nordhaug, mail: maritano@oslomet.no. Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen, mail: personvernombud@oslomet.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikt Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

**Er dette noe du kunne tenke deg å delta på? Ta kontakt med veilederen din på frisklivssentralen. 😊**

Med vennlig hilsen

*Marita Nordhaug*

*Eline A. Rønningen*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*En kvalitativ studie om frisklivssentralens deltakere og deres syn på veiledning ved vektreduksjon*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et individuelt intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Godkjenning fra Sikt

06.04.2023, 16:34

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [En kvalitativ studie om frisklivssentralens brukere sine syn på veiledn...](#) / Vurdering

# Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b>	<b>Vurderingstype</b>	<b>Dato</b>
696716	Standard	12.09.2022

### Prosjekttittel

En kvalitativ studie om frisklivssentralens brukere sine syn på veiledning ved vektreduksjon

### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

### Prosjektansvarlig

Marita Nordhaug

### Student

Eline Andersdatter Rønningen

### Prosjektperiode

15.08.2022 - 01.12.2023

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

### Lovlig grunnlag

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

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.12.2023.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 01.12.2023.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

<https://meldeskjema.sikt.no/62bda11f-5bfa-485b-91e4-f89aaaf44487/vurdering>

1/2

**PERSONVERNPRINSIPPER**

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet.

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>.

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Marita Helleland

Lykke til med prosjektet!



# Vedlegg 4: ROS-skjema

## RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering, Prioritering. Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.

**Forskningsprosjekt - tittel:** En kvalitativ studie om frisklivsentralens brukere og deres syn på veiledning ved vektreduksjon  
**Prosjektleder:** Marita Nordhaug  
**Prosjekt NR (hvis aktuelt):** 659716  
**Prosjekt REX (hvis aktuelt):** x  
**Prosjekt I UBW (Agresso) (hvis aktuelt):** x  
**Prosjektets formål (kort beskrivelse):** Formålet med prosjektet vil være å øke kunnskapen rundt den veiledningen som gis i forbindelse med vektreduksjon på frisklivsentraler. Jeg ønsker å undersøke dette nærmere for å få en innblikk i hva brukere selv synes er hjelpsomt og hva brukere eventuelt kunne trenge mer av i en slik veiledningssammenheng. Dette er interessant å finne ut av, slik at man på best mulig måte kan tilrettelegge og hjelpe brukere med vektreduksjon. Det vil si at den erfaringskommissjonen jeg kan få fra brukere som deltar i dette prosjektet, vil kunne være svært nyttig og verdifull til senere veiledningssituasjoner knyttet til vektreduksjon.  
**Antall registrerte informanter:** Foreløpig uvisst. (Planlegger et antall på mellom 6 og 9 personer)  
**Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)**  
**Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres:** Brukere ved frisklivscentral  
**Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?** Safe ved OsloMet  
 1

ROS-analysen skal lagres i Arkiv- og saksbehandlingssystemet Public 360. [Klikk her for veiledning.](#)

Nr.	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå			Nye tiltak	
							S	K	Risiko		
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den utsøkte hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.  Fyll ut kolonnene til høyre, eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i eksempelet under.	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	Samsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/Inn, 4 = Svært høy. Risiko genereres automatisk som resultat av samsynlighet og konsekvens.	1	3	4	Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske tiltak.
1	Datainsamling	Lydopptak	Lydopptak kommer på avveie	Uvedkommende får tilgang på oplysninger om informanter. Alle intervjuet som er lagret på lydopptak mistes. Betydning for prosjektet utvener av hvor mye informasjon som er lagret på lydopptak.	Konfidensialitet	Stette lydopptak med en påing klippet er transkribert. Sørg for å ikke la maccen (med lydopptaket) være uten tilsyn.		1	3	4	Transkribere på intervjuet, rett etter intervjuet er ferdig.
					Integritet					0	
					Tilgjengelighet	Samme som for konfidensialitet.		1	3	4	Gjøre nytt intervju
2	Datainsamling	Intervju	Deltakerne føler seg sårbare i intervjuet	Deltakerne opplever intervjuopplettene som sårbare eller ubehagelig, mtp. studiens tema. Overvekt kan være sårt å snakke om, til tross for at det ikke først og fremst er vektproblemet i seg selv jeg skal intervjue om - men veiledningen knyttet til dette. Kan oppleves psykisk belastende.	Konfidensialitet	Sørg for å skape en trygg intervju situasjon. Tydelig få frem at alt deltaker sier blir mellom oss to, og at under studien forblir deltaker anonym.		1	3	4	Sende deltaker spørsmål på forhånd, slik at deltaker kan forberede seg på hva som vil bli stillt.
					Integritet					0	
					Tilgjengelighet	GI deltakerne god og tilstrekkelig informasjon. Sørg for en trygg intervju situasjon, der det er enkelt for deltakerne å stille spørsmål ved behov.		2	3	5	Sende ut et informasjonsbrev på forhånd, som kun omhandler intervju situasjonen.
3	Mellomlagring	Konvertering/kryptering	Dokumentet med kodeliste over navn kommer på avveie	Uvedkommende får tilgang på navneopplysninger om deltakerne.	Konfidensialitet	Sørg for å legge dokumentet i safen straks etter bruk.		1	4	5	Ha dokumentet i safen hele tiden og fyll ut navn rett i nærheten av safen.
					Integritet					0	
					Tilgjengelighet	Samme som for konfidensialitet.		2	3	5	Samme som for konfidensialitet.
4	Avslutning	Anonymisering	Deltakerne blir gjenkjent.	Til tross for at studien skal anonymiseres blir det mulig å gjenkjenne en eller flere deltakere i studien, basert på for mye info om deltaker f.eks.	Konfidensialitet	Være veldig nøye på å ikke skrive for mye informasjon om deltakerne.		1	4	5	Kun informere om deltakerens alder og kjønn, ikke skrive hvilken frisklivscentral de er fra.
					Integritet			1	4	5	Samme som for konfidensialitet.
					Tilgjengelighet	Samme som for konfidensialitet.		2	4	5	Samme som for konfidensialitet.
5	Datainsamling	Nettskjema	Lydklippene blir ikke overført fra mobilappen til nettskjema (nettsiden).	Dette fører til at man mister lydopptak og at hele intervjuet dermed er borte.	Konfidensialitet	Åpen sender lydopptak direkte til nettsiden.		2	2	4	Bruke 2 mobil, slik at man har backup.
					Integritet					0	
					Tilgjengelighet	Åpen sender lydopptak direkte til nettsiden.		2	2	4	Bruke 2 mobil under intervjuet til lydopptak.
6	Datainsamling	Andre	Deltaker trekker seg etter intervjuet er utført	Deltaker ønsker å trekke seg fra studien etter intervjuet er utført og evt. analysen påbegynt. Dette kan føre til at studien mister viktig informasjon.	Konfidensialitet	Sørg for at deltaker er godt informert om studien før intervjuet, slik at han/hun vet om hva intervjuet skal brukes til og studiens formål.		2	3	5	Dobbeltsjekke med deltaker både før og etter intervjuet at det vi sammen snakker om/ har snakket om i intervjuet er greit å bruke i studien.
					Integritet					0	
					Tilgjengelighet	Sørg for at deltaker er godt informert og at han/hun kan få tilgang til intervjuet om ønskelig.		2	2	4	Dobbeltsjekke med deltaker både før og etter intervjuet at det vi sammen snakker om/ har snakket om i intervjuet er greit å bruke i studien.

## Vedlegg 5: Matriser

### Kodegruppe 1: Være del av en gruppe

<b>Deltaker 1</b>	<p>-På trening er det greit å være fler, så lenge det er flere som har noen skavanker – så kan man dele litt på det at det ikke er alt som er så lett. Man får ikke alt til hele tiden, så det er greit med gruppetrening.</p> <p>-Der er man akseptert for den man er.</p> <p>-Når det står en person foran deg som ikke bare ser rart på deg for at du kommer – for det merker man jo veldig ofte når man er mye større enn alle andre. Da er det veldig ålreit å komme dit.</p>
<b>Deltaker 2</b>	<p>-Det er jo bare hyggelige folk der. Og parken vi trener i er sentral og fin, og de unge damene som styrer er superhyggelige og blide. Kjempehjelpsomme hele tiden.</p> <p>-Ja, jeg tror det har med menneskene å gjøre. Supertrivelige og spreke folk.</p> <p>- Så det hjelper det at de er så åpne og trivelige og uformelle og sosiale og alt det der – det hjelper jo veldig. For å gjøre det attraktivt.</p>
<b>Deltaker 3</b>	<p>- Det ene er at uten den gruppa så hadde jeg aldri i mitt liv trent. Rett og slett.</p> <p>- Også det andre er det med forpliktelsen for din egen del. Og forpliktelsen overfor andre. Er det en gruppe så er det liksom kjipt å svikte da.</p> <p>- Jo mindre grupper, jo større «comittment» har du på en måte.</p> <p>-Det er sosialt, og den forpliktelsen. Så for min del har jeg hatet trening, men nå ser jeg litt annerledes på det.</p> <p>-Så er det noe med det at man har jo ikke alle ting i hodet, så du får jo impulser fra andre – ting du ikke tenkte på selv, det er det andre som har tenkt på. Så da synes jeg gruppe fungerer bra.</p> <p>-Det er som treninga og, ikke sant. Du motiveres av å gjøre det. Av de som holder treningen.</p> <p>- For aldri i mitt liv har jeg gått inn på treningsstudio, altså det er ikke mulig. Da må du dra meg inn med makt. Men det er meg. Det er derfor denne frisklivssentralen på en måte har gitt meg de åpningene, så jeg kan komme inn på de treningsmetodene du selv er komfortabel med da.</p>
<b>Deltaker 4</b>	<p>-Jeg kunne ha nytte av den personen. Og jeg kan dra nytte av den personen. Få inn informasjon fra andre. Ting du kanskje ikke har tenkt på. F.eks. hvordan de har løst ting.</p>
<b>Deltaker 5</b>	<p>-Også de andre deltakerne, der er det noen veldig unge som er veldig spreke, også er det noen eldre. At det er rom for alt. Og at man kan snakke om det da.</p> <p>-Også sitter man litt i gruppe, da er det lettere. Noen har vondt for å si det eller synes det er flaut hvis det ikke orker også, men det føler jeg har løst nå. At det er litt romslig. For jeg blant annet, pluss et par andre, gidder å snakke om det. Da er det lettere for andre å si at «jeg har en dårlig dag, men jeg kommer likevel.»</p> <p>-Så jeg synes det er en bra. at de har funnet en form som det virker som at folk føler seg trygge i gruppene da. Jeg føler det er sånn trygt i gruppa og at man kan si «derfor kommer jeg ikke, for jeg får det ikke til. Orker ikke.» AT folk bare kan si det.</p> <p>-At det er veldig forskjell på nivået – det synes jeg funker veldig bra. Det er ikke sånn at noen blir stående å vente på hverandre. Det funker bra å være DEG, at jeg gjør sånn og så mye orker jeg. Og at det er akseptert og at det ikke går utover noen andre. For det er også litt dumt.</p> <p>-I og med at det er såpass store grupper og mye forskjellige folk – at du føler det er litt mer forpliktende. Det er ikke bestevennene mine akkurat, men man har en forventning om hvem man skal se på trening da.</p>
<b>Deltaker 6</b>	<p>- Jeg tenker at det er litt den forpliktelsen til å møte opp igjen jeg. Synes det er litt dårlig gjort ovenfor gruppa og ikke møte opp.</p> <p>-Det er den gruppetilhørigheten ved å tenke at her skal jeg være med denne gruppa og da må jeg møte opp.</p> <p>- Vi var kanskje 20 stykker på det meste. Og du visste hvem som skulle komme liksom, stort sett. Så hvis det var noen som ikke kom, så var det litt sånn «åj, kommer ikke hun i dag.»</p> <p>- Ja, det er noen som venter på meg. Og hvis du har vært borte en gang, så er det liksom litt sånn «vi savna deg på treninga!» Det er litt sånn.</p>
<b>Deltaker 7</b>	<p>- Også tenker jeg at det er forventet at jeg kommer, så hvis jeg ikke dukker opp... Altså hvis jeg ikke gjør dette her, så kan jeg bare sluntre unna. Hvis det bare var meg som skulle trene. Men nå føler jeg at jeg er en del av gruppa, de andre deltagerne og de som har det på en måte. Føler at de venter jo at jeg kommer.</p> <p>- Man føler at man er på samme nivå.. Det er ikke noe «se og bli sett»-sted hvertfall.</p> <p>- Og det er jo det som er fint med den treningsdelen også, at det er ulike grunner til at man er i aktiviteten. Det er jo ikke alle som skal ned i vekt. Noen skal jo bare trene seg i aktivitet. Komme seg ut. (...) Og det er egentlig veldig fint også, at det ikke er samme type folk heller. Også deler man det man vil dele. Alle gjør sin grad av seg det da.</p>

## Kodegruppe 2: Faste avtaler og et forhåndsbestemt opplegg

<b>Deltaker 1</b>	<p>-Jeg liker best at de bestemmer litt.</p> <p>-Jeg har jo prøvd å slanke meg såpass mange år at jeg vet det ikke fungerer slik... så lett. Så når andre kan ta litt styring, så kan det hende det er litt lettere.</p> <p>-Jeg er selv utdannet med ernæring som videreutdanning. Men det er på en måte mye lettere når en annen person kan.. ehh.. fortelle hva du skal gjøre.</p> <p>-Det mest nyttige for meg er å ha veileder der. At jeg vet at hun er der og hun godtar meg for den jeg er. Og hun vil hjelpe meg og tror på meg at jeg gjør det jeg skal. Det har veldig mye å si.</p>
<b>Deltaker 2</b>	<p>-Det er vel det at det er en fordel å ha faste avtaler.</p> <p>-Går litt på ansvarsfølelse, da man vet at det er flere på venteliste og man må vente for å begynne tilbudet på frisklivssentralen.</p>
<b>Deltaker 3</b>	<p>-Det er det beste! At de har et opplegg, for altså jeg tenker jo at dette er fagfolk som vet hva de holder på med. Da gidder jeg ikke sette det i tvil.</p>
<b>Deltaker 4</b>	<p>-For hvis ikke du har noe fast å gå til, så klarer vi det ikke. For når du kommer så langt at du kommer på frisklivssentralen – på livsstilsendring, både når det gjelder vekt og ikke vekt – de klarer det ikke alene. For da hadde vi gjort det for lenge siden.</p> <p>-Det å ha noe fast og ha noen mål.</p> <p>-For når du kommer så langt som til frisklivssentralen, så må du ha forpliktelser – for ellers så detter du ut.</p> <p>-Da må du ha noe mer enn «opp til deg selv.» for opp til deg selv klarer du ikke.</p> <p>-Det er viktig å ha noe å gå til, noe som drar deg ut. Hvis du skal klare å endre livsstilen. At du er til for noe.</p> <p>-Hvis jeg ikke har avtaler, da blir jeg sittende i stolen inne hele veien.</p>
<b>Deltaker 5</b>	<p>-Ja og at noen savner deg på en måte.</p> <p>-Altså nå funker det at de følger opp. Før ble jeg egentlig bare sur og oppfattet det som mas.</p> <p>-Og hvis jeg ikke har vært der på en stund, at de spør hvordan det går også.</p> <p>-Det er et supert tiltak. Så hadde det ikke vært for det hadde ikke jeg vært på noe treningsstudio for å si det sånn. Og jeg går ikke på tur selv. Kanskje nå, men hvertfall ikke før.</p>
<b>Deltaker 6</b>	<p>-Den forpliktelsen til at jeg har sagt ja til et tilbud, og føler at hvis kommunen satser på meg – så må jeg faktisk levere noe tilbake. Så når det er trening tirsdag og torsdag, så møter du opp liksom.</p> <p>-Så du føler en sånn forpliktelse om at – hvis de skal satse på meg – må jeg satse på det.</p> <p>-Det var liksom sånn at de krysset jo av og telte opp hvem som var der og du følte litt på at om du ikke kom av en eller annen grunn, så sendte du melding ja. Så det var en veldig forpliktelse.</p> <p>-Fordi man har så mye annet å tenke på når man er inni det systemet, det er jo en grunn til at du er der. Og da er det veldig greit å bare komme å vite at i dag er det styrkeøkt – ferdig. Bare gjør det du får beskjed om, også kan du gå hjem igjen *latter*. Det er veldig, veldig bra.</p>
<b>Deltaker 7</b>	<p>-Jeg synes det er veldig greit – i hvertfall nå når jeg skal lære meg å trene igjen – at her er det noe jeg kan komme til og det er klart det jeg skal gjøre. Vi gjør øvelsene gang på gang, om ikke samme rekkefølge, så hvertfall like øvelser. Sånn at man blir kjent og gjør det trygt. Så når man blir sikker på det man gjør, synes jeg det er veldig deilig å bare komme til ferdig bord.</p>

### Kodegruppe 3: Veileders væremåte

<b>Deltaker 1</b>	<p>-Hun kjeffer ikke på meg om jeg har spist noe feil. Men hun prøver bare å få meg til å spise det riktige.</p> <p>-Måten veileder tok imot meg på og gjorde ting på i starten gjorde det veldig mye lettere for oss etterpå. Man blir jo litt hårsår når man har vært tjukk i mange år. Man har jo fått mye kommentarer, blikk og slikt. Og da når man blir møtt på en slik måte på en slik plass, så blir det mye enklere å ta til seg det de vil prøve å hjelpe deg med (...).</p> <p>-Det viktigste for meg er at de møter meg uten å studere meg først, for da får jeg bare lyst til å gå. Og at de møter meg med et åpent sinn, at jeg er en vanlig person hehe. Og møte meg med et stort smil, det synes jeg er veldig godt – da blir jeg fort sjarmert. (...) Smil og litt humor trenger alle. Akkurat det trenger i hvertfall jeg mye av.</p>
<b>Deltaker 2</b>	<p>-De unge damene som styrer, er superhyggelige og blide. Kjempehjelpsomme hele tiden.</p> <p>-Men det som først og fremst gjør det attraktivt og at det er lett å bli med inn i programmet i 12 uker uten å falle ut, det er at de er veldig blide, positive og hjelpsomme.</p> <p>-Så det hjelper at de er så åpne og trivelige, uformelle og sosiale, og alt det der – det hjelper jo veldig. For å gjøre det attraktivt.</p>
<b>Deltaker 3</b>	<p>-For det har alltid vært sånn positiv tone, aldri noe straff. Det er ingen trusler for å si det sånn. Det er bare smil.</p> <p>-Så er det lett tilgjengelig og god stemning! God stemning er bra. Hyggelige folk.</p> <p>-Jeg synes de har vært veldig flinke her og gode forelesere, og veldig inkluderende liksom</p>
<b>Deltaker 4</b>	<p>-Har man individuell veiledning vet jeg ikke, da kommer det veldig an på den personen du treffer.</p>
<b>Deltaker 5</b>	<p>-De (*veilederne*) er veldig godt forberedt. De er veldig gira. Har en plan. Har alternative øvelser. De skal på en jobb, gjør jobben sin.</p> <p>-Og veilederen min er også en driftig dame.</p> <p>-Alle veilederne her er veldig dedikerte til sin jobb og står på, prøver å motivere og er forberedt og samtidig forståelsesfulle. Det er veldig mye av suksessfaktorene til en veileder.</p> <p>-Man bør ta de beste veilederne som er motivert til den type arbeid.</p> <p>-Noen (*veilederne*) har vært litt overivrige da – tror at vi er toppidrettsutøvere. Det er vi ikke. Og noe som irriterer med litt noen ganger er jeg skal bli så mye bedre. Altså jeg blir ikke bedre i lungefunksjon. Altså den kommer aldri til å bli bedre, samme hva du sier. For «hvis du bare tar i litt til nå, så blir det bedre.» Ehh nei, hvis jeg tar i litt til nå, så stopper det helt, da må jeg stå stille i ti minutter.</p>
<b>Deltaker 6</b>	<p>-Det var en av trenerne som var veldig... hun var den eneste som sa vi måtte skjerpe oss og at vi måtte klare mer. Jeg gikk bort til henne og sa: (...) «Alle mister jo motet, det er jo ingen som klarer, du tar helt fra dem mestringsevne og alt.»</p> <p>-Egentlig burde noen fått applaus for at de sto opp og i det hele tatt kom på trening, så hvis du da skal få kjeft for å at du ikke tar i...</p>
<b>Deltaker 7</b>	<p>-Så jeg føler veldig sånn med de som jobber der, at de lager det veldig trygt.</p>

### Kodegruppe 4: Deltakernes ønsker

<b>Deltaker 1</b>	<p>-Trening to dager i uka, det hadde vært fint. Jeg jobber turnus, så det er ikke alle jeg får vært med på.</p> <p>-Flere dager med trening i uka</p> <p>-Jeg synes det (*resept på tre måneder*) er for kort.</p> <p>-Jeg synes at når det kommer til mat og ernæring, så er det veldig godt at det bare er hun (*veileder*) på en måte. For det er ikke noe kult å dele det med for mange på en måte.</p>
<b>Deltaker 2</b>	
<b>Deltaker 3</b>	<p>-Det kunne vært en (*treningsøkt*) til i uka, for før var det mandag, onsdag og fredag – men i år er det bare mandag og onsdag. Så det kunne vært en til.</p> <p>-Ideelt: En gruppesamling ukentlig i 1-2 måneder. Plass 1 personlig veiledning i løpet av denne perioden. Deretter oppfølging i et halvt år, 1 gang i måneden. For det viktigste med den oppfølgingen er på en måte og ikke miste helt kontakten med det. Og samtidig kanskje få en liten «boost.» Deretter igjen er det «frislipp» - da er ansvaret mitt liksom</p>
<b>Deltaker 4</b>	<p>-Jeg savner at det ikke er noe mer konkret på ting. (...) For det er jo veldig individuelt fra person til person.</p> <p>-De kunne godt hatt et kurs med mange deltakere på, men at det hadde vært litt mer på person.</p> <p>-Jeg må ha noe mer praktisk kan du si. (...) Så i stedet med mange timer med teori, så putt den teorien i en boks i stedet og lag praksis ut av det. Lag slik at vi kan lage praktiske retter. Også litt informasjon om den retten; «den er bra for det og det, men kanskje ikke så bra for blodsukker, diabetes og irritabel tarm.»</p> <p>-Jeg skal egentlig ikke ha i meg brød, det påvirker kroppen min veldig dårlig. Kan vi lage noe erstatning for brød som ikke inneholder hvetemel? Da kunne vi ha gjort det, sant. Og hvis jeg hadde sagt ulike ingredienser som jeg ikke tåler, så kunne vi laget det. Og gått litt mer på person, og lage sånne ting i praksis.</p> <p>-At en konkret veileder hele tiden var til stede.</p> <p>-En fast dag i uken som du hadde kanskje litt teori, men i det meste praktisk veiledning. Praktisk gjennomførelse av det som skjer.</p> <p>-At du skulle gjøre noe til neste gang. At du skulle ta det med deg hjem og gjøre det til neste gang.</p> <p>-Kurs to dager i uken, men at du selv valgte en dag. Og passet det ikke den ene dagen så kunne du komme den andre dagen. Slik at du alltid hadde muligheten. Også at det var på en måte litt sånn plikt å møte en av dagene</p>
<b>Deltaker 5</b>	<p>-Før hadde vi forberedte og ikke interesserte veiledere. (...) For når treneren er umotivert og kommer uforberedt hver gang. Skal vi stå der å trække ute i ti kuldegrader da eller? (...) Man bør ta de beste veilederne som er motivert til den type arbeid. (...) De som driver friskliv skal være stolt av det og motivert.</p> <p>-At det er flere ulike ting å være med på og flere dager å velge mellom</p>
<b>Deltaker 6</b>	<p>-Akkurat når det gjelder det kostholdskurset de har, det synes jeg ble litt for generelt på en måte. (...) Fordi alle som skal slanke seg vet at man må spise færre kalorier enn det man bruker. Og man vet at man ikke skal ha salt og sukker, og man vet at man skal drikke mye vann. Det var liksom sånn – det var ikke noe utover det.</p> <p>-Jeg følte ikke det var noen generell presentasjon av hva som lå i tilbudsmappa deres liksom. «Hei, velkommen til frisklivssentralen – dette er de tilbudene som finnes her, hva har du lyst til.» Det kunne de kanskje ha gjort noe med. For det var litt opp til den enkelte å spørre om ting. (...) Presentasjon; «dette er det vi har, hva har du lyst til?» Det hadde vært en idé. Og det er jo litt sånn ar når du tar kontakt med frisklivssentralen, så er det jo ikke sånn at du er helt proppfull av pågangsmot. (...) Du har ikke den driven til å komme i gang og nettopp derfor kunne det vært veldig fint om de kunne hatt en sånn generell presentasjon med hva de kan tilby.</p>
<b>Deltaker 7</b>	<p>-Da vil jeg tenke at ett år er en drøm og kanskje enda mer av den ernæringsdelen. Oppfølging av den også. Dem sier jo også at det ikke er noe slankeopplegg, men man kunne jo også få: «hvis du vil slanke deg, hva skal du gjøre da. Dette er lurt hvis du skal enda mer ned i vekt på en sunn måte». Jeg har gått ned seks kilo og jeg har jo ikke vært helt strømlijneforma på alt liksom, men mye mer bevisst. Og jeg tenker at hvis man bare fikk enda litt mer korrigering underveis, så hadde det vært enda bedre da.</p> <p>-Nei, jeg synes egentlig jeg får tett oppfølging i treningen også. For de snakker jo og gir tilbakemeldinger. Så jeg føler det er ganske tett oppfølging sånn sett, men akkurat det med ernæringen kunne kanskje vært tettere.</p>