

# På vei mot likevekt?

En kvalitativ studie av deltakeres erfaringer med et kurstilbud for personer med sykkelig overvekt.

## **Sammendrag**

Sykkelig overvekt er et økende problem i den norske befolkningen. For å hjelpe personer med sykkelig overvekt, har det offentlige helsevesenet innført en behandlingsmetode bestående av overvektskirurgi. Det kreves av personer som ønsker overvektskirurgi at de deltar på et 40-timers obligatorisk livsstilsendingsprogram, "Startkurs – på vei mot likevekt". Oppgavens hensikt er å undersøke deltakernes erfaringer med Startkurs og hvilke prosesser i kurset som fører til livsstilsendring hos deltakerne. Seks deltakere og en livsveileder er intervjuet ved bruk av kvalitativt, semi-strukturert forskningsintervju. Analysemetoden er hovedsakelig refleksiv metode og interaksjonisme. Resultatene viser at samtlige respondenter syntes deltakelse i Startkurs var positivt. De fleste hadde fått ny informasjon og flere verktøy til å håndtere overvekten med. Når det gjaldt deres sosiale liv, fortalte alle respondentene bortsett fra én at å bli plassert i en gruppe med nye mennesker i et støttende nettverk har hatt betydning. Konklusjonen er at respondentene beskrev tre prosesser i Startkurs som kan føre til livsstilsendring: Forbedring av tankemønstre, deltakelse i sosialt nettverk og opplevelse av anerkjennelse.

Nøkkelord:

overvekt, livsstilsendring, helsefremmende, pedagogikk, anerkjennelse

## **Abstract**

### **On the way to a balanced weight?**

A qualitative study of participants' experiences with a lifestyle change program for persons who are morbidly obese.

Morbid obesity is an increasing health problem in the Norwegian population. To treat people who are morbidly obese, the public health sector has introduced gastric bypass surgery. People who would want this surgery must participate in a 40-hour compulsory lifestyle change program, "*Startkurs – på vei mot likevekt*" ("*Start Program – On the Way to A Balanced Weight*").

This thesis intends to examine the participants' experiences with "*Startkurs*" and which processes in the program that could lead to lifestyle changes for the participants. Six participants and a life coach are interviewed using qualitative, semistructured research interviews. The analysis method used is mainly reflexive method and interactionism. The results show that all respondents found participation in "*Startkurs*" to be positive. Most of them had gained new information and several tools of how to manage their obesity. Regarding their social lives, all respondents except one reported that being included in a group setting with new people in a supportive network was important. The conclusion is that the respondents described three processes in "*Startkurs*" which may lead to lifestyle changes: Improved thinking patterns, participation in a social network and experiencing recognition.

Key words:

obesity, lifestyle change, health promotion, pedagogy, recognition

## Forord

Studiet i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid har vært gøy! Å delta i et studium der studentene var bosatt fra nord til sør i Norge, og der studiesamlingene var avholdt ved fire ulike høyskoler, førte til at jeg har blitt kjent med mange lokalsamfunn. Det første året i studiet arbeidet jeg sammen med studenter i Østfold og gjorde en oppgave om et av Østfolds lokalsamfunn. Det andre året samarbeidet jeg med en student fra Røros hvor et lokalt prosjekt om fysisk aktivitet ble utført. Det tredje året utførte jeg aksjonsforskning på Lillehammer. Det fjerde året ble sirkelen fullendt ved at jeg returnerte til Østfold fylke og undersøkte grundig et kurs ved Sykehuset Østfold for personer med sykkelig overvekt.

Samtidig som studiet i helsefremmende arbeid har vært en "mini-norgesturné" for meg, har jeg også blitt konkret inspirert til å gå i gang med to helsefremmende tiltak i eget liv. Etter at all teori om deltakelse i grupper og lokalsamfunn var gjennomgått, ble jeg inspirert til å gjenoppta en hobby fra barndommen. Jeg tok fram tverrfløyten jeg hadde liggende i skapet og begynte i voksenkorps. Det andre tiltaket var at prosjektet på Røros om fysisk aktivitet ga meg kunnskap om metoder for hvordan jeg kunne gå i gang med regelmessig fysisk aktivitet i eget liv. Så nå utfører jeg intervalltrening to ganger i uka.

Dermed vil jeg takke medstudenter og lærere for fire givende år. Jeg vil også takke veileder Ove Sandell, arbeidsgiver, kollegaer, familie og venner for støtte og forståelse i mitt studiearbeid.

I masteroppgaven har jeg forsøkt å kaste lys over noen menneskers erfaringer med sykkelig overvekt og deres reise mot en bedre hverdag. Jeg har blitt enda mer ydmyk og fylt med empati for alle med helseproblemer på grunn av overvekt.

Jeg vil presisere at jeg har fulgt Høgskolen i Gjøvik sine retningslinjer for utarbeidelse av masteroppgaver, med ett unntak: Jeg er født svaksynt og har problemer med å lese en del skrifttyper, blant annet Times New Roman som er Høgskolen i Gjøvik sin standard skrift i studentoppgaver. Dermed søkte jeg skolen og fikk godkjenning til å bruke skrifttypen Arial 11 i stedet.

Fredrikstad, 1. desember 2011

Christine Mathiesen

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
Abstract.....	3
1. Innledning .....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Beskrivelse av Startkurs .....	9
1.3 Faglige forelesninger.....	10
1.4 Fysiske aktivitetstilbud.....	11
1.5 Brukerpanel.....	11
2. Teoretisk bakteppe.....	13
2.1 Teoretisk grunnlag for Startkurs .....	13
2.2 Pedagogiske metoder i Startkurs.....	14
2.3 Sosialt nettverk.....	15
2.4 Helsefremmende perspektiv .....	16
2.5 Relevant forskning.....	19
2.6 Anerkjennelse .....	20
2.7 Overvekt og samfunn .....	21
3. Metode.....	24
3.1 Forforståelse .....	24
3.2 Kvalitativ metode, intervju.....	25
3.3 Etisk perspektiv .....	25
3.4 Utvalg av respondenter .....	26
3.5 Gjennomføring av intervjuer .....	27
3.6 Transkribering .....	28
3.7 Aksjonsforskning, handlingsorientert forskningssamarbeid.....	29
3.8 Gjennomføring av aksjonsforskningen.....	30
3.9 Analyse, refleksiv metode.....	31
3.10 Analyseprosessen .....	35
3.11 Metodediskusjon .....	36
3.12 Redegjørelse for analysens oppbygning og struktur .....	39
4. Helsefremmende vaner .....	41
4.1 Hvordan deltakerne syntes det var å delta i Startkurs.....	41
4.2 Hva deltakerne lærte i kurset.....	42
4.3 Endringer i kostholdsvaner .....	44
4.4 Endringer i fysisk aktivitet .....	47

5. Endringer i sosialt liv, selvfølelse og synet på egen kropp.....	49
5.1 Endringer i sosialt liv .....	49
5.2 Endringer i selvfølelse .....	51
5.3 Synet på egen kropp .....	54
5.4 Faktorer utenom kurset som har påvirket endringene.....	55
6. Reaksjoner fra samfunnet .....	57
6.1 Reaksjoner fra samfunnet på store kropper.....	57
6.2 Problemer i arbeidslivet.....	60
7. Startkurs i fremtiden .....	62
7.1 Hvordan pårørende kan inkluderes .....	62
7.2 Hva deltakerne syntes var positivt ved kurset.....	63
7.3 Hva deltakerne syntes kunne vært gjort annerledes .....	65
7.4 Obligatorisk kursdeltakelse.....	68
8. Konklusjon .....	69
8.1 Oppsummering.....	69
8.2 Konklusjon.....	70
8.3 Forslag til videre forskning.....	71
Litteraturliste .....	72
Vedlegg A – KMI og risiko for sykdom.....	I
Vedlegg B - program for Startkurs 6 Sykehuset Østfold LMS, vinter 2009.....	I
Vedlegg C – godkjenning fra NSD.....	I
Vedlegg D – brev til utvalg .....	I
Vedlegg E - informasjonsskriv .....	I
Vedlegg F - intervjuguide .....	I

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Stadig flere personer i Norge blir overvektige (Ulset m.fl. 2007). Siden midten på 1980-tallet har det vært en økning i gjennomsnittsvekten hos personer over 18 år, og nå er hver femte person i Norge overvektig. En mindre prosentandel av befolkningen har utviklet så kraftig overvekt at den er blitt sykelig (Folkehelseinstituttet 2011). Sykelig overvekt defineres som kroppsmasseindeks (KMI) større eller lik 40 med vesentlig redusert helserelatert livskvalitet (Helsedirektoratet 2011). Se vedlegg A.

Årsaken til vektøkningen i befolkningen antas å ha sammenheng med endringer i forhold til kosthold og bevegelse. Den daglige fysiske aktiviteten er mindre og inntaket av mat er høyere enn kroppen klarer å forbruke. Dermed blir det en energiubalanse. Hos den enkelte vil også arvelige og psykologiske faktorer innvirke på vektøkningen (Folkehelseinstituttet 2011). Sykelig overvekt er en kompleks tilstand. Det er en utfordring å støtte de som har vektrelaterte helseproblemer med å ta i bruk helsefremmende livsstrategier (Helsedirektoratet 2009).

For å kunne hjelpe gruppen mennesker med sykelig overvekt, så begynte spesialisthelsetjenesten i Norge å utføre fedmekirurgi (Helseregionene 2007). På rett indikasjon kan et vellykket kirurgisk inngrep med god oppfølging gi en forutsigbar og langvarig vektreduksjon (20-50 prosent), høyere livskvalitet og bedring av vektrelaterte følgesykdommer. Det kreves at pasienten er villig til å gjennomføre nødvendige livsstilsendringer både før og etter en overvektsoperasjon for å redusere risikoen for komplikasjoner. Pasienter med sykelig overvekt kan få tilbud om kirurgisk behandling når dette er faglig begrunnet, men sykelig overvekt i seg selv gir ikke rett til kirurgisk behandling (Helsedirektoratet 2009). Fedmekirurgi krever altså stor omstilling hos dem som velger operasjonen og tett oppfølging etterpå. For at pasienter skulle bli i stand til å ta velinformerte valg om fedmekirurgi, utarbeidet Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved Aker universitetssykehus et læringstilbud kalt "Startkurs – på vei mot likevekt" (Bonsaksen m.fl. 2011). Arbeidsgruppen som planla læringstilbudet, besto av fagpersoner samt representant fra en brukerorganisasjon og personer med brukererfaring fra ulike metoder for vektreduksjon. Etter hvert har kurset blitt til et 40-timers obligatorisk kurs for personer som skal overvektsopereres i Helse Sør-Øst (ibid).

Jeg er ansatt som sekretær ved Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved Sykehuset Østfold siden 1999. I 2007 var jeg med og arrangerte det første "Startkurs – på vei mot likevekt", heretter benevnt som Startkurs, ved Sykehuset Østfold. I desember 2011 har LMS ved Sykehuset Østfold arrangert Startkurs 15 ganger. Jeg har vært med å planlegge alle Startkursene Sykehuset Østfold har hatt. Min rolle er i hovedsak av administrativ art. Jeg registrerer alle personer som er blitt henvist til Startkurs, inviterer dem til å delta og registrerer deltakelse. Videre er det min jobb å kontakte og lage avtaler med alle bidragsyterne i kurset.

Hensikten med Startkurs er at deltakerne skal bli i stand til å finne frem til riktig behandlingsmetode og håndtere utfordringer som overvektsbehandlingen innebærer. Kurset inneholder en blanding av faglig informasjon, praktiske øvelser, gruppeoppgaver og tid til refleksjon. Fagpersoner og brukerrepresentanter holder innlegg. Brukerrepresentanter er i denne sammenhengen personer som selv har erfaring med overvektsbehandling. Deltakerne blir kjent med andre i samme situasjon og inkluderes i et støttende nettverk. Kurset ledes av en veileder og en fast brukerrepresentant. Hovedtemaene i kurset er fysisk aktivitet, behandlingsmetoder, selvhjelp og kosthold. LMS tilrettelegger for at deltakerne skal støttes til å endre sin livsstil.

I artikkelen "Lærer å mestre fedme", om Startkurs ved LMS Aker universitetssykehus, avslutter forfatterne med å peke på at det er nødvendig med flere undersøkelser for å finne hvilke prosesser som kan bidra til livsstilsendring (Bonsaksen m.fl. 2011).

Jeg ønsket å undersøke om Startkurs førte til at deltakerne endret noe av sin livsstil. Det kunne jeg finne ut ved å intervju tidligere kursdeltakere ved Sykehuset Østfold. Problemstillingen jeg bruker er:

Hvilke prosesser i "Startkurs – på vei mot likevekt" ved Sykehuset Østfold mener respondentene fører til livsstilsendring hos deltakerne?

Innenfor problemstillingen er følgende forskningsspørsmål definert:

1. Hvordan beskrives nye helsefremmende vaner i forhold til kosthold og fysisk aktivitet?
2. Hvordan beskrives endringer i sosialt liv, selvfølelse og syn på egen kropp?



3. Hvordan kan pårørende inkluderes i Startkurs?
4. Hvordan bør Startkurs utformes i framtiden?

Forskning viser at personer i stor grad påvirkes av sitt sosiale nettverk (Christakis og Fowler 2009). Hittil har familien ikke blitt inkludert i Startkurs. Derfor spurte jeg om hvordan deltakerne opplevde at nære pårørende ikke var inkludert. Ved å benytte forskningsspørsmålene, håper jeg å kunne finne noen prosesser som kan bidra til livsstilsendring for personer med sykelig overvekt.

### **1.2 Beskrivelse av Startkurs**

Kurset består av ti dager med fire timer hver gang. Det er sjelden mer enn én kursdag pr. uke. Vanligvis strekker en kursrunde seg over flere enn ti uker. Det er et bevisst valg at kurset er strukket ut i tid. Å endre tankemønstre og vaner er noe som krever tid til øvelse og refleksjon (Haugli og Steen 2001).

Startkurs holdes hovedsakelig i lokalene til LMS på Sykehuset Østfold Sarpsborg. Deltakerne sitter ved et langbord for at de skal kunne se hverandre ansikt til ansikt. Kurset ledes av en veileder som er ansatt ved LMS og en fast brukerrepresentant. Veilederen er sykepleier og utdannet veileder i høgskolestudiet "Livsstyrketrening". Veilederen bruker flere metoder hentet fra "Livsstyrketrening" (Haugli og Steen 2001) inn i Startkurs. "Livsstyrketrening" beskrives i avsnitt 2.1. Veilederen som leder Startkurs benevnes heretter som "kursleder".

Den faste brukerrepresentanten er en kvinne som har vært sykelig overvektig. Hun har gått ned mange kilo på egenhånd. I tillegg er hun overvektsoperert. Brukerrepresentanten har mange verdifulle erfaringer som hun deler med gruppen. I vedlegg B finnes programmet for Startkurs nummer seks som eksempel på hvordan en kursrunde er sammensatt.

Startkurs inneholder fire hovedelementer: Fysisk aktivitet, behandlingsmetoder for overvekt, kosthold og selvhjelp.

#### Fysisk aktivitet, kropp og bevegelse

Deltakerne introduseres for ulike treningstilbud. Gjennom bevegelse, refleksjoner og samtaler kan deltakerne erfare og anerkjenne kroppen og kroppsopplevelser. Deltakerne oppfordres til å stille seg spørsmål i forhold til bevegelse og aktivitet.

### Behandlingsmetoder

Det finnes ulike behandlingsmetoder for overvekt; medikamentell behandling, lærings- og mestringskurs, behandlingsopphold ved rehabiliteringsinstitusjoner og kirurgisk behandling. Helsepersonell innenfor de ulike behandlingstilbudene informerer og svarer på spørsmål.

### Kosthold, mat og spisevaner

En ernæringsfysiolog informerer om karbohydrater, proteiner og fett, gir en enkel kostholdsveiledning og svarer på spørsmål. Det kan være utfordrende å forandre spisevaner. Derfor er det satt av god tid til diskusjon rundt emnet. Med utgangspunkt i deltakernes erfaringer i forhold til mat og vektreduksjon, starter en prosess på en lang og ofte vanskelig vei mot et annerledes forhold til mat, kropp og spisevaner (Birketvedt 2008; Bonsaksen m.fl. 2011).

### Selvhjelp

Med selvhjelp menes tiltak en person selv kan gjøre for å forbedre sin situasjon. Innenfor temaet selvhjelp stimuleres deltakerne til å finne troen på at alle er i stand til å endre sitt eget liv. Selvhjelp er å finne frem til kunnskap, erfaringer og andre drivkrefter personen ikke er klar over at hun eller han har (Angstringen 2010). Deltakerne lærer å praktisere selvhjelp. De kan delta i selvhjelpsgrupper etter at Startkurs er avsluttet. Å lære seg å lage realistiske handlingsplaner er ett eksempel på en metode til selvhjelp (Lorig m.fl. 2008).

De fire hovedelementene nevnt ovenfor blandes i løpet av kursets 40 timer for å få en balanse mellom teori og praksis for deltakerne. Balansen innebærer dermed at hovedelementene fordeles på forskjellige forelesere og aktiviteter. I avsnitt 1.3 til 1.5 beskrives fordelingen av hovedelementene.

### **1.3 Faglige forelesninger**

I Startkurs blir deltakerne tilbudt åtte faglige forelesninger. En representant fra Landsforeningen for overvektige formidler sin historie i forhold til overvekt og orienterer om foreningens arbeid. En erfaren bruker holder et innlegg kalt "Veien til likevekt". Han forteller sin historie om sykkelig overvekt, og hva han har gjort for å bli normalvektig og opprettholde normal vekt. En fysioterapeut orienterer om ulike fordeler og muligheter ved fysisk aktivitet. En ernæringsfysiolog forteller om mat, spisevaner, næringsstoffer og energi. En psykolog har innlegg om følelser og relasjoner. En kirurg viser en film fra

en gastrisk bypassoperasjon og forteller om fedmekirurgi. En lege orienterer om medikamentell og medisinsk behandling av fedme. Representanter fra ulike rehabiliteringsinstitusjoner forteller om sine behandlingstilbud.

#### **1.4 Fysiske aktivitetstilbud**

Deltakerne blir invitert med på fire ulike fysiske aktivitetstilbud. Den første aktiviteten er en hel kursdag i lokalene til "Friskis og Svettis" i Fredrikstad. Der får deltakerne delta i en times tilrettelagt trening med egen instruktør. Den øvrige kurstiden på Friskis og Svettis inneholder forelesning om fysisk aktivitet og pedagogiske oppgaver.

Den andre formen for aktivitet er bassengtrening ved et svømmesenter. Der får deltakerne en times tilrettelagt bassengtrening med egen instruktør.

Den tredje aktiviteten er yoga i et yogastudio en liten spasertur fra sykehuset i Sarpsborg. Deltakerne tilbys en times enkel yoga med størst vekt på avspenning, tilrettelagt med egen instruktør.

Den fjerde formen for aktivitet er avspenning og oppmerksomhetsøvelser. Aktiviteten ledes av kursleder og utføres i LMS-lokalet. Å kategorisere avspenning under fysiske aktivitetstilbud, kan være uvanlig. Like fullt er avspenning en metode der kroppen benyttes fysisk for å minske spenninger i muskulaturen. Å redusere muskelspenninger fører ofte til at tankene blir roligere (Kroese 2003).

#### **1.5 Brukerpanel**

Ved oppstart, omtrent midtveis og avslutningsvis, er det satt av en time til såkalt brukerpanel. Et brukerpanel består av to til tre brukerrepresentanter som forteller om sine erfaringer i forhold til overvektsbehandling. Dermed må brukerrepresentantene selv være sykkelig overvektige eller ha hatt problemer med sykkelig overvekt. Hver brukerrepresentant får rundt ti minutter til å fortelle sin historie. Deretter får kursdeltakerne anledning til å stille spørsmål. Brukerrepresentantene er personer som er valgt ut med henblikk på at de har hatt ulike opplevelser og strategier i forhold til sin overvekt. Mange har vært gjennom en overvektsoperasjon. Noen har hatt komplikasjoner i forbindelse med operasjonen. Noen brukerrepresentanter har gått ned i vekt på egen hånd. Å inkludere brukerrepresentanter i læringstilbud er en sentral ideologi i LMS-arbeid (Strøm og Fagermoen 2011).

Oppsummert består Startkurs av smakebiter på ulike aktiviteter, tankesett og verktøy til selvhjelp. Kurslederen og den faste brukerrepresentanten prøver å inspirere deltakerne til å ta i bruk nye aktiviteter og tankemønstre. På lengre sikt kan det føre til at deltakerne etablerer noen nye, helsefremmende vaner.

## 2. Teoretisk bakteppe

I kapittelet beskrives først hvilket teoretisk grunnlag som danner basis for Startkurs. Det er vesentlig å gjøre rede for kursets teoretiske grunnlag for senere å eventuelt kunne identifisere hvilke prosesser som kan føre til livsstilsendring hos deltakerne. Deretter beskrives teori om helsefremmende arbeid, fordi det helsefremmende perspektivet er gjennomgående i masteroppgaven. Så viser jeg til relevant forskning før Axel Honneths teori om anerkjennelse presenteres. Anerkjennelsesteorien har relevans i forhold til resultatene som følger senere i oppgaven. Avslutningsvis retter jeg blikket mot et samfunnsperspektiv på overvekt.

### 2.1 Teoretisk grunnlag for Startkurs

Kursleder er som tidligere nevnt utdannet veileder i kurskonseptet "Livsstyrketrening". Vedkommende benytter mye av teorigrunnlaget derfra som basis i Startkurs. Det helsepedagogiske gruppetilbudet "Livsstyrketrening" ble utarbeidet og evaluert i 2001 (Haugli og Steen 2001). "Livsstyrketrening" bygger på et helhetlig læringssyn kalt konfluent pedagogikk som inkluderer både kroppslige, emosjonelle og kognitive prosesser i læringen (Steen og Zangi 2011). Konfluent pedagogikk har disse sentrale prinsippene (ibid):

Å lære er å oppdage. Å oppdage er å bli oppmerksom på noe og å legge merke til noe som egentlig har vært til stede hele tiden.

Å lære gjennom egne erfaringer. Å erfare forutsetter et direkte møte med noe. Det går langt utover det å høre om, se på eller tenke over noe.

Læring skjer både gjennom kropp, følelser og tanker. Oppmerksomhet på ens egen kropp og kroppsreaksjoner er en vesentlig kilde til oppdagelser. Ved å ta kroppssignaler på alvor, kan deltakerne bli bevisst på egne følelser og behov.

Å oppdage og bli bevisst og oppmerksom er noe som skjer "her og nå". Oppdagelser, tanker, følelser, erfaringer og kroppslige reaksjoner er noe som foregår akkurat her og nå. Deltakerne trener på å være bevisst tilstede i øyeblikket, noe som i litteraturen betegnes som oppmerksomt nærvær (Kabat-Zinn 2008).

Bevisstgjøring og oppmerksomhet gir mulighet til å ta ansvar og velge. Når deltakerne stopper opp og blir bevisste på hva som er viktig og meningsfylt i livet for dem, kan de også komme i kontakt med sine muligheter til å velge (Grendstad og Sandven 1986).

Å oppdage er et resultat av en prosess. At læringsprosessen strekker seg over tid er et helt sentralt prinsipp i konfluent pedagogikk. Å oppdage mønstre er bare første skritt på veien. Det som virkelig krever oppmerksomhet og tid, er å ta ansvar og velge å gjøre noe på en ny måte.

Relasjonen og interaksjonen mellom kurslederen og de som skal lære, er sentralt for læringsprosessene. Det er kurslederens ansvar å skape rammer og gode relasjoner, tydeliggjøre formålet med undervisningen og legge til rette for oppdagelser og oppmerksomhet (Steen og Zangi 2011).

## **2.2 Pedagogiske metoder i Startkurs**

En av de viktigste pedagogiske metodene i Startkurs er at kurslederen legger stor vekt på å skape et trygt og støttende miljø i gruppen (Haugli og Steen 2001). En grunnforutsetning for å skape et trygt miljø er at taushetsplikten gjelder. Det som sies og høres av deltakerne på kurset skal ikke sies andre steder. Deltakerne bestemmer hvilke normer utover taushetsplikten som skal gjelde. Oftest bestemmer gruppen at normene skal være å komme i tide, melde fra hvis en er syk og kun snakke på egne vegne. En annen forutsetning for et trygt miljø er at alle aktiviteter som skal foregå i kurset er invitasjoner (ibid). Det vil si at kursleder inviterer deltakerne til å være med i aktivitetene eller til å si noe. Hvis en av deltakerne ikke ønsker å delta i for eksempel en avspenningsøvelse, er det helt i orden. Den eneste formen for tvang som forekommer, er at kurset i seg selv er obligatorisk for dem som ønsker fedmekirurgi. Obligatorisk kursdeltakelse diskuteres i avsnitt 7.4.

Erfaringsutveksling er en pedagogisk metode som benyttes gjentatte ganger i løpet av kurset. En erfaringsutveksling følger ofte etter et innlegg om et bestemt tema. Utvekslingen av erfaringer ledes av kurslederen, som stiller spørsmål til gruppen ut fra temaet (Vifladt og Hopen 2004). Hvis temaet for eksempel er spisevaner, kan spørsmålet lyde: "Hvorfor er det så vanskelig å endre spisevaner?". Deretter inviteres deltakerne til å komme med innspill som noteres på tavla. Kurslederen stiller et oppfølgingsspørsmål etter at problemer er notert: "Hva kan vi gjøre for å endre spisevaner?". Forslag til løsninger fra deltakerne noteres på tavla. Erfaringsutveksling er dermed en styrt gruppediskusjon. Gruppediskusjonen kan ofte omhandle ulike

problemer og løsninger, men erfaringsutvekslingen kan også inneholde andre typer erfaringer. Hensikten er at deltakerne inviteres til å være aktive.

”Pedagogisk sol” er en annen metode som benyttes (Haugli og Steen 2001). ”Pedagogisk sol” består av et ark som viser en sol med store stråler rundt. Midt i solen står en ufullstendig setning, for eksempel: ”For at jeg skal forandre spisevaner, så trenger jeg.....”. Deltakerne inviteres til å fylle ut hva de selv trenger og skrive det ned på solstrålene. Deltakerne arbeider hver for seg, og etter noen minutter inviteres deltakerne til å gå to og to sammen og snakke om hva de har skrevet ned. Deretter spør kurslederen om noen ønsker å fortelle hva de har skrevet. Denne typen oppgave er bevisstgjørende i forhold til hva en person trenger eller ønsker. Den ufullstendige setningen kan endres til å bevisstgjøre mange emner.

Handlingsplan er også en pedagogisk metode som benyttes. Handlingsplan kan i tillegg kalles et verktøy til selvhjelp (Lorig m.fl. 2001; Lorig m.fl. 2008). Handlingsplan består av at hver enkelt deltaker bes å tenke over noe han eller hun ønsker å gjøre for egen del i løpet av den kommende uka. Kurslederen tipser om at handlingsplanen kan inneholde alt fra å gå tur tre ganger i uka til å ringe en venn eller sette av tid til å hvile. Det viktige er at deltakeren selv bestemmer hva som skal gjøres og at aktiviteten er helsefremmende. I andre mestringskurs benyttes gjerne handlingsplan hver kursgang (ibid), men i Startkurs settes handlingsplan på timeplanen to til tre ganger. Grunnen til dette diskuteres i avsnitt 7.2.

### **2.3 Sosialt nettverk**

En teoretisk måte å betrakte Startkurs på, er at kurset består av en gruppe mennesker i et sosialt nettverk. Et sosialt nettverk defineres som forhold mellom mennesker og samhandlingen mellom dem. Sosiale nettverk består av tre aspekter: Sosial samhandling, sosiale relasjoner og uformell struktur. Det første aspektet er sosial samhandling som kjennetegnes ved gjensidig handling mennesker i mellom. Den sosiale samhandlingen foregår ved gjensidig påvirkning mellom de samhandlende personene (Fyrand 2005).

Det andre aspektet er sosiale relasjoner. Sosiale relasjoner innebærer at samhandlingen mellom partene får en viss varighet, stabilitet eller regelmessighet. Utviklingen av sosiale relasjoner er basert på felles interesser.

Det tredje aspektet er uformell struktur. Uformell struktur vil si at samhandlingen mellom partene i nettverket ikke er preget av formaliserte roller. Formaliserte roller kan for eksempel være forhold mellom leder og ansatt på en arbeidsplass. Den uformelle strukturen blir skapt av personenes eget initiativ, og relasjonen mellom dem er likeverdig (ibid).

Sosiale nettverk er verdifulle fordi nettverket kan bidra med ressurser. Ressursene kan gjøre det lettere å mestre utfordringer i livet. Dermed er teorien om sosialt nettverk et viktig grunnlag for at Startkurs avholdes i gruppe. Hensikten er å stimulere deltakerne til å utvide sitt eget sosiale nettverk. Hovedfunnet i rapporten "Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring" er at gruppeundervisning ser ut til å ha positiv effekt på psykososiale utfall som psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom (Austvoll-Dalgren m.fl. 2011).

Å arrangere gruppebaserte læringstilbud handler om å legge til rette for å danne nye sosiale nettverk, men det gjelder å være oppmerksom på at det som skjer og skapes i sosiale nettverk også spres i nettverket. Dermed spres både positive og negative effekter (Christakis og Fowler 2009). Det er derfor viktig at kurslederne i Startkurs beholder fokus på positive og ønskede effekter i gruppen.

## **2.4 Helsefremmende perspektiv**

### **Definisjon på helse**

Mæland (2005) beskriver at Verdens helseorganisasjon i 1946 fastslo at helse er mer enn fravær av sykdom. Helse ble da definert som et fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende. Denne definisjonen er senere kritisert, og WHO har deretter brukt en mer dempet definisjon og beskriver helse som evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv (ibid).

For å få et norsk perspektiv på hva helse er, henter jeg en beskrivelse fra boka "Helse på norsk, god helse slik folk ser det" (Fugelli og Ingstad 2009). Forfatterne intervjuet 80 norske innbyggere i deres ulike hjemkommuner. Forskerne lyttet til tanker, følelser og meninger som finnes i folks egen livsverden. Deretter kategoriserte forskerne ti hovedfunn: Helse er trivsel, likevekt, helhet, tilpasning, funksjon, å bevege seg mot mål, livskraft, motstandskraft, fravær av tanker om helse og fravær av sykdom. Forfatterne oppsummerer:



Vi fant at helsen er gåtefull og frodig som livet selv. Helsen er kropp og ånd og samfunn. Helse er glede og fravær av smerte. Helse er likevekt og mulighet til å "blomstre" som menneske. Helse er å gjøre det gode for nesten. Helse er å få ting til. Helse er å oppleve at livet har mening. Helse er tro og håp. Helse er å være nær naturen. Helse er verdighet. Helse er å bli verdensmester på ski og å klare å gå ut på kjøkkenet om morgenen. Helsen er også et slags felleseie for mennesker som virker på hverandre og bryr seg om hverandre. (Fugelli og Ingstad 2009,s.417).

Dermed kan helse anses og defineres som et ganske vidt og omfattende begrep. Det er en viktig observasjon i forhold til den videre beskrivelsen av hva helsefremmende arbeid er.

### **Helsefremmende arbeid**

I Ottawa-charteret (1986) gjengitt i Mæland (2005,s.66), defineres helsefremmende arbeid som "prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse". Helsefremmende arbeid kan også anses som forebyggende virksomhet ut fra et folkehelseperspektiv (Mæland 2005). Mæland beskriver helsefremming som en privat, uformell organisering med vekt på egenkontroll og mestring. Han sier at helsefremmende arbeid enkelt kan beskrives som det å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre utfordringer og belastninger som mennesker utsettes for i dagliglivet. Det dreier seg ikke bare om kost og mosjon. Siden helse kan defineres som et omfattende begrep, så vil hva som er helsefremmende variere fra person til person (ibid).

Selv om jeg har vært opptatt av helsefremmende arbeid de siste 15 årene, er det viktig å slippe til kritiske røster som oppfordrer til refleksjon. Fuggeli og Ingstad (2009) påpeker at deler av det helsefremmende arbeidet står i en kravstor tradisjon. Forfatterne formidler at mange tegn i tiden tyder på at helsedyrkingen gjør seg gjeldende. Blant annet utviser media en sterk interesse for kosthold, fedme og slanking. Det er også økende moralsk og juridisk strenghet i forhold til helseskadelige livsstiler. Usunn kropp og gal livsstil forteller om viljesvikt. Dermed kan veien for mange være kort til at de opplever mindre følelse av verdighet og lavere selvtillit. Forfatterne spør med rette om en del av helseopplysningen heller bør være å hjelpe mennesker til å forsone seg med sine svakheter og til å trives med sine helseproblemer (ibid)

### **Helsefremmende perspektiv i Startkurs**

Startkurs kan beskrives som å både være rehabiliterende og helsefremmende. Rehabiliteringen vil i kurset si at deltakerne får hjelp til å legge om livsstilen slik at de

kan komme tilbake til en bedre helsetilstand enn den de hadde før de ble sykkelig overvektige. For eksempel forsvinner diabetes type 2 hos mange etter en vektreduksjon (Hofsø m.fl. 2011). Det helsefremmende aspektet kan komme fram ved at deltakerne oppdager nye ressurser og sider ved seg selv.

Jeg vil karakterisere Startkurs som et program for livsstilsendring som inneholder overveiende helsefremmende elementer. Målet med Startkurs er det samme som Mæland (2005) beskriver at helsefremmende arbeid består i. Intensjonen bak Startkurs er at deltakerne kan få høyere livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre utfordringer og belastninger. Startkurs gir deltakerne mulighet til å etablere nye, helsefremmende vaner innenfor blant annet kosthold, fysisk aktivitet, deltakelse i sosiale nettverk og tankemåter.

Et annet helsefremmende perspektiv jeg er oppmerksom på i Startkurs, er det som Fuggeli og Ingstad (2009) refererer til som sjelens helse. De mener at helseopplysningen hittil har vært mest opptatt av kropp, ikke sjel. Molekyler, ikke følelser. Biologiske verdier, ikke moralske eller eksistensielle verdier. Deres funn tilsier at å bygge selvtillit, å skape optimisme, og å styrke tåleevne bør gå inn i programmer for helsefremming og sykdomsforebygging (ibid).

I Startkurs jobber kurslederen aktivt med å bygge selvtillit og å styrke tåleevne, blant annet ved å ta opp emnet "selvfølelse". Øiestad (2009,s.22) definerer god selvfølelse som "å ha en nyansert følelse av deg selv, og i tillegg gi det du føler, en verdig plass sammen med andre mennesker". Selvfølelse er å tydelig kjenne tilhørighet på denne jord. Skamfølelse kjennes ofte som en sterk trang til å synke ned i den samme jorda. Noen føler så dyp skam at selvfølelsen begravnes. Den dype skammen er smerten ved å bare se feil ved seg selv, å anse at en ikke fortjener å bli elsket og tatt hensyn til (ibid).

Øiestad (ibid) beskriver at det viktigste når en person skal jobbe med selvfølelsen, er å være nær seg selv. Hvordan personen har det på innsiden og forholder seg til sine tanker og følelser, bestemmer hva personen gjør på utsiden. Hvis en person strever med selvfølelsen, så kan hun eller han ha blitt forhindret i å stifte et nært forhold til seg selv. Å være nær seg selv betyr å være et subjekt som kan anerkjenne andre subjekter og selv bli anerkjent. I praksis betyr dette å stoppe opp og observere, og bli kjent med indre tilstander. Videre beskriver Øiestad (ibid) at det nest viktigste er å akseptere seg

selv. Når en person med åpne øyne og full bevissthet aksepterer seg selv, vil personen finne svakheter hun eller han får lyst til å gjøre noe med. Personen vil også kunne se ressurser hos seg selv som tidligere kanskje ikke er turt tatt i bruk, før personen erkjenner at de finnes (ibid).

Et siste helsefremmende aspekt jeg vil nevne, er pårørende. Pårørende er en viktig ressurs og deres støtte betyr mye for den som er syk. Pårørendes kunnskaper om pasienten må lyttes til og det må være lagt til rette for at pårørende får nødvendig informasjon (Bøckmann og Kjellevold 2010). I noen tilfeller må pårørende forholde seg til at sykdommen har ført til at den som er syk, har et nedsatt selvbilde. Den som er syk, kan tidligere ha opplevd å være et aktivt medlem av sin familie og nettverk. Når sykdommen blir for alvorlig, så kan mange syke oppleve at de blir en belastning for familien og samfunnet når de ikke lenger klarer seg selv. Pårørende står da i den utfordringen det er å håndtere at den som er syk har redusert selvbilde og selvtillit (ibid).

Hittil har LMS ikke inkludert pårørende i Startkurs, selv om det er klare statlige føringer om pårørendeinvolvering i helsetjenesten (Pasientrettighetsloven 1999). Bøckmann og Kjellevold (2010) skriver at det kunne vært tydeligere signalisert i lovgivningen, med klarere krav til helsepersonell om oppfølging av nære pårørende. Lovgivning alene er antakelig ikke tilstrekkelig for å få endret praksis, men må følges opp av tiltak. For eksempel kan den innsatsstyrte finansieringen inkludere pårørendearbeid (ibid). I oppgaven har jeg undersøkt og utarbeidet et tiltak for hvordan det kan være mulig å inkludere pårørende i Startkurs innenfor de eksisterende økonomiske rammene. Tiltaket er beskrevet i avsnitt 3.8.

## **2.5 Relevant forskning**

Det er utført store mengder forskning både nasjonalt og internasjonalt på overvektsbehandling, overvektskirurgi og livsstilsendingsprogram. I oppgaven trekkes kun to nasjonale studier frem som jeg mener er spesielt relevante. Den ene studien er foretatt på Startkurs-deltakere. Den andre studien er foretatt på deltakere i et annet vektreduksjonstiltak.

Lerdal m.fl. (2011) har undersøkt personlige faktorer i forhold til livskvalitet hos personer med sykkelig overvekt på venteliste for behandling. Studien er kvantitativ og inkluderer et utvalg på 128 personer som var deltakere på Startkurs arrangert både i Østfold og Oslo-området. Det vil si et sammenfallende utvalg som jeg har intervjuet i oppgaven min.

Resultatene fra studien indikerer at selvfølelse, opplevelse av sammenheng og hvordan personene mestrer utfordringer er viktige faktorer i forhold til Startkurs-deltakernes livskvalitet. Forskerne understreker viktigheten av å kjenne til hvordan de nevnte personlige faktorene påvirker livskvaliteten. Denne sammenhengen kan være avgjørende ved planlegging av tiltak for vektreduksjonsbehandling, inkludert opplæringsprogram.

Rugseth (2010) har skrevet en doktoravhandling om hvordan det erfarer å leve som tykk. Hun har også undersøkt hva erfaringene forteller om det å være tykk i dagens samfunn. Det er spesielt det sistnevnte forskningsspørsmålet som er relevant i min oppgave. Rugseth (ibid) har benyttet kvalitativ metode. Hun har intervjuet og observert 20 personer i et vektreduksjonsprogram på et sykehus.

Avhandlingens resultater viser at respondentene føler seg kontinuerlig synlige for et allestedsnærværende blikk. Analysen tydeliggjør at respondentene opplever kroppens tyngde som en konkret og belastende realitet. Avhandlingens kunnskapstilfang om tykke menneskers individuelle erfaringer, utgjør et kompletterende perspektiv til vektreduksjonsbehandling. Rugseth (ibid) synliggjør begrensningene i det medisinske og helsefaglige perspektivet. Hun problematiserer sentrale forståelser, for eksempel om vektreduksjon er egnet og ønskelig som behandlingseffekt.

## **2.6 Anerkjennelse**

Den tyske sosialfilosofen Axel Honneth (2003) har utarbeidet en teori om anerkjennelse. Teorien kan betraktes som en normativ teori om det gode liv. Anerkjennelsesteorien kan brukes for å finne ut hvilke utviklingstendenser som kan betegnes som ugunstige, både for en person og et samfunn. I oppgaven benyttes teorien om anerkjennelse for å undersøke om deltakerne har opplevd anerkjennelse i Startkurs. Honneth poengterer at anerkjennelsesbegrepet ennå ikke er fastlagt, verken filosofisk eller i hverdagspråket, men at mennesker fødes med universelle rettigheter og plikter. Dette anser han som anerkjennelsens moralske grunnsten.

Honneth mener at en person må erfare anerkjennelse i tre ulike former for å oppleve seg selv som et sosialt vellykket individ. Han har definert tre former for anerkjennelse ved at de tilhører ulike sfærer: a) privatsfæren, b) den rettslige sfæren og c) den solidariske sfæren som dekker arbeidsmessige, kulturelle og politiske fellesskap. Hver

form for anerkjennelse fører til tre typer forhold en person utvikler til seg selv. I privatsfæren er kjærlighet fra familie og venner grunnlaget for *selvtillit*. I den rettslige sfæren får personen rettigheter som borger i et samfunn. Personen opplever *selvrespekt*. Når en person opplever sosial solidaritet i et fellesskap med felles verdier og normer oppnår personen grunnleggende *egenverdi* (ibid).

I den første anerkjennelsessfæren danner kjærlighet forutsetninger for i det hele tatt å inngå i et mellommenneskelig forhold. Kjærlighetsforholdet mellom mor, far og barn, ektefeller og venner er relasjoner der personen kan erfare emosjonell anerkjennelse. I den andre anerkjennelsessfæren, den rettslige, blir personen i stand til å få selvrespekt gjennom å være et likeverdig medlem i samfunnet. Personen mottar ulike rettigheter, for eksempel ytelser fra velferdsstaten. Den tredje formen for anerkjennelse oppstår ved at en person deltar i en gruppe, fellesskap eller samfunn. I fellesskapet kan personen gjenkjenne seg selv og få anerkjennelse som en positiv bidragsyter. Personen opplever egenverdi fordi han eller hun blir anerkjent for sine spesifikke kvaliteter, evner og bidrag som er med på å opprettholde samfunnet (ibid).

De tre anerkjennelsessfærene har ulike kvaliteter. Anerkjennelse som følge av kjærlighet er kun emosjonell, mens anerkjennelse som følge av rettslige forhold er kun basert på fornuft. I den tredje sfæren, fellesskapet, er anerkjennelsen både av emosjonell og fornuftsmessig karakter.

Hvis en person ikke opplever anerkjennelse eller følelsesmessig støtte, respekt eller sosial aktelse, risikerer hun eller han å miste et positivt forhold til seg selv. Manglende anerkjennelse og respekt kan oppleves som krenkelse. I de tre anerkjennelsessfærene kan ulike former for krenkelse forekomme. I privatsfæren kan misbruk og voldtekt være eksempler på krenkelser som skader selvtilliten. I den rettslige sfæren kan krenkelser forekomme dersom hele grupper blir diskriminert i et juridisk system. I det kulturelle verdifellesskap kan individer eller grupper oppleve krenkelser som går ut på at deres ferdigheter og evner ikke lenger nyter anerkjennelse. Eksempler på slike krenkelsesformer finnes på en skala fra å ikke bli hilset på, til ekstreme former for stigma (ibid).

## **2.7 Overvekt og samfunn**

Oppgaven fokuserer på muligheter enkeltpersoner med sykkelig overvekt gis til å velge en bedre livsstil og få en bedre helse i det norske samfunnet. Enkeltpersoner lever alltid i en sammenheng og i et samfunn som preger personenes valg. Jeg ønsker å

bringe inn et samfunnsperspektiv i oppgaven som kan belyse at det verken er hensiktsmessig eller korrekt å kun legge skylden og ansvaret på den enkelte i forhold til overvekt.

Samfunnsperspektivet jeg henter frem er det kapitalistiske, økonomiske system. Albritton (2009) har utført en analyse over hvordan det kapitalistiske, økonomiske system skaper både sult og overvekt. Han fremhever at 25 prosent av verdens befolkning ikke har tilgang til nok mat og lider av sult, mens 25 prosent av verdens befolkning har tilgang til for mye og feil mat som fører til overvekt og tilhørende livsstilssykdommer. Albritton (ibid) konkluderer med at nåtidens økonomiske system for forsyning av mat i stor grad er ansvarlig for at halvparten av verdens befolkning blir syke som følge av under- eller feilernæring.

Hovedtesen i kapitalismen er å oppnå høyest mulig økonomisk gevinst på kortest mulig tid. Albritton (ibid) forklarer hvordan kapitalismens fokus på økonomisk gevinst har ført til et system for matforsyning som ikke er bærekraftig. Systemene for matforsyning på jorden i dag er både urettferdige med hensyn til fordeling av mat og farlige når det kommer til helse for mennesker og natur.

Globale, privateide selskaper har gjennom det kapitalistiske system fått stadig større makt til å markedsføre og selge sine produkter. En av produktgrenene som gir stor økonomisk gevinst for private selskaper er såkalt "junk food". "Junk food" vil si mat med høyt innhold av kalorier og lavt innhold av vitaminer og mineraler. Toppen av "junk food" kan sies å være brus. Brus består av sukker, vann, kunstig farge og kunstig smak. Dermed er brus en matvare totalt uten ernæringsmessig verdi. Nå viser det seg å være en sammenheng mellom den økende forekomsten av fedme og feilernæring. Folk som blir overvektige av å spise "junk food" får i seg for mange kalorier. Siden "junk food" ofte inneholder for lite vitaminer og mineraler, fører det til at personene spiser enda mer kaloririk mat for å kompensere for det lave næringsinnholdet (ibid).

"Junk food" inneholder store mengder sukker, fett og salt. Dette er ingredienser som har en delvis avhengighetsskapende kvalitet. I den vestlige verden, og også nå i andre deler av verden, er det blitt et samfunnsproblem at "junk food" er billig og tilbys nesten overalt, til alle døgnets tider. At "junk food" er billig fører til at personer med lav inntekt er prisgitt å velge slik type mat (Wilkinson og Pickett 2010). At "junk food" er tilgjengelig nesten overalt og har delvis avhengighetsskapende kvaliteter, fører til at det kan være

vanskeligere for enkeltpersoner å la være å velge denne dårlige maten. Det er de globale "junk food" selskapene som tilbyr maten billig og overalt. Albritton konkluderer:

Kort sagt, det kapitalistiske systemet profiterer både på å være en årsak til overvekt og på at enkeltpersoner bruker pengene sine på å unngå de verste konsekvensene av overvekt<sup>1</sup> (Albritton 2009,s.181).

Det er beklagelig at det foreløpig ikke settes inn nok ressurser på samfunnsnivå for å forebygge og fremme befolkningens helse. En mektig mekanisme bak for lite satsning på helsefremmende tiltak er altså det kapitalistiske, økonomiske systemet:

Økonomisk gevinst finnes som oftest ikke i folkehelse tiltak for å forebygge sykdom. Det er mer lønnsomt, og derfor logisk, for kapitalismen å oppmuntre til et giftig matmiljø som hjelper til med å skape overvekt, og så la slankeindustrien, treningsindustrien, legemiddelindustrien og den medisinske industrien håve inn den økonomiske gevinsten ved å prøve å hanske med konsekvensene<sup>2</sup> (Albritton 2009,s.190).

Oppsummert peker Albritton (ibid) på behov for korrigerende tiltak på samfunnsnivå for å hjelpe mennesker å få ernæringsmessig riktigere matforsyning, og dermed bedre helse. Forslag til strukturelle og samfunnsmessige tiltak belyses i avsnitt 4.3.

---

<sup>1</sup> Min oversettelse.

<sup>2</sup> Min oversettelse.

### 3. Metode

Masteroppgaven består av kvalitative intervjuer og en type aksjonsforskning. I kapittelet redegjør jeg for hvordan intervjuene ble utført og tolket. Jeg skal også beskrive aksjonsforskningen og hvordan den ble gjennomført. Videre redegjøres det for etisk perspektiv, utvalget av respondenter og undersøkelsens validitet og reliabilitet. Jeg innleder med å beskrive min forforståelse, siden den er grunnlag for både valg av tema i oppgaven og hvordan data er tolket.

#### 3.1 Forforståelse

Forforståelse er forutsetningene som en person bringer med seg. Forutsetningene avgjør om personen finner mening i en handling (Aadland 2004). Alvesson og Sköldbberg (2009) mener at det omtrent er umulig å se bort fra egen forforståelse i tolkning av intervjuer. Derfor utdyper jeg min forforståelse i dette avsnittet. I avsnitt 3.9 nevnes områder der jeg tror min forforståelse kan komme til å by på problemer.

Forforståelse kan deles i tre dimensjoner. Den første dimensjonen er erfaring (Aadland 2004). Min mangeårige erfaring med helsefremmende atferdsmønstre førte meg inn på temaet som jeg skal undersøke i masteroppgaven. Jeg er født svaksynt og har kroniske sykdommer som atopisk eksem, astma og allergier. Hele livet har jeg måttet gjøre diverse tiltak for å fungere i hverdagen. Dette har gitt meg stor ydmykhet overfor alle som sliter med helseproblemer. Jeg kan forstå en del av det som ligger bak deres fortvilelse over en vanskelig helsetilstand. Samtidig er jeg klar over at ingen kan forstå et annet menneske fullt ut (ibid). Det som fascinerer meg aller mest, er at mange mennesker, til tross for store helseproblemer, greier å snu situasjonen og lærer seg å leve et friskere liv. Dette er en viktig del av min forforståelse. Min egen erfaring tilsier at det er mulig å finne tiltak, både via egen og andres hjelp, som fører til bedret livskvalitet for den enkelte.

Den andre dimensjonen av forforståelse, er grunnleggende antakelser om hvordan verden og menneskenaturen er (ibid). Jeg har to viktige antakelser i forhold til menneskets natur. Den ene er at de fleste mennesker gjør så godt de kan til enhver tid. Den andre er at for å oppnå bedre helse, så må både kropp, sinn og ånd vies oppmerksomhet. Min antakelse om hvordan verden er, består i at jeg tror at alt; naturen, menneskene, tankene våre, er forbundet i et gjensidig forhold. Forfattere som Carl Gustav Jung, Louise Hay og Neale Donald Walsch har inspirert mitt menneskesyn.



Den tredje dimensjonen av forforståelse er språk, begreper og teorier (Aadland 2004). Jeg trekker spesielt fram at jeg de siste tolv årene har arbeidet mye med Albert Banduras teori om mestringsforventning (self-efficacy) (Bandura 1997). Mestringsforventning defineres som troen en person har på at han eller hun kan organisere og utføre de handlingene som kreves for å håndtere fremtidige situasjoner (ibid). Personer med sterk tro på egen kapasitet anser vanskelige oppgaver for å være utfordringer som kan mestres, i stedet for trusler som kan unngås. Personer som derimot tviler på at de har kapasitet til å utføre visse handlinger, skygger unna vanskelige oppgaver på disse områdene. De synes det er vanskelig å motivere seg selv. Mange minsker anstrengelsene eller gir opp for fort (ibid). Alvesson og Sköldberg (2009) sier at hvis en forsker har arbeidet mye med en bestemt teori, vil forskeren alltid være følelsesmessig knyttet til den teorien. Dermed preger Banduras teori om mestringsforventning hvordan jeg oppfatter personers innsats i forhold til livsstilsendring.

### **3.2 Kvalitativ metode, intervju**

For å kunne få tak i de personlige erfaringene deltakerne hadde, så ble en kvalitativ metode benyttet. Kvalitative metoder består blant annet av ulike former for intervju (Kvale m.fl. 2009). I følge Kvale (ibid) er et intervju en samtale som har en viss struktur og hensikt. Samtale er en gammel måte å tilegne seg kunnskap på. Samtale har i de siste tiår blitt et viktigere innslag i samfunnsforskningen.

Ved hjelp av kvalitative intervjuer ønsket jeg å få belyst temaene i problemstillingen. Gjennom dybdeintervju med tidligere deltakere i Startkurs, så håpet jeg å få fram data om hvordan den enkelte opplever hverdagen etter kurset, og informasjon i forhold til kvalitetssikring av selve kurstilbudet. Kvalitetssikring kan her også betegnes som tjenesteutvikling fordi kurset er en tjeneste som tilbys av spesialisthelsetjenesten. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2010) mener at individuelle dybdeintervjuer kan gi data som vil være svært nyttige ved tjenesteutvikling. For eksempel kan jeg få vite hvordan det oppleves å være bruker av tjenesten, hva som oppleves som problematisk ved tjenesten, og ikke minst hvorfor det er problematisk. Verdifull informasjon kan i en tjenesteutviklingsammenheng komme fram, selv med et begrenset budsjett (ibid).

### **3.3 Etisk perspektiv**

Jeg har fulgt forskningsetiske retningslinjer som Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora har utarbeidet. Retningslinjene er laget for å

hjelpe forskere og forskersamfunnet med å reflektere over sine etiske oppfatninger og holdninger (NESH 2010). Jeg søkte Sykehuset Østfold om lov til å benytte deltakernes kontaktopplysninger. I tillegg til at undersøkelsen min ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (vedlegg C), så hadde jeg fokus på at respondentene ble godt informert om frivillig deltakelse, informert samtykke, retten til ikke å utsettes for skade og retten til anonymitet (NESH 2010).

I selve intervjusituasjonen er forskningsetikken mest opptatt av at respondenten ikke skal komme til skade (Tjora 2010). Som intervjuer er det mitt ansvar å begrense følelsesmessige problemer som følge av intervjuet. Jeg minnet respondentene om at intervjuet kunne stoppes når som helst. Deltakere kunne også trekke seg etter at intervjuet var gjennomført. Lydopptaker kunne stoppes under deler av intervjuet hvis respondenten ønsket. Et annet etisk aspekt er sitatsjekk. Jeg sendte resultatkapitlene til alle respondentene. Dermed fikk respondentene anledning til å vurdere hvorvidt jeg hadde forstått dem korrekt, om de ønsket endringer i siteringen, eller om hele eller deler av ulike sitater ikke skulle brukes (ibid). Kun én respondent kom med tilbakemeldinger og forslag til endringer. Jeg har tatt hensyn til forslagene.

### **3.4 Utvalg av respondenter**

Utgangspunktet var deltakerlister for tre Startkurs gjennomført ved Sykehuset Østfold LMS i perioden 2009 til 2010. Den enkeltes kontaktopplysninger ble nøye sjekket mot den offentlige telefonkatalogen Telenor 1880 online bedrift. Der jeg ikke fant personen oppført, ble personen ekskludert fra utvalget. Grunnen var å unngå utsending av invitasjon til personer som kunne være døde. Jeg endte opp med en liste på 44 personer som LMS sendte skriftlig informasjon om studien til. Deltakerne fikk et informasjonsskriv (vedlegg E) og et følgebrev (vedlegg D). Siste side i informasjonsskrivet inneholdt plass for personen å signere dersom han eller hun ønsket å delta i studien. Ferdig frankert og adressert konvolutt var lagt sammen med invitasjonen.

Noen uker etter at 44 invitasjonsbrev var utsendt, hadde jeg kun mottatt tre svar. Da valgte jeg å sende ut forespørsel til ytterligere 34 personer. Tre nye svar ble resultatet av utsendelsen. Dermed returnerte totalt seks personer signert avtale om at de ønsket å delta. Jeg tok kontakt med alle og avtalte tid og sted for intervju. Utvalget består av tre kvinner og tre menn. Alle respondentene har samme etnisitet som meg, og de er likt fordelt mellom kjønn. Alderen på respondentene varierer fra 42 til 60 år. Av de seks respondentene er fire operert, en venter på operasjon og en valgte å ikke opereres.

Intervjuene ble foretatt i løpet av en periode på syv uker forsommeren 2011.

Intervjuopptakene er fra 40 til 87 minutter. Intervjuene og sitater presenteres kun som uttalelser fra "respondent" for å garantere anonymitet. I blant presenterer jeg sitater fra respondent A, respondent B og så videre, men bokstavene A, B og så videre henviser kun til at det er uttalelser fra ulike personer. Dermed kan respondent A et sted være forskjellig fra respondent A et annet sted i resultatpresentasjonen.

Jeg hadde opprinnelig ønsket minst åtte respondenter til studien. Etter at jeg hadde gjennomført intervjuene med de seks som meldte seg, var det behov for å få innhentet flere data. Jeg fant støtte i litteraturen om at det kunne være nyttig å intervju personer som ikke er direkte i målgruppen for undersøkelsen (Alvesson 2011). Dermed fikk jeg avtalt og gjennomført et intervju med en livsveileder/samtaleterapeut som har hatt to deltakere fra Startkurs til individuell veiledning i sin praksis. Livsveilederen er opprinnelig utdannet fysioterapeut. De siste 20 årene har hun i tillegg til fysioterapi også arbeidet som livsveileder. Intervjuet med livsveilederen ble gjennomført ved hennes kontor i juni 2011 og varte i 52 minutter. Resultatene fra intervjuet med livsveilederen presenteres som uttalelser fra "livsveileder". Dette har livsveilederen samtykket til. Livsveilederen beskriver sitt arbeid som:

En veiledning som setter fokus på enkeltmenneskets fysiske, psykiske og sosiale helse. Ved å bli kjent med vårt indre liv, oppdager vi indre ressurser og lærer å anvende dem til vårt eget beste. Dette vil kunne gi større trygghet og mot til å møte både motgang og stress, og åpne opp for dypere glede og tilfredshet med oss selv og livet.

### **3.5 Gjennomføring av intervjuer**

Jeg brukte semistrukturerte intervjuer, noe som krevde en intervjuguide. Intervjuguiden inneholder en skisse over emner og forslag til spørsmål (vedlegg F). Gode intervju spørsmål har to dimensjoner. Tematisk bør spørsmålene bidra til å produsere kunnskap om intervjuemnet. Dynamisk bør spørsmålene bidra til å skape en god intervjusituasjon (Kvale m.fl. 2009). Jeg tok hensyn til dimensjonene da jeg utarbeidet intervjuguiden. Intervjuguiden ble pilotert i form av et testintervju før jeg gikk i gang med å intervju respondentene. Testpersonen var en venninne som hadde deltatt i et livsstilsendingsprogram ved et treningssenter. Testintervjuet avdekket problemer og uklarheter i intervjuguiden og ga meg samtidig verdifull trening i selve intervjusituasjonen.

Forskningsintervjuet er en bestemt form for menneskelig interaksjon som bringer kunnskap fram ved hjelp av dialog. Det er opp til intervjueren på kort tid å skape en kontakt som gjør at respondenten føler seg trygg i situasjonen (ibid). Intervjuet bør gjennomføres på et sted der respondenten vil føle seg vel. Det anbefales å la den intervjuede velge sted selv (Tjora 2010). Respondentene fikk bestemme hvor de ville intervjues. To menn ønsket å møte meg på kafé, én mann kom til kontoret mitt på Sykehuset Østfold, mens de tre kvinnene inviterte meg hjem til seg selv. Før intervjuet startet, ga jeg respondenten kort informasjon om formålet med undersøkelsen min, bruk av lydopptaker og lignende. Ettersom de første minuttene i intervjuet er avgjørende for om det blir en god situasjon for begge parter, var jeg påpasselig med å lytte aktivt og vise forståelse, respekt og interesse for det den intervjuede sa.

Dybdeintervjuet går i grove trekk gjennom tre faser: Oppvarming, refleksjon og avrundning (Tjora 2010). Kvale m.fl. (2009) nevner at introduksjonsspørsmål av typen "Kan du fortelle meg om..." kan åpne for at respondenten kommer med rike beskrivelser av det hun eller han opplever som hovedtema for intervjuet. Intervjupersonens svar kan så utdypes ved oppfølgingsspørsmål og inngående spørsmål. Videre er intervjueren ansvarlig for intervjuets retning, og kan høflig stille strukturerte spørsmål. Det er også viktig at intervjueren tåler taushet i intervjuet, slik at den intervjuede får tid til å assosiere og reflektere (ibid). Intervjuet kan avrundes ved at intervjueren oppsummerer hovedpunkter fra samtalen. Etter at lydopptakeren er slått av, kan intervjueren gjerne fortelle mer om hensikten med intervjustudien dersom respondenten er interessert.

### **3.6 Transkribering**

Min plan var å ikke transkribere intervjuene før alle var gjennomført. Jeg ønsket å møte respondentene ut fra noenlunde likt ståsted. Det vil si at jeg ikke ville være veldig sterkt preget av de foregående intervjuene da jeg møtte en ny person for første gang. Selvsagt er jeg likevel klar over at hvert intervju ville gi ny kunnskap og erfaringer som blir liggende som et bakteppe hos meg i det neste intervjuet. Det siste intervjuet med en kursdeltaker ble derimot utsatt i tid, og da valgte jeg å transkribere de fem første intervjuene før det siste fant sted.

I transkripsjonen benyttet jeg intervjuguiden som et grunnlagsdokument og skrev inn respondentenes svar under de ulike temaene guiden inneholdt. Jeg valgte å skrive inn mesteparten av respondentenes uttalelser, og noen ganger mine ekstra spørsmål som ikke sto i intervjuguiden.

Jeg noterte ikke ned alt som var av pauser, kremting og lignende. I stedet lyttet jeg gjennom intervjuene flere ganger, og gjorde meg ekstra notater. Jeg opplevde at den levende samtals dynamikk forsvant litt da den var blitt transkribert. Jeg ville heller lytte flere ganger for å beholde det levende inntrykket, i stedet for å lese mange ganger gjennom en totaltranskribert tekst.

### **3.7 Aksjonsforskning, handlingsorientert forskningssamarbeid**

Det kvalitative forskningsintervjuet er hovedmetoden i oppgaven, men aksjonsforskning er også benyttet som metode. Jeg er inspirert av en type aksjonsforskning kalt handlingsorientert forskningssamarbeid. Hummelvoll (2003) beskriver at handlingsorientert forskningssamarbeid er spesielt godt egnet for blant annet helsepersonell som ønsker å utforske sin praksis helhetlig. Handlingsorientert forskningssamarbeid bygger på tre aspekter:

#### Deltakende og helhetlig viten

Forskeren deltar med en empatisk, innføleende holdning. Fokuset ligger på å oppdage helhetlig kunnskap som ikke er skilt fra praksis og erfaring.

#### Kritisk subjektivitet

Forskeren oppfordres til å innta en bevisst holdning som kan bidra til å sammenføre kvalitetene subjektivitet og objektivitet. Det betyr at forskeren verken undertrykker eller lar seg overvelde av inntrykk og erfaringer i forskningsprosessen. I den kritiske subjektiviteten er forskeren klar over at den enkelte ser verden som *sin* verden, og følgelig vektlegges den individuelle opplevelse og erfaring.

#### Kunnskap-i-handling

innebærer at kunnskap skapes i og for handling. Den praktiske kunnskapen som er forbundet med nye ferdigheter og praksiser blir vektlagt. Dermed vil det handlingsorienterte forskningssamarbeidet være preget av at granskning og sosial aksjon integreres i forskningen.

Hummelvoll (ibid) beskriver at det handlingsorienterte forskningssamarbeidet foregår i fire faser. I den første fasen blir forskeren og medforskerne enige om hva de vil utforske. Her benyttes påstandskunnskap; det vi si kunnskap om noe, som uttrykkes gjennom påstander og teorier. I den andre fasen bestemmes hvordan forskningen skal

utføres. Her benyttes praktisk kunnskap, det vil si hvordan noe gjøres, som vises gjennom ferdigheter og kompetanse.

Den tredje fasen består av at forskningsdeltakerne fordyper seg i sin praksis. Forskerne skal møte den praktiske virkelighet direkte og forutsetningsløst i forhold til idéene de startet med i fase én. Fasen innebærer erfaringskunnskap, det vil si kunnskap som nås gjennom direkte møter med personer, steder og ting. I den fjerde fasen går forskningsdeltakerne tilbake til refleksjon over forskningsspørsmålene i fase én. Forskerne avviser, reviderer eller videreutvikler begreper og modeller som de startet forskningen med. Forskernes nye forståelse skal uttrykkes i påstandskunnskap. I forskning rettet mot personer må påstandskunnskapen være avledet fra personenes praksis- og erfaringskunnskap (ibid).

### **3.8 Gjennomføring av aksjonsforskningen**

Jeg vil understreke at ikke alle kriteriene til handlingsorientert forskningssamarbeid er blitt fulgt fullt ut. Metoden som arbeidsform har inspirert meg. I den første fasen samlet jeg alle medarbeiderne i LMS for en idédugnad om hvilke aspekter i Startkurs det kunne være nyttig å utforske. Senere hadde jeg et møte med kurslederen for Startkurs der vi diskuterte aspektene fra idédugnaden. Vi kom fram til temaene som er benyttet i intervjuguiden. Jeg var nysgjerrig på å forske særlig i et kunnskapsfelt. Det var hvordan pårørende eventuelt kunne inkluderes i Startkurs. Jeg fant påstandskunnskap ut fra teorier om pårørendeinvolvering (Bøckmann og Kjellevoid 2010). Ut fra påstandskunnskapen formulerte jeg forskningsspørsmål tre i oppgaven: "Hvordan kan pårørende inkluderes i Startkurs?"

I den andre fasen beskriver Hummelvoll (2003) at praktisk kunnskap skal anvendes. I denne fasen avviker jeg mest fra oppsettet i handlingsorientert forskningssamarbeid. Det jeg gjorde var å spørre seks tidligere Startkurs-deltakere om hvordan pårørende kunne inkluderes. Respondentenes svar ble formidlet til medarbeiderne ved LMS. Svarene ga grunnlag for et tiltak for å inkludere pårørende. Medarbeiderne ved LMS utviklet så tiltaket i fellesskap. Tiltaket innebar å lage et informasjonsmøte før Startkurs begynte. Deltakerne skulle få anledning til å ta med seg så mange pårørende de selv ønsket. Informasjonsmøtet skulle inneholde en blanding av informasjon om Startkurs, fortelling fra en brukerrepresentant, bevisstgjørende øvelse for møtedeltakerne samt anledning for møtedeltakerne til å stille spørsmål.

I den tredje fasen fordypet medarbeiderne ved LMS seg i sin praksis. Praksisen i dette tilfellet var å invitere til og gjennomføre informasjonsmøtet i forkant av Startkurs. Det meldte seg på 60 deltakere til informasjonsmøtet, 48 møtte opp. Anslagsvis var halvparten av de fremmøtte personer som skulle begynne på Startkurs. Resten var pårørende. Denne fasen brakte altså frem erfaringskunnskapen som medarbeidere ved LMS fikk ved gjennomføringen av informasjonsmøtet.

I den fjerde fasen reflekterte medarbeidere ved LMS over forskningsspørsmålet i fase én. Forskerne avviser, reviderer eller videreutvikler begreper og modeller som de startet forskningen med. Forskernes nye forståelse skal uttrykkes i påstandskunnskap. Den fjerde fasen blir evaluert når Startkurs-deltakerene fyller ut et vurderingsskjema i desember 2011. Den skriftlige evalueringen er grunnlag for å si noe om hvordan informasjonsmøtet kan ha påvirket deltakerne og deres pårørende.

Medarbeiderne ved LMS er fornøyde med gjennomføringen av informasjonsmøtet. Det kom flere personer enn forventet. Mye informasjon ble formidlet innenfor rammene av møtets to timer. Det viktigste er derimot ikke at medarbeiderne ved LMS er fornøyde. Møtet ble igangsatt for Startkurs-deltakerne og deres pårørende. Derfor er det viktig å ha med deres erfaringer i evalueringen av tiltaket.

### **3.9 Analyse, refleksiv metode**

I analysen benyttes refleksiv metode utviklet av Mats Alvesson og Kaj Sköldbberg (Alvesson og Sköldbberg 2009; Alvesson 2011). Metoden er utviklet som alternativ til det dominerende synet på intervju. Alvesson (2011) mener at det kvalitative forskningsintervjuet i dag ofte betraktes som et verktøy og i mindre grad som et kunnskapsproduserende møte mellom mennesker. Alvesson anser at prosedyrer rundt datainnsamling og datakoding ikke er den viktigste ingrediensen i god forskning. I stedet anbefaler han å tolke intervjumaterialet på en kritisk måte, og bruke ulike teorier som grunnlag for tolkningsprosessen (ibid).

Det er tre elementer i det kvalitative forskningsintervjuet som krever grundig refleksjon: Situasjonen, den intervjuede og språket. Alvesson foreslår åtte metaforer som et utgangspunkt for å nettopp kunne reflektere over situasjonen, den intervjuede og språket. Refleksiv analysemetode betyr at intervjumaterialet bevisst og konsekvent betraktes fra ulike vinklinger. Forskeren unngår å ha en favorittmetode som utgangspunkt. Refleksiv analyse betyr å jobbe med mange tolkninger for å komme

fram til utfyllende og varierte resultater (ibid). Alvesson foreslår følgende åtte metaforer i refleksiv analysemetode. Intervjuet som:

1. Et lokalt møte mellom to forskjellige mennesker
2. En mulighet for den intervjuede til å uttrykke sine forventninger
3. En anledning for den intervjuede til å skape og formidle en identitet
4. Avdekking av et kulturelt manus; "hva som passer seg"
5. Markedsføring av seg selv, den intervjuede
6. Politisk handling
7. Arena for å konstruere mening
8. Arena for diskursens makt; språket skaper den intervjuede

Jeg bruker fem av de åtte metaforene i analysen. Nedenfor utdypes hvilke metaforer som brukes og hvilke problemer jeg på forhånd antok å møte i intervjusituasjonen. I tillegg nevnes områder der jeg antok at forforståelsen min kunne komme til å by på problemer.

#### Intervjuet som et lokalt møte mellom to forskjellige mennesker

Selve intervjusituasjonen er en kompleks, sosial samhandling som skal prøve å få i stand et konstruktivt møte mellom to fremmede. Intervjuerens og respondentens kjønn, alder, bakgrunn, personlige fremtoning og etnisitet påvirker sterkt hva som vil fremkomme i intervjuet (Alvesson 2011).

På forhånd antok jeg at det mest problematiske kunne være min personlige fremtoning. Jeg skulle intervju personer som i stor del av sitt liv har vært overvektige. Jeg skulle møte noen som hadde gått gjennom en operasjon og blitt slankere, andre ikke. Selv er jeg en slank person, og det kan utløse bevisst eller ubevisst motvilje mot meg.

#### Intervjuet som en mulighet for den intervjuede til å uttrykke sine forventninger

Det som respondenter tror om intervjusituasjonen og forskningsprosjektet kan i høy grad variere fra det forskerne tror at respondenten tenker. Den intervjuede vil sannsynligvis før intervjuet ha undret seg over hvem denne intervjueren er, hva intervjueren egentlig er ute etter og hva som kan være nyttig for intervjueren å høre. Dermed tilpasser respondenten kanskje sine svar til hva hun tror intervjueren ønsker å høre. Intervjusituasjonen er mangetydig og respondenten skaper sin egen mening om den, noe som igjen påvirker hva hun eller han kommer til å svare (ibid).



I undersøkelsen skulle jeg hovedsakelig spørre etter deltakernes erfaringer med Startkurs. En problemsituasjon jeg forestilte meg på forhånd var at respondentene også trodde at jeg ønsket å høre mye om overvektsoperasjonen. Selv om erfaringene med overvektsoperasjon kan være interessante, forsøkte jeg i intervjusituasjonen å pøse respondenten tilbake på temaer i forhold til livsstilsendring.

#### Intervjuet som en anledning for den intervjuede til å skape og formidle en identitet

Intervjuarbeid betyr at både den som intervjuer og den som blir intervjuet påtar seg en rolle. Roller er relasjonelle i det henseende at måten vi fremstiller oss selv på, både har en relasjonell og sosial dimensjon. I et forskningsprosjekt vil det ofte fokuseres på en bestemt rolle (Alvesson 2011).

I min undersøkelse er det rollen som tidligere deltaker på Startkurs som har hovedfokus, men at rollen er så tydelig, kan være en ulempe for undersøkelsen fordi intervjusvarene kan bli fastlåste (ibid).

Et annet moment jeg må ta i betraktning, er at respondenten kan komme til å bruke intervjusituasjonen til å uttrykke, forsterke, forsvare og/eller reparere en foretrukket rolle (ibid). Hvis for eksempel respondenten nylig har hatt en vellykket overvektsoperasjon, så vil kanskje svarene vedkommende gir være preget av rollen som "lykkelig operert". Han eller hun vil kanskje tilskrive den rollen all betydning for hvordan livet er nå, og rollen som tidligere kursdeltaker er gjemt og glemt.

Inn under det tredje perspektivet betrakter jeg også Goffmanns (1977) teori. Den innebærer at intervjuer kan analyseres som "forhandlinger" preget av "facework". Da er det intervjuerens rolle å sørge for at respondenten ikke "taper ansikt" og ikke blir utfordret for sterkt på sin selvfremstilling. Respondenten kan forventes å presentere "et foretrukket selv". Samtidig er det viktig å legge merke til at intervjueren også vil presentere en utvalgt rolle i intervjusituasjonen fordi hun ønsker å fremstå som en troverdig representant for forskerverdenen (Järvinen 2005).

Videre kan jeg preges av min forforståelse når det gjelder Banduras (1997) teori om mestringsforventning. Jeg må jobbe hardt med å legge vekk alle mine tanker om hva teorien sier at respondenten "burde og kunne" gjøre. Denne forforståelsen gjør at jeg raskt kommer til å danne meg noen tanker om hvorvidt dette er en person med høy eller lav grad av mestringsforventning. Dersom jeg aner at denne personen har lav

grad av mestringsforventning, så må jeg legge bånd på meg for ikke å innta en terapeutisk rolle. Det vil si at jeg ikke må gi noen innspill til hvordan denne personen kan forbedre mestringen av sin hverdag.

#### Intervjuet som markedsføring av seg selv, den intervjuede

Respondenten vil ofte gjøre et godt inntrykk. Respondenten fremstiller seg selv og den gruppen personen eventuelt tilhører i fornuftige og moralske vendinger. Dagens samfunn er dessuten markedsorientert der flere og flere arbeider med å promotere seg selv og gruppen de tilhører (Alvesson 2011). I materialet kan det bli vanskelig å skille mellom hva som er ærlige erfaringer og hva som er markedsføring av personen som fornuftig. Jeg kan oppleve å få svar der respondenten velger å "pynte på" sannheten, særlig fordi jeg skal undersøke erfaringer i forhold til livsstilsendringer.

Når det gjelder min forforståelse, så kan grunnleggende antakelser om menneskenaturen påvirke meg. Jeg tror at de fleste mennesker gjør så godt de kan til enhver tid. Dermed vil jeg kunne få problemer med å forstå at respondenten fremhever seg selv positivt og unnlater å fortelle negative erfaringer til meg.

#### Intervju som arena for å konstruere mening, bruk av språket for å lage fortellinger

Et annet grunnleggende problem i forhold til å analysere intervjumateriale, er språket. Språket har begrensede muligheter til å speile virkeligheten, og personer vil vanligvis bruke språket for å skape effekter, som for eksempel å virke interessant eller overbevisende (Alvesson 2011).

Språkbruk betyr en konstruksjon av verden, og det er hundrevis av måter å beskrive det som skjer i verden på. Uansett hva som skjer "der ute i verden" eller i form av egne, opplevde erfaringer, så er det ikke opplagt hvilke ord som brukes for å beskrive disse. Dessuten vil de muntlige evnene hos respondenter kunne variere mye. Noen har lett for å uttrykke seg, og en forsker på jakt etter gode sitater, kan bli glad for det. Gode samtaleevner betyr likevel ikke nødvendigvis mer enn at personen er god til å snakke. Andre kan ha vanskelig for å uttrykke seg, og vil kanskje også måtte spørre intervjueren om hjelp til å finne ord (ibid).

I forhold til intervju som arena for å konstruere mening, så benytter jeg også det interaksjonistiske perspektivet. Järvinen (2005) definerer intervjueren som medprodusent av kunnskap. Undersøkelsens materiale formes i felleskap av

intervjueren og respondenten, og preges av interaksjonen i selve intervjusituasjonen. Intervjuet er et møte hvor forutsetninger, holdninger og interesser brytes mot hverandre. Perspektivet er i kontrast med naturalistiske holdninger som oppfatter respondenten som "beholder av følelser og fakta" og intervjuer som "innsamler". I tolkningen av intervjumaterialet må jeg dermed være oppmerksom på både hvilket språk som brukes og hvordan dialogen mellom intervjuer og respondent framstår (ibid).

### **3.10 Analyseprosessen**

Jeg benyttet intervjuguiden som et grunnlagsdokument i analyseprosessen. I intervjuguiden var ulike temaer definert som jeg ønsket å spørre respondentene om. Dermed var det naturlig at det ble mange sammenfallende temasvar i forhold til hva jeg hadde stilt spørsmål om. Kategoriseringen bestod dermed i en sortering av respondentenes svar under de ulike temaene som intervjuguiden inneholdt.

Etter den innledende kategoriseringen lyttet jeg gjennom intervjuene på nytt. Jeg tok for meg hvert enkelt intervju og lyttet i forhold til de fem nevnte metaforene i refleksiv metode. Da oppdaget jeg nye perspektiver, sammenhenger og inkonsekvenser i intervjuene. Det jeg oppdaget gjennom den refleksive analysen, er beskrevet i forskjellige avsnitt i de fire resultatkapitlene.

Deretter tok jeg for meg alle intervjuene nok en gang og leste gjennom transkripsjonene nøye. En kort sammenfatning av den enkelte respondents uttalelser i forhold til hvert spørsmål ble laget. For eksempel hva respondenten hadde uttalt om selvfølelse. Videre laget jeg en sammenstilling for å kunne si noe om hvor mange respondenter som hadde gitt hvilke svar. Dette kan betegnes som en kvantitativ oppsummering.

Jeg utførte analysefasen beskrevet ovenfor i løpet av en fire-ukers periode på forsommeren 2011. Deretter la jeg bort materialet og tok det fram for ytterligere en analyse to måneder senere. Jeg leste transkripsjonene og lyttet gjennom intervjuene nok en gang og dobbeltsjekkete funnene fra den første analysefasen. Da opplevde jeg at nye temaer i materialet trådte frem. Jeg oppdaget temaer som ikke var forventet på forhånd, og måtte innrømme at jeg hadde hatt en blindsoner i den første analysefasen! Blindsonen bestod av manglende evne til å se det uventede. Blindsonen illustrerer dermed hvor viktig forforståelsen er og hvor mye jeg var preget av den. Det jeg hadde forventet å se i forhold til min forforståelse, var kun det jeg fant i den første analysefasen.

### **3.11 Metodediskusjon**

Det kvalitative forskningsintervju er hovedmetode i oppgaven. Derfor er også metodekritikken rettet mot intervju.

#### **Design**

Hensikten med oppgaven var å undersøke deltakernes erfaringer med Startkurs. Valget om å bruke kvalitativ metode viste seg godt egnet fordi det ga et rikt bilde av deltakernes erfaringer. En respondent fortalte at han var glad for at han kunne bli intervjuet. Dersom han hadde blitt bedt om å fylle ut et skjema i stedet, hadde han ikke deltatt i undersøkelsen.

#### **Utvalg**

De forskningsetiske retningslinjene (NESH 2010) og samarbeidet med min arbeidsplass gjorde at den eneste muligheten jeg hadde til å skaffe respondenter, var å sende ut en åpen invitasjon til personer som hadde deltatt på Startkurs.

#### **Intervju**

Intervjusituasjonen ble gjennomført etter anvisninger fra Kvale m.fl. (2009) slik det er beskrevet i metodekapittelet. Det viste seg å være positivt at respondentene selv valgte sted for intervju. Bruken av digital lydopptaker fungerte utmerket. Et aspekt som ikke var det mest ideelle, var at jeg representerte institusjonen som hadde gitt respondentene kurstilbudet. Det kan ha ført til positive tilbakemeldinger.

Jeg merket maktperspektivet mens jeg intervjuet. Det var helt klart en ubalanse av makt i situasjonen. Ubalanse i maktforholdet mellom representant for myndighetene og kursdeltakere kan alltid føre til at enkeltpersoner legger bånd på uttalelsene sine. Jeg var ytterst ydmyk over at et fremmed menneske ville dele sine tanker og synspunkter med meg. I intervjuet fortalte respondenten om seg selv. Jeg måtte være varsom på at jeg ikke fortolket eller forførte respondenten til å utlevere seg for mye (Fog 2004). Det betød at respondenten var utlevert til min sans for grenser og autonomi, og til den takt og respekt jeg utviste. I intervjusituasjonen hadde jeg dermed makt, og måtte være oppmerksom på mulig maktmisbruk og avmakt. Slike makt/avmaktsforhold er moralske forhold. For å kunne handle moralsk, måtte jeg forstå hva den andre hadde bruk for. Jeg måtte kunne se det konkrete forholdet som oppstod mellom to mennesker i intervjusituasjonen og forstå hvordan det var å være den andre i situasjonen med meg som intervjuer (ibid). En moralsk måte å forholde seg på, er både en handling som

anerkjenner vår forbundethet og den andres behov for omsorg, og en handling som samtidig anerkjenner atskiltheten og den andres krav på respekt for autonomi og grenser (ibid).

Som intervjuer mener jeg at jeg greide å legge til rette for en trygg intervjusituasjon. Noen av respondentenes beretninger, for eksempel om vanskeligheter i barndommen, kan tas til inntekt for at de turte å åpne seg. Imidlertid var to av intervjusituasjonene preget av uforutsette tidsbegrensninger. I den ene situasjonen ble respondenten forsinket til intervjuet, og jeg skulle rekke en buss tilbake. I den andre situasjonen hadde respondenten avsatt kortere tid til intervjuet enn det som var planlagt. Dermed kom det fram noe færre opplysninger enn forventet.

Det var viktig for meg at jeg hadde laget en strukturert intervjuguide på forhånd. Jeg merket allerede i det andre intervjuet at jeg greide å rive meg litt løs fra strukturen og rekkefølgen i spørsmålene. Jeg klarte å følge opp temaer etter hvert som respondentene selv nevnte dem. Større trygghet i intervjusituasjonen førte til at jeg fant det naturlig å benytte interaksjonistisk metode. Det vil si at jeg brukte dialog mer aktivt og at jeg diskuterte meg fram til løsninger sammen med respondentene. Med de fem respondentene jeg intervjuet sist, var jeg i aktiv dialog spesielt for å finne ut hvordan pårørende kunne inkluderes i Startkurs.

### **Analyse**

Intervjuene ble analysert i to avgrensede tidsperioder. Den sist utførte analysen viste seg å være både interessant og nyttig fordi materialet trådte frem på en ny måte. I tillegg til at funnene fra den første analysefasen ble dobbeltsjekket, kom flere nye temaer frem. Analyseprosess utført to ganger ved ulike tidspunkt mener jeg er en styrke i oppgaven.

Jeg fulgte også Alvessons (2011) råd der han mener forskere bør være mer forsiktige i forhold til å snakke om empiriske funn når det gjelder kvalitative intervjuer. Han mener at forskere bør innse at intervjuprat i begrenset grad sier noe reelt om virkeligheten.

### **Reliabilitet**

Reliabilitet har med forskningsfunnenes konsistens å gjøre (Kvale m.fl. 2009). Et eksempel på manglende reliabilitet kan være at intervjueren ubevisst stiller ledende spørsmål. Denne problemstillingen har jeg vært bevisst på allerede da arbeidet med

oppgaven startet. Derfor ble en intervjuguide med kun åpne spørsmål utarbeidet. I intervjusituasjonene var jeg oppmerksom på at jeg skulle holde meg til hvordan spørsmålene var formulert i intervjuguiden, mens rekkefølgen av temaene til dels ble bestemt av respondentene.

Et annet aspekt ved reliabilitet er forforståelse (NEM 2010). Jeg har arbeidet med å bevisstgjøre min forforståelse gjennom hele masterstudiet. Min forforståelse er i aller høyeste grad med på å prege hele prosessen i oppgaven, fra valg av emne til utforming av problemstilling, gjennomføring av intervjuer, analyse av materialet og presentasjon av resultatene.

Et tredje aspekt ved reliabilitet er åpenhet. I veilederen fra Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag heter det:

En gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladiske påstander (NEM 2010,s.26).

Jeg har referert til en veldokumentert analyseprosedyre, den refleksive analysemetoden. Dermed håper jeg det er lettere for leseren å følge veien fra data til funn. Kvalitative forskningsstudier har spesielt vært kritisert for utilstrekkelig beskrivelse av dataanalysene (ibid). Jeg har forsøkt å være så transparent som mulig i beskrivelse av hvordan materialet er blitt analysert og resultatene presentert.

Jeg har vært bevisst min rolle som intervjuer. Jeg har arbeidet med å synliggjøre min forforståelse samt forsøkt å presentere analysen og resultatene på en transparent måte. Dette kan være med på å styrke oppgavens reliabilitet.

### **Validitet**

Det er viktig å se på perspektivet med vellykkethet i forhold til studiens validitet. Fem av de seks respondentene som meldte seg til intervju hadde en suksesshistorie å fortelle, og den siste respondenten hadde forventning om å lykkes. Respondentene fortalte om vellykkede overvektsoperasjoner uten for mange bivirkninger. Oppholdet på en rehabiliteringsinstitusjon var vellykket. Jeg tror det kan være vanskeligere å melde seg til å bli intervjuet hvis man har en nederlagshistorie å fortelle.

På egen hånd fant jeg ikke støtte i litteraturen for å underbygge min påstand. Jeg ba om hjelp fra en bibliotekar ved høgskolen i Østfold. Selv hun fant ikke mye, men hun

fant en studie om to ulike vektreduksjonsprogram. Studien beskrev at fire kvinner ikke ville delta ved ett-års oppfølgingen fordi de var misfornøyde med vektreduksjonsprogrammet. Kvinnene sa at misfornøydheten gjorde at de ikke var motiverte til å fylle ut flere skjemaer i studien. Forskerne analyserte data vedrørende totalt 14 personer som ikke deltok i ett-års oppfølgingen i studien. De fleste hadde scoret lavere på selvtillit enn personene som fullførte studien (Nauta m.fl. 2001).

Jeg kan kun komme med en svak antakelse om at personene som droppet ut av studien over, ikke følte seg vellykkede i sin situasjon. Det jeg er helt sikker på, er at min undersøkelse har en svakhet fordi den mangler stemmer fra Startkurs-deltakere som har mislykkes med livsstilsendringer. Det bør foretas mer forskning i forhold til personer som har ikke har fått til livsstilsendringer, men jeg innser at det kan være vanskelig å rekruttere respondenter til en slik forskning.

### **Generaliserbarhet**

Hensikten med kvalitative undersøkelser er sjelden generaliserbare funn. Målet bør være at undersøkelsene gir kunnskap som kan benyttes av andre. Kunnskapen bør ha en overføringsverdi (NEM 2010). Mine funn kan ha overføringsverdi til andre kursarrangører som skal planlegge og gjennomføre læringstilbud for personer med overvekt.

### **3.12 Redegjørelse for analysens oppbygning og struktur**

Resultatene presenteres i fire kapitler. Strukturen gjenspeiler oppgavens forskningsspørsmål. Kapittel fire besvarer det første forskningsspørsmålet: "Hvordan beskrives nye helsefremmende vaner i forhold til kosthold og fysisk aktivitet?". Kapittel fem besvarer det andre forskningsspørsmålet: "Hvordan beskrives endringer i sosialt liv, selvfølelse og syn på egen kropp?". Kapittel seks, "Reaksjoner fra samfunnet", beskriver fremkomne funn jeg ikke hadde forventet på forhånd. Det viste seg at respondentenes svar i kapittel seks peker på viktige samfunnsforhold som blant annet knyttes opp mot Axel Honneths anerkjennelsesteori. Kapittel syv omhandler svar på de to siste forskningsspørsmålene: "Hvordan kan pårørende inkluderes i Startkurs" og "Hvordan bør Startkurs utformes i framtiden?".

Hvert av de fire resultatkapitlene består av en innledning og underkapitler for de ulike temaene som fremkom i analysen. Hvert underkapittel innledes med å presentere respondentenes erfaringer og utsagn i form av sitater og beretninger. Deretter følger et

avsnitt med teoretisk diskusjon omkring hvert resultat. I oppgavens siste kapittel, kapittel åtte, samles trådene fra hvert av resultatkapitlene til en konklusjon.

Før leseren blar om til resultatkapitlene, vil jeg invitere leseren til å innta en kritisk holdning til hvilke resultater det er mulig å få ut av intervjuer. Alvesson (2011) innleder sin bok "Interpreting interviews" med å si at intervjuprat kanskje sier mer om hvordan intervjueren og respondenten spiller sine sosiale roller for å skape et godt og ekte inntrykk, enn hvordan respondenten egentlig har det og opplever sin verden.



## 4. Helsefremmende vaner

Intervjuanalysen ble startet med å betrakte intervjusituasjonene samlet i forhold til Alvessons (2011) første metafor; intervjuet som et lokalt møte mellom to forskjellige mennesker. Fem respondenter har samme etnisitet som meg, og aldersforskjellen mellom respondentene og meg er fra to til sytten år. Det vil si at vi alle har passert 40 års levealder. Alle er bosatt i samme fylke som meg.

Sammenfattet gjorde dette at jeg har en ganske lik bakgrunn som respondentene, både etnisk, geografisk og aldersmessig. Likheten gjorde at jeg lettere fikk rask kontakt med dem. På forhånd hadde jeg antatt at min fremtoning som slank person kunne utløse motvilje, men i intervjusituasjonene opplevde jeg å bli tatt meget godt og åpent i mot av respondentene. På den annen side spilte vi kanskje våre sosiale roller godt (Alvesson 2011; Järvinen 2005).

Videre er kapittelet strukturert i fire underkapitler som belyser hva respondentene fortalte at de lærte på Startkurs og om det har ført til noen nye, helsefremmende vaner for dem.

### 4.1 Hvordan deltakerne syntes det var å delta i Startkurs

Alle respondentene syntes deltakelse i Startkurs var positivt. Et par respondenter beskrev opplevelsen av kurset som veldig spennende:

Det syntes jeg var fra dag én veldig fantastisk. Det var lærerikt, det var et fellesskap. Positivt fra ende til annen, faktisk. Og veldig sammensatt, og når du tenkte at når kurset sluttet den ene dagen at - oj var det ikke var mer? Og så kom du neste gang og det var mer, og hele tiden framgang.

Et par av respondentene var mer nøkterne i sin beskrivelse av deltakelsen:

Det var for så vidt greit, men jeg synes vel kanskje det var litt vanskelig til å begynne med. Jeg liker ikke å si noe i forsamlinger. Ellers så var kurset for så vidt ålreit. Greit at en blir dratt inn på noe. Og det ble litt bedre etter hvert.

Livsveilederen husket aller best at klientene som hadde vært deltakere på Startkurs ble møtt med forståelse og aksept. Klientene ble møtt som mennesker og ikke som problem. Det var ingen nedlatende holdning, noe som de ofte tidligere hadde møtt. Livsveilederens klienter var opptatt av å møte andre overvektige og å kunne utveksle erfaringer, både gode og vanskelige.

### **Teoretisk diskusjon**

Alle intervjuene ble innledet med spørsmålet om hvordan respondenten syntes det var å delta i Startkurs. Hensikten med nettopp det spørsmålet var at intervjuet skulle starte på en imøtekommende måte. Samtidig skulle spørsmålet signalisere at det var respondentens personlige oppfatning om temaet jeg var interessert i å høre om. Ved at spørsmålet var åpent, skulle respondenten få anledning til hente fram sine unike beskrivelser.

Alle respondentene syntes deltakelse i Startkurs var positivt. At personene syntes det var positivt å delta, kan gjenspeile det Alvesson (2011) beskriver i den femte metaforen; intervjuet som markedsføring av den intervjuede. Intervjusituasjoner kan være en typisk arena for å fremstille seg selv i et positivt lys, både for intervjueren og respondenten. Dette merket jeg var fremtredende i to av intervjuene der respondentene ikke nevnte noe særlig negativt om seg selv.

Livsveilederens klienter ble møtt med forståelse og en imøtekommende holdning. En trygg atmosfære er nødvendig for at en gruppeprosess skal fungere optimalt. Alle Startkurs ved Sykehuset Østfold har blitt ledet av en medarbeider med veilederkompetanse. Tveiten (2008) sier at veiledning i grupper krever at veileder blant annet greier å skape et klima i gruppen som fremmer veiledningens hensikt, at samspillet i gruppen blir konstruktivt og at normer og verdier blir ivaretatt. Ut fra deltakernes og livsveilederens uttalelser, ser det ut til at kurslederen arbeider helt i tråd med Tveitens (ibid) anbefalinger, noe som gir et grunnlag for gode prosesser i kurset.

### **4.2 Hva deltakerne lærte i kurset**

Alle respondentene bortsett fra én fortalte at de hadde lært nye ting i kurset. Det er to emner som klart fremkommer som ny lærdom respondentene har tatt i bruk; endrede matvaner og forbedret tankemønster.

Respondent A:

Det var maten da. At du ikke skulle spise så mye av det og det. Det gjør jeg faktisk ikke nå. Tankene ligger bak i her. Noen ganger er det veldig fristende å skeie ut. Egentlig er det tankene som må forandres for å greie å forandre kosthold og vaner.

Respondent B:

Ja, kanskje lærte jeg å se ting fra litt andre sider enn jeg var vant til. Vi ble vel kanskje litt flinkere etter hvert til å se det at det gikk an å vri til det positive, vri ordene litt. Litt sånn at jeg kunne snu litt på ting, se noe fra en annen kant. Det er kanskje ikke alltid riktig å se det negative først, men at det har vært vanen.

Respondent C:

Jeg lærte at det ikke er noen skam å stå over. Vi skulle på svømming, men jeg sa jeg ikke skulle bade. Men jeg var med og så på disse flotte menneskene som kledde på seg badedrakt og hoppa uti. Gir en sånn god følelse at dette her kan jeg også klare hvis jeg manner meg opp. Det blir også en lærdom, at jeg ikke ble dårlig behandlet. Jeg følte meg ikke tråkket på selv om jeg ikke ble med ut i bassenget.

En respondent påpekte at kurset kunne ses på som todelt i hensikt. At den ene hensikten var å bli presentert informasjon om hvilke behandlingsmuligheter som var tilgjengelige, og at den andre hensikten var å bli mer bevisst på eget potensial for endring.

En respondent svarte at det heller var bedre å si hva han hadde opplevd enn hva han hadde lært. Han oppfattet Startkurs som et "opplevelseskurs" hvor han fikk oppleve de personene som hadde vært gjennom forskjellige behandlingstilbud.

Livsveilederens klienter lærte seg selv litt bedre å kjenne i kurset. Klientene fikk også opp litt selvtillit fordi de erfarte at de ikke var alene om problemene lenger. Det var faktisk noen der ute som tok klientene på alvor og som ville dem vel.

### **Teoretisk diskusjon**

I ettertid ser jeg at spørsmålet om hva deltakerne lærte, kan ha vært noe vagt. For hva er egentlig læring? Særlig intervjuet med én respondent penset meg inn på begreper som læring og informasjon. Han påpekte at kurset kunne ses på som todelt. Den ene hensikten var å få presentert informasjon om hvilke muligheter som var tilgjengelig for ham i hans situasjon. Den andre hensikten var å få deltakerne til å bli mer bevisst på sitt eget potensial for endring, noe som innebar en større grad av læring enn å kun motta informasjon.

Denne tilbakemeldingen til LMS som kursarrangør er viktig. Grendstad og Sandven (1986) beskriver at i en lærings situasjon er det to typer informasjon som læreren gir. Den ene typen informasjon er saksinformasjon; faktiske kunnskaper og opplysninger.

Den andre er prosessinformasjon; informasjon som først og fremst sikter til at elevene skal jobbe med stoffet på ulike måter. Den store forskjellen mellom disse er at saksinformasjon handler om å formidle kunnskaper, mens prosessinformasjon består av oppfordringer til elevene om å gjøre noe med stoffet og av spørsmål til refleksjon og ettertanke.

Todelingen i type informasjon har forekommet i Startkurs helt siden det ble planlagt første gang. Bonsaksen m.fl. beskriver todelingen slik:

Formålet med kurset er at deltakerne skal få informasjon og kunnskap om hva behandling av sykkelig fedme innebærer (...)  
Videre er hensikten å bidra til å sette i gang et endringsarbeid og styrke den enkeltes evne (...) (Bonsaksen m.fl. 2011,s.59).

Dermed er todelingen beskrevet, men den er ikke konkretisert i saks- og prosessinformasjon. Siden en respondent påpeker at todelingen ikke kommer tydelig nok frem for deltakerne, anbefaler jeg at LMS tydeliggjør todelingen. Todelingen av type informasjon og dermed kursets hensikt bør komme fram i all skriftlig og muntlig informasjon fra LMS.

En annen respondent ga ytterligere en dimensjon i forhold til begrepet læring. På spørsmålet om hva han lærte, så svarte han at det var bedre å si hva han hadde opplevd. Pedagogikken som LMS har til grunnlag for Startkurs er blant annet konfluent pedagogikk. Konfluent pedagogikk handler om at læring først kan skje når deltakerne blir oppmerksomme på noe (Grendstad og Sandven 1986). Ved at respondenten fikk oppleve ulike personer og deres erfaringer, oppdaget han noe nytt. Han oppdaget at operasjon ikke var noe for ham, slik han først hadde tenkt. Han lærte at operasjon kunne være svært krevende, og tok valget om å gå ned i vekt på annen måte.

Livsveilederens klienter lærte seg selv litt bedre å kjenne og ble tatt på alvor. Jeg mener dette viser at å bruke konfluent pedagogikk som grunnlag i Startkurs er viktig. Deltakerne kan ved tilrettelegging oppdage og lære nye sider ved seg selv å kjenne.

### **4.3 Endringer i kostholdsvaner**

De opererte deltakerne fortalte om endringer i kostholdet, men det var på grunn av operasjonen. Da er magesekken blitt så liten at de som er operert er nødt til å spise små, hyppige måltider for å få i seg nok næring. De to som ikke var operert, fortalte om endringer i kostholdet i løpet av kurset; å spise oftere enn før, til faste tider.

Respondent A:

Mellommåltid er min største forandring. Spiser ikke så mye. Driker ikke så mye cola.

Respondent B:

Jeg er blitt flinkere til å spise regelmessig. Jeg spiste frokost før jeg dro hjemmefra, spiste lunsj på kurset, og så middag og kveldsmat hjemme. Jeg gikk opp fra to til fire måltider daglig.

En respondent fortalte at nattspising hadde vært et problem for ham tidligere, men som han nå hadde sluttet med. En annen respondent sa at han hadde havnet i en ond sirkel bestående av for mye og gal mat, men at han nå hadde greid å bryte ut av sirkelen. Livsveilederen fortalte at når hun veileder personer med overvekt, tar hun opp forholdet mellom mat og følelser. Livsveilederen stiller klientene spørsmål som: Hvorfor spiser jeg? Når spiser jeg? Har det for eksempel med trøst, kos, angst eller uro å gjøre?

### **Teoretisk diskusjon**

Kosthold er en viktig del av Startkurs, samtidig som det må sies å være det mest følsomme emnet. Mangel på gode kostholdsvaner har ført de fleste deltakerne inn i situasjonen som de søker hjelp for. Livsveilederen fortalte at det er en lang vei å gå for mange, å omgå temaet kosthold med ærlighet og å slutte med skapspising. Hun erfarte at det dessverre er mye livsløgn knyttet til spisevaner.

Livsveilederen arbeider med enkeltpersoner. Derfor kommer hun nærmere inn på den enkeltes livssituasjon. En slik nærhet er ikke mulig på Startkurs. Allikevel sammenfaller en av livsveilederens arbeidsmetoder med hvordan Startkurs er lagt opp. Begge parter betoner viktigheten av å bearbeide forholdet mellom mat og følelser. Livsveilederen ber sine klienter om å stille seg selv spørsmål om når og hvorfor de spiser. Startkurs inneholder en forelesning kalt "Mat og følelser" og temaet blir tatt opp i ulike sammenhenger.

Spiseproblemer er oftest emosjonelle. Spiseproblemer er et resultat av indre stress og ubalanse mellom kroppens hormoner. Mange bruker mat som en trøst for å komme over vanskelige følelser eller konflikter. Dessverre er det få mennesker som klarer å ta hånd om emosjonelt stress på en god måte (Birketvedt 2008).

En respondent sa at det kunne vært enklere å være alkoholavhengig, for alkoholen kan kuttes helt ut. Livsveilederen fortalte at hun også har erfart denne sammenhengen i

forhold til rusavhengighet. Hun har hatt mennesker i veiledning med ulike rusproblemer; alt fra treningsnarkomani, narkotikamisbruk og alkoholavhengighet til matavhengighet. Livsveilederen opplever at når mat er blitt som en rus, er det en av de vanskeligste rustyper som eksisterer. Alkohol kan for eksempel unngås, og en person kan kalle seg en tørrlagt alkoholiker. Mat derimot kan ikke unngås, og en person kan ikke kalle seg en tørrlagt matmisbruker. Det ville innebære døden. Å finne den gode balansen i matinntaket er vanskelig.

Ingvar og Eldh (2011) beskriver hvordan sukker skaper en kjemisk avhengighet i hjernen og kroppen. Sukkeravhengighet setter ikke like store spor i hjernen som alkoholmisbruk gjør. Likevel dannes det avhengighetsspor i hjernen. Dermed kreves det en stor og målbevisst innsats for å komme seg ut av suktermisbruket.

Sykkelig overvekt er en særdeles kompleks situasjon. Det er ikke uventet at deltakerne generelt strever med å legge om kostholdsvanene. Kroppene deres er antakelig fanget i ulike mønstre av avhengighet. Jeg tror at de fleste deltakerne kjenner til forholdet mellom mat, følelser og avhengighet før de begynner på Startkurs. Temaet er likevel så grunnleggende og viktig at det bør fortsette å inngå i kurset. Dette for å sikre at alle deltakerne skal få mulighet til å utvikle en grundig forståelse for emnet.

Inn under emnet kostholdsvaner vil jeg også trekke inn et samfunnsmessig perspektiv. En respondent uttalte at han hadde havnet i en ond sirkel bestående av for mye og gal mat. Denne onde sirkelen kan ha oppstått på grunn av at han kanskje spiste "junk food". "Junk food" inneholder ingredienser som har delvis avhengighetsskapende kvaliteter. Dessverre tilbys "junk food" nesten overalt, til alle døgnets tider, til en billig penge. Dermed kan det være vanskeligere for enkeltpersoner å styre unna et slikt matvalg.

Jeg mener det er et samfunnsproblem at globale, privateide selskaper har fått stadig større makt til å markedsføre og selge sine produkter, der en av produktgrenene er "junk food". Jeg er enig med Albritton (2009) som hevder at det er nødvendig med endringer på globalt nivå for at matforsyningen til verdens befolkning både skal bli mer rettferdig og bærekraftig. Mitt lille blikk på et globalt matsystem i krise, preget av kapitalismens grådighet, mener jeg belyser at det verken er korrekt eller hensiktsmessig å kun legge ansvaret og skylden på enkeltindivider når det gjelder overvekt. Dette bør være en grunnleggende forståelse for kursledelsen. At ikke

enkeltindividet har all skyld, kan også diskuteres blant deltakerne for å hjelpe dem til å få noe mindre skamfølelse i forhold til egen utilstrekkelighet. Samtidig er det viktig å påpeke at samfunnsstrukturer ikke er noen unnskylding for å fortsette å leve med spisevaner som ødelegger helsen.

Helsedirektoratet (2010) foreslår i en rapport å bruke strukturelle virkemidler for å endre folks kostholdsvaner. Helsedirektoratet fastslår at økte avgifter på sukker kan være et steg i riktig retning. Et annet forslag er å redusere merverdiavgiften på nøkkelhullsmerkede<sup>3</sup> matvarer, eller å øke prisen på matvarer som ikke har nøkkelhullsmerket. Det er lovende å konstatere at Helsedirektoratet ønsker å utrede strukturelle virkemidler på samfunnsnivå som kan hjelpe folk til å foreta sunnere valg i forhold til kosthold.

#### **4.4 Endringer i fysisk aktivitet**

Startkurs førte ikke til endringer i fysisk aktivitet for de opererte respondentene. Endringene har kommet etter operasjonen. De fortalte at å bevege seg var mye lettere enn før.

For respondenten som valgte bort operasjon førte derimot Startkurs og et opphold på en rehabiliteringsinstitusjon til at han endret seg når det gjaldt trening:

Jeg er mye mer aktiv. Går mest på spinning. Det var helt utenkelig for meg før. Liker ikke så mye styrketrening, men spinning liker jeg. Går lengre turer med hunden min enn før.

Respondenten som ventet på operasjon, fortalte at hun kjøpt seg sykkel fordi hun ønsket å komme i bedre form til operasjonen.

En respondent oppga en viktig grunn til at hun ikke hadde endret aktivitetsnivået sitt:

Jeg får ikke bevege meg så mye på grunn av et kne. Alle har sagt at det blir bedre når du blir tynnere, men det gjør ikke det altså, for kneet er utslitt. Og det er vondt. Dermed får jeg ikke trimma og så går jeg ikke ned så fort heller.

En annen respondent endret ikke på treningsnivået sitt etter Startkurs, men hun beskrev en for henne ny situasjon i forhold til fysisk aktivitet:

---

<sup>3</sup> Nøkkelhullsmerket forteller at matvaren har et balansert og sunt innhold av fett, salt, sukker og kostfiber.

At vi gikk på yogastudioet var spennende. Jeg har ikke tid til å melde meg på yogakurs nå, men det er noe jeg skal gjøre når jeg får bedre tid. Jeg hadde aldri før tenkt på at jeg kunne gjøre yoga.

### **Teoretisk diskusjon**

Den aller viktigste årsaken til at Startkurs ikke har ført til endring i fysisk aktivitet, kan være at flere av deltakerne sliter med veldig tunge kropper mens de går på kurset. Mange har også fått ulike belastningsskader, for eksempel dårlige knær og vond rygg. En av respondentene forteller nettopp om et ødelagt kne.

Negative reaksjoner fra samfunnet på store kropper kan være en annen årsak til uendret fysisk aktivitet. Mange overvektige mennesker unngår å bevege seg så mye i omverdenen fordi de føler seg beglodd og diskriminert. Dermed kan mange muligheter til dagligdags fysisk bevegelse forsvinne. Enda større blir terskelen for å komme i gang med regelmessig trening på et treningssenter. I avsnitt 6.1 diskuteres negative reaksjoner som overvektige møter i samfunnet, blant annet på et treningssenter.

Er det så noen grunn til at temaet fysisk aktivitet likevel bør være med i Startkurs? Det er to grunner til at fysiske aktiviteter fortsatt bør inkluderes. Den ene grunnen er kursets teoretiske base, konfluent pedagogikk. Konfluent pedagogikk fremhever at en person lærer best gjennom egne erfaringer. Dersom en person skal få erfare noe, forutsetter det et direkte møte (Steen og Zangi 2011). Deltakerne tas derfor med til ulike arenaer der de får et direkte møte med aktivitetene. En respondent beskrev at hennes erfaring med timen på yogastudioet gjorde at hun kunne tenke seg å prøve yoga i fremtiden. I avsnitt 4.2 fortalte en respondent at hun syntes det var fint å være med til svømmesenteret, selv om hun ikke ville gå ut i bassenget.

Den andre grunnen til at fysiske aktiviteter fortsatt bør være med i Startkurs, er ulike arenaer for relasjonsbygging. Konfluent pedagogikk betoner viktigheten av relasjoner og interaksjon. Relasjonen og interaksjonen mellom kurslederen og de som skal lære er sentralt for læringsprosessene. Det er kurslederens ansvar å skape gode rammer og relasjoner (Steen og Zangi 2011). Her poengteres betydningen av relasjon mellom kursleder og deltakere, men jeg vil også trekke frem relasjonene deltakerne imellom. Deltakerne tas med til arenaer utenfor kurslokalet på LMS, noe jeg mener kan stimulere til relasjonsbygging mellom deltakerne. Å gjøre noe annet i fellesskap og å delta på nye opplevelser sammen, kan bidra til at deltakerne blir bedre kjent med hverandre enn ved at de kun sitter ved det samme bordet, i det samme rommet.



## 5. Endringer i sosialt liv, selvfølelse og synet på egen kropp

Kapittelet er delt i fire underkapitler. Innledningsvis beskrives endringer i sosialt liv og en diskusjon i forhold til teori om sosialt nettverk. Deretter formidles endringer i selvfølelse og en diskusjon i forhold til Honneths teori om anerkjennelse. Sist i kapittelet beskrives endringer i synet på egen kropp og faktorer utenom Startkurs som kan ha forårsaket endringer.

### 5.1 Endringer i sosialt liv

En av hensiktene med kurset er å tilrettelegge en utvidelse av den enkeltes sosiale nettverk. Alle respondentene bortsett fra én fortalte at Startkurs hadde ført til positive endringer i deres sosiale liv. Det å bli plassert i en gruppe og dermed få anledning til å bli kjent med nye mennesker, har hatt stor betydning.

Ja, jeg hadde jo mine venner fra før, men dette var på en helt annen måte. Et samhold. Tror det er mer viktig enn noen tenker seg, at en kan dele disse skjebnene.

Respondenten fortalte videre at hun hadde deltatt i en selvhjelpsgruppe. Hun holdt også kontakten med dem hun hadde gått på kurs sammen med via SMS.

Respondenten hadde lagt merke til at den faste brukerrepresentanten jobbet iherdig med det sosiale nettverket i kurset:

Den faste brukerrepresentanten har vært fantastisk. Jeg skjønner ikke at det går an. Hun drar med seg folk. Hun er en nettverksbygger.

En respondent sa hun ble kjent med de andre i gruppen. Hun understreket at to hoder tenker bedre enn ett, og de fikk ulike tips og råd fra hverandre. Hun syntes det var fint å få innspill fra menneskene som var i samme båt som henne.

Den største forandringen i sosialt liv fortalte en mannlig respondent om. Han hadde i Startkurs fått kontakt med et helt nytt nettverk av mennesker. Han sa at han hadde vært fornøyd om det så bare var denne ene endringen han hadde oppnådd.

Livsveilederens klienter følte at Startkurs var et forum der de ikke behøvde å være redde for å være seg selv som den de var. Klientene var blitt mottatt med anerkjennelse i Startkurs.

## **Teoretisk diskusjon**

Alle respondentene bortsett fra én fortalte at Startkurs hadde ført til positive endringer i deres sosiale liv. Funnet stemmer godt overens med ett av hovedfunnene i rapporten "Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring" der gruppeundervisning ser ut til å ha positiv effekt på psykososiale utfall som mestring og relasjoner (Austvoll-Dalgren m.fl. 2011).

Hver gruppe med Startkurs-deltakere kan betegnes som et sosialt nettverk. Å ha et sosialt nettverk er viktig. Det kan bidra med ressurser i en persons liv slik at det kan bli lettere å mestre utfordringer. I følge Fyrand (2005) er et sosialt nettverk forhold mellom mennesker og deres samhandling. Kursleder legger til rette for at det skal foregå sosial samhandling mellom deltakerne. Blant annet er det flere pedagogiske øvelser i kurset der deltakerne inviteres til å dele idéer, tanker, følelser og erfaringer med hverandre.

Startkurs oppfyller alle kravene som kjennetegner et sosialt nettverk. Startkurs foregår over lengre tid. Dermed er det tilrettelagt for at sosiale relasjoner mellom deltakerne kan oppstå. Utviklingen av sosiale relasjoner i nettverket er basert på at deltakerne er samlet om felles interesser, i dette tilfellet overveiktsbehandling. Et sosialt nettverk kjennetegnes også av uformell struktur. Det kan sies å gjelde Startkurs til en viss grad. Deltakerne er innkalt og strukturert av en institusjon. Når Startkurs først er i gang, er alle til stede på et likeverdig og uformelt grunnlag.

Siden Startkurs er et sosialt nettverk, får deltakerne anledning til å utvide sin bekjentskapskrets. De får noen å dele en ofte tøff hverdag med. Deltakelse i sosiale nettverk er både nødvendig og overveiende positivt for de aller fleste mennesker:

Vi vinner mer enn vi taper ved å leve i sosiale nettverk, og dette er en drivkraft som gjør at vi engasjerer oss i andres liv (Christakis og Fowler 2009,s.196).

I tillegg til at deltakerne får oppleve Startkurs som et sosialt nettverk, vil jeg belyse kurset som en arena der deltakerne kan oppnå anerkjennelse. I følge Honneth (2003) må en person erfare anerkjennelse i tre ulike sfærer for å oppleve seg selv som et sosialt vellykket individ. En av disse er den solidariske sfæren. Anerkjennelse i den solidariske sfæren oppstår ved at en person deltar i en gruppe eller i et fellesskap. I fellesskapet kan personen gjenkjenne seg selv og få anerkjennelse som en positiv bidragsyter. Startkurs kan betegnes som et fellesskap i den solidariske sfæren. Dermed er Startkurs en arena der deltakerne kan oppleve anerkjennelse. Deltakerne

kommer til et fellesskap hvor deres erfaringer er viktige og blir lyttet til. De kan bidra positivt til fellesskapet med tips, råd og idéer. Som den ene respondenten understreket, så syntes hun det var fint å få innspill fra andre som var i samme båt som henne.

## **5.2 Endringer i selvfølelse**

Halvparten av respondentene fortalte om bedret selvfølelse etter Startkurs.

Respondent A:

Før så var selvfølelsen jo i alle fall helt på bønn. Retta seg kanskje. Jeg fikk vel kanskje litt mer tru på meg sjøl når jeg greide å snu litt på tankegangen. Men om det var ene og alene kurset, jeg vet ikke jeg. Du lærte kanskje å se ting fra to sider, prøve å snu tankegangen litt.

Respondent B:

Positiviteten og roen vi fikk i kurset, førte til at selvilliten var i ferd med å stige før operasjonen min.

To av respondentene sa at selvfølelsen var den samme som den alltid hadde vært. Den siste respondenten sa ikke noe om temaet fordi jeg valgte å la være å stille spørsmålet om selvfølelse.

En respondent nevnte at det gode miljøet som ble skapt i gruppen gjorde at mange turte å spørre om temaer de trengte mer informasjon om. Respondenten sa at selv deltakere som var innesluttet til å begynne med, etter hvert følte seg så trygge at de åpnet seg opp.

Livsveilederen formidlet at selvfølelse er sterkt forbundet med holdningen en person har til seg selv. Negative holdninger er ofte resultat av at personen ikke har blitt sett som den hun eller han er. Da har ikke personen opplevd nok anerkjennelse. Dermed kan det bli lett å ty til mat for å døyve vonde følelser av uverdighet. Når opplevelsen av ens egen verdi er så lav, kan livet raskt flyte ut på mange måter.

Livsveilederen oppfordrer sine klienter til å gi seg selv den anerkjennelsen og verdigheten de fortjener. Å utvikle gode verdier og en god holdning til seg selv, kan være en viktig vei til bedre selvfølelse og bedre helsevaner. Livsveilederens klienter var blitt mottatt med anerkjennelse i Startkurs.

I sitt arbeid vektlegger livsveilederen å gjenkalle klientens livshistorie. Dette kan skape forståelse for problemutviklingen og fremme en større bevissthet i forhold til dårlige vaner.

### **Teoretisk diskusjon**

Jeg var usikker på om jeg skulle stille spørsmålet om selvfølelse da intervjuguiden ble utarbeidet. Jeg har opplevd å ha dårlig selvfølelse de første 30 årene av mitt liv. Egen erfaring med dårlig selvfølelse gjorde at jeg hadde en forforståelse om at selvfølelse kunne være et ømtålig tema. De siste 14 årene har jeg jobbet aktivt med å forbedre selvfølelsen min, både med egen og andres hjelp. Dermed var jeg nysgjerrig på om kurset kunne ha hatt innvirkning på deltakernes selvfølelse. Jeg bestemte meg for å stille spørsmålet om selvfølelse, men opplevde at det krevde mye av meg i intervjusituasjonen.

I et av intervjuene fikk jeg meg faktisk ikke til å spørre om selvfølelse i det hele tatt. Jeg syntes at situasjonen var preget av "face work" (Järvinen 2005). Det vil si at jeg opplevde at respondenten var forsiktig i måten han omtalte seg selv på. Dermed ville jeg ikke stille spørsmålet om selvfølelse fordi jeg ikke ønsket at respondenten skulle oppfatte meg som for nærgående. Alvesson (2011) peker på det samme i forhold til å analysere intervjuer i lys av det identitetsskapende perspektivet. Problemet som dukker opp da, er at den intervjuede fremstiller seg selv i lys av en foretrukken identitet.

Tre respondenter rapporterte om bedret selvfølelse etter Startkurs. Livsveilederens klienter hadde blitt mottatt med anerkjennelse. Anerkjennelse og respekt er også noe kurslederen ved Startkurs betoner. Kurslederen har fortalt at hun er bevisst på å se den enkelte deltaker hver eneste kursdag. Hun hilser alltid hver av dem velkommen og sørger for å si noe vennlig til den enkelte i løpet av kursdagen. Jeg er overbevist om at dette er en viktig måte å jobbe med anerkjennelse på. Hos en gruppe mennesker som fra før av strever med holdningen til seg selv, så er det viktig å tilby hjelp til å forbedre deres holdninger og anerkjennelse.

Honneths (2003) anerkjennelsesteori kan også benyttes for å diskutere selvfølelse. Honneth (ibid) redegjør for at selvfølelse oppstår i den private anerkjennelsessfæren. Den private anerkjennelsessfæren danner forutsetninger for å inngå i et mellommenneskelig forhold. Der kan personen erfare emosjonell anerkjennelse som følge av kjærlighet fra familie og venner. Hvis en person ikke opplever anerkjennelse

eller følelsesmessig støtte, risikerer hun eller han å miste et positivt forhold til seg selv. Selvfølelsen kan dermed svekkes

Jeg mener at en av årsakene til overvekt kan gjenfinnes i manglende anerkjennelse eller kjærlighet i den private sfæren. Birketvedt (2008) påpeker at det kan være en uheldig omstendighet som er årsaken til en overvektig kropp. Hun mener at for eksempel tap av nære personer, atskillelse fra en forelder i barndommen eller ensomhet kan føre til indre stress. Mange begynner å spise for mye for å døyve det indre stresset. Livsveilederen bekrefter forholdet med at en uheldig omstendighet kan utløse problemer som setter seg i kroppen. Derfor er livsveilederen opptatt av å gjenkalle klientenes livshistorie, for å belyse en problemutvikling og fremme bevissthet i forhold til dårlige vaner.

Det kan eksistere en årsakskjede fra manglende anerkjennelse eller kjærlighet i den private sfæren til dårlig selvfølelse med påfølgende overspising. Årsakskjeden stemmer også overens med livsveilederens uttalelse i forhold til en persons egenverdi. Når en person opplever sin egen verdi som lav, kan livet flyte ut. I Startkurs er ikke hensikten å arbeide terapeutisk med uheldige omstendigheter som kan ha oppstått i den private anerkjennelsessfæren. Imidlertid kan årsakskjeden være en forklaringsmodell for hvorfor LMS har med emnet selvfølelse i Startkurs.

Kursleder foreleser om dette emnet i tråd med Øiestads (2009) anbefalinger. Det viktigste er å være nær seg selv når en person skal jobbe med selvfølelsen. Å være nær seg selv betyr i praksis å stoppe opp og observere og bli kjent med indre tilstander. Nærheten tilrettelegges det for ved at deltakerne inviteres til å utføre pedagogiske oppgaver og avspenningsøvelser.

En respondent fortalte at deltakere som var innesluttet til å begynne med, etter hvert turte å åpne seg. Dette belyser at kurslederen arbeider på en god måte i forhold til deltakernes selvfølelse. Startkurs ved LMS Østfold inneholder øvelser for å bedre selvfølelsen. Flere respondenter rapporterte at de hadde fått bedret selvfølelsen etter kurset. Dermed oppfyller Startkurs ved LMS Østfold anbefalingene som Lerdal m.fl. (2011) konkluderer med. Forskerne understreker viktigheten av å kjenne til hvordan blant annet selvfølelse påvirker Startkurs-deltakernes livskvalitet. Forskerne sier at sammenhengen kan være avgjørende ved planlegging av opplæringsprogram for vektreduksjon (ibid).

Rugseth (2010) problematiserer i sin avhandling blant annet om vektreduksjon er egnet og ønskelig som behandlingseffekt. Respondentene i avhandlingen fortalte om dyptfølte, sårbare og motsetningsfylte livserfaringer. Dette er samtidig erfaringer, livssammenhenger og væremåter som ble tillagt liten betydning i den vektreduksjonsbehandlingen som Rugseth var observatør i. Rugseth konkluderer avhandlingen med at om dens innsikter skal tas til følge, kreves det en erkjennelse om at helsefaglig praksis bør nyorienteres. Det er nødvendig med et blikk for den enkelte, slik andre pasienter i dag forventer å bli møtt (ibid).

I underkapittelet har jeg kommet frem til at respondentene i oppgaven fortalte om opplevelse av anerkjennelse i Startkurs. Dermed har LMS til en stor grad tatt inn over seg betydningen av det Rugseth (ibid) peker på, nemlig at det er nødvendig med et blikk for den enkelte. Selv om LMS anerkjenner betydningen i Rugseths konklusjon, så mener jeg at forholdet er såpass viktig at det hele tiden bør løftes fram i arbeidet med Startkurs. Å ha et blikk for den enkelte bør gjennomsyre den totale arbeidsprosessen med Startkurs ved LMS, fra planlegging til gjennomføring og evaluering. Det kan bidra til en bedre kvalitet på kurset og kanskje også et bedre resultat for hver enkelt deltaker.

### **5.3 Synet på egen kropp**

To av respondentene nevnte ikke temaet, mens de resterende hadde fått et mer positivt syn.

Respondent A:

Før så var jeg ikke bekymret om jeg la på meg fem, seks kilo til i slengen. Men nå vet jeg bedre. Jeg har gått ned mye og jeg prøver å holde meg rundt en stabil vekt.

Respondent B:

Forandringen i kroppsstørrelsen min er sånn at når jeg går forbi et speil, så tenker jeg "hvem er det her?" Jeg ligner jo mer på mora mi, og det er veldig rart.

I hovedsak skyldtes det positive synet at de var blitt operert, og at andre la merke til at de hadde gått ned i vekt.

### **Teoretisk diskusjon**

To respondenter nevnte ikke hvordan de så på egen kropp. De resterende respondentene hadde fått et mer positivt syn på egen kropp. Det positive synet

skyldtes at de var blitt operert. Dermed virker det som at Startkurs ikke førte til noen spesielle endringer i synet på egen kropp.

En årsak til at synet på egen kropp ikke var endret, kan ha sammenheng med hvor lang tid respondentene har slitt med overvekt. Når deltakerne endelig får begynt på Startkurs, har flere av dem mange år bak seg med et negativt syn på egen kropp. Kurslederen tilrettelegger for at deltakerne kan oppdage sine egne, indre verdier og ressurser, og derigjennom mulighet til å kunne få et mer positivt syn på egen kropp. Det ser imidlertid ut til at det negative kroppssynet sitter så hardt i at det blir ikke endret før en eventuell operasjon eller annen type vellykket vektreduksjonsbehandling har funnet sted. Jeg synes at dette funnet er ganske rimelig.

Jeg oppdaget en ting om min egen rolle i analysen av intervjuene i forhold til Alvessons (2011) tredje perspektiv; intervjuet som anledning for den intervjuede til å skape og formidle en identitet. Intervjuarbeid betyr at både intervjueren og respondenten påtar seg en rolle. Som intervjuer merket jeg at jeg ubevisst påtok meg rollen som terapeut. Det skjedde noen få ganger, blant annet da jeg stilte spørsmålet om synet på egen kropp til en respondent. Respondenten svarte at han hadde blitt mobbet i barndommen, men at han hadde utviklet en likegyldig og i blant tøff holdning til sine jevnaldrende for å ikke bli for deprimert. Da svarte jeg at det hørtes ut som en god overlevelsesstrategi. Han skulle ikke ta alt personlig som han fikk høre fra andre.

På forhånd hadde jeg beskrevet at min forforståelse er preget av Banduras (1997) teori om mestringsforventning. Jeg skulle som intervjuer ikke gi noen innspill til hvordan respondentene kunne håndtere situasjoner i livet for å kunne mestre dem bedre. Imidlertid viser eksemplet over at selv forskere i sosialvitenskapene kan ha vanskeligheter med å holde seg tilbaketrukne.

#### **5.4 Faktorer utenom kurset som har påvirket endringene**

De fire opererte fortalte at operasjonen har vært en stor endring i deres liv, og hun som ventet på operasjon, trodde at den vil bli positiv for henne.

Respondent A:

Operasjonen har jo gjort at en går ned i vekt. Får håpe at det fortsetter. Det er en stor beslutning å ta om operasjon. Men jeg ble egentlig litt overrasket over at det var så lite komplikasjoner med det. Jeg har vært veldig, veldig heldig. Jeg har ikke hatt noen problemer.

Respondent B:

Ved å bli operert får du et lite spark for å komme deg på riktig vei igjen. Da vet du at dem har brukt et antall kroner for å få deg ned. Helt fra begynnelsen var jeg innstilt på å bli operert, for å få det sparket til å komme på riktig vei. Du raser jo ned mange kilo med en gang. Da er det et lite pluss for deg.

Han som hadde et opphold på rehabiliteringsinstitusjon, formidlet at det var en viktig forandring i hans liv.

### **Teoretisk diskusjon**

Det var ikke uventet å finne at overvektsoperasjonen hadde ført til store endringer i respondentenes liv. En slik operasjon er tross alt målet for mange av deltakerne på Startkurs. Når deltakerne avslutter kurset, fyller de ut et skjema for videre behandlingsønsker som sendes til Senter for sykelig overvekt, Oslo Universitetssykehus.

Det finnes ingen statistikk over hvor mange deltakere fra Startkurs i Østfold som har blitt fedmeoperert. Det kunne vært interessant å finne ut om noen som opprinnelig ønsket fedmekirurgi etter Startkurs har forandret synspunkt i ettertid. Hvis det finnes noen som har forandret mening, kan det kanskje tyde på at personene fikk innspill i kurset som gjorde at de greide å legge om livsstilen.



## 6. Reaksjoner fra samfunnet

Kapittelet har to underkapitler. Respondentene hadde opplevd ulike reaksjoner fra samfunnet på sine store kropper. Temaet var ikke med i intervjuguiden, men det fremkom i analysen. Det andre funnet som fremkom, var problemer i arbeidslivet.

### 6.1 Reaksjoner fra samfunnet på store kropper

To respondenter fortalte om negative reaksjoner. Respondent A:

Før jeg begynte å slanke meg, dro jeg ikke på kjøpesenter. Handlevogna ble full, og folk så på det. Jeg ble stresset av det. Noe av det kjenner jeg ennå, men jeg har ikke de problemene nå, jeg føler ikke at jeg står i veien for andre.

Respondent B:

Jeg blir forbanna når jeg hører det hun treningsguruen har sagt. Det er ikke alle som kan noe for at de er overvektige. Jeg kan sammenlikne med en person som blir tatt for nasking. Hvis han gjør opp for seg, da skal han behandles som en helt vanlig kunde. I forhold til overvekt, når folk får en ny sjanse og prøver, så bør dem ikke bli sett ned på av kjendiser og andre.

Intervjuer: Det handler om å ha respekt for folk?

Respondent B: Hadde du gått henne etter i sømmene, hadde du sikkert funnet noe der også. Jeg synes det er galt at hun ser ned på andre.

I Startkurs holdes en av kursdagene på et treningssenter. To respondenter fortalte om ubehagelige opplevelser der. Respondent C:

Det skjedde noe på treningssenteret som ikke bare jeg syntes var ille. Vi skulle få omvisning på treningsapparatene. Ingen hadde fortalt oss at det allerede satt mange andre på apparatene. Og inn kom vi togende. Ikke én i 100-kilosklassen, men 15 stykker. Tror du noen glana eller? Vi følte oss så store, og det var veldig, veldig ubehagelig. Da var jeg kjempesur etterpå, og det sa jeg fra om. Det var en skikkelig ekkel opplevelse, for jeg hadde ikke forventa det i det hele tatt.

Respondent D:

På treningssenteret følte mange seg som de var på fesjå rett og slett. At de kom inn som en saueflokk til de som trenet. For å få oss til å begynne å trene så var ikke det det rette liksom.

En respondent fortalte om reaksjoner fra ulike møter med helsepersonell:

Reaksjoner fra omverdenen har jeg opplevd. Jeg har brukt C-pap (apparat med maske mot søvnapné) i mange år. Etter at jeg hadde gått ned mange kilo, skulle jeg til øre-nese-halslegen. Det var akkurat som om han møtte et annet menneske. Han behandla meg så forskjellig. Plutselig så snakket han til meg som et voksent

menneske. Han snakket med verdighet, mens før så følte jeg meg forbigått. Jeg ble sendt til videre undersøkelser angående søvnapnéen. Den nye legen skjønte ikke hvorfor jeg hadde hatt C-pap. Det viste seg at jeg hadde skjev neseskillevegg. Snorkingen hadde ingenting med vekta å gjøre. Ingen har tatt en MR, ingen har tatt en CT, ingen har brydd seg. De bare ser på kroppen min, og så tenker de at hun snorker fordi hun er overvektig. Det er jo så trist. Det samme har skjedd hos fastlegen. Jeg har gått hos ham i mange år. Det er merkelig å oppleve mangelen på respekt da jeg var overvektig og den respekten jeg får nå. Jeg har prøvd å tenke gjennom om det er jeg som oppfører meg annerledes, men jeg tror ikke at det handler om meg. Det er veldig tydelig og fryktelig trist.

### **Teoretisk diskusjon**

Det ser ut til at respondentene forteller om ulike former for krenkelser og mangel på respekt. Uttalelsene kan knyttes opp mot solidaritetssfæren (Honneth 2003).

Anerkjennelse oppstår i solidaritetssfæren ved at en person deltar i en gruppe, fellesskap eller samfunn. Personen blir anerkjent for sine spesifikke kvaliteter, evner og bidrag som er med på å opprettholde samfunnet. I solidaritetssfæren kan individer eller grupper oppleve krenkelser som går ut på at deres ferdigheter og evner ikke lenger nyter anerkjennelse. Eksempler på slike krenkelsesformer finnes på en skala fra å ikke bli hilset på, til ekstreme former for stigma (ibid).

Tre respondenter fortalte om hvordan de følte seg beglodd av andre mennesker. De følte seg krenket av andres fordømmende blikk. Det stemmer godt overens med hvordan Honneth (ibid) beskriver mangel på anerkjennelse i den solidariske sfæren.

Respondentenes uttalelser om hvordan de følte seg beglodd og krenket av andres blikk, sammenfaller med resultatene i Rugseths (2010) avhandling. Hennes respondenter følte seg også kontinuerlig synlige for et allestedsnærværende blikk:

Deres erfaringer med å være synlig for andre handler om å bli oversett, redusert og definert, og forbindes med ubehag og avsløringer. De har erfart seg som forfulgt av nysgjerrige og kritiske blikk, uthengt og stilt til skue, uønsket og feil (Rugseth 2010, s.139).

En respondent fortalte hvordan helsepersonellet hadde gitt henne feil behandling på grunnlag av kroppens størrelse. Det er en beskrivelse av krenkelse. Videre fortalte respondenten at hun nå opplevde anerkjennelse fordi hun er slank. Dette er interessant, fordi det stemmer helt overens med Honneths (2003) begrep om solidaritetssfæren. Respondenten hadde beveget seg vekk fra det som forekommer å være en stigmatisert gruppe, de overvektige, til det som forekommer å være en gruppe som nyter anerkjennelse, de slanke.

Honneths (ibid) anerkjennelsesteori stemmer godt overens med hvordan respondentene har rapportert om stigmatisering og krenkelser fra omverdenen. En respondent nevnte et mediaoppslag han opplevde som stigmatiserende og krenkende. Per Fuggeli ble intervjuet etter det nevnte mediaoppslaget. Fuggeli mener at det som er viktig for helsen, er verdighet og tilfredshet med egen person og egen kropp:

Det helsefundamentalistene gjør, provoserer. Det gir mennesket mindreverd. Og følelsen av å være feil blir man ikke friskere av. Folk gjør så godt de kan. Man må være forsiktig med å bli for strenge, og at alle skal ligne et idealbilde (Holmene 2010).

Det neste jeg vil diskutere i underkapittelet om samfunnets reaksjoner på store kropper, er en oppdagelse som ble gjort da jeg skrev oppgaven. Opprinnelig hadde jeg innledet kapittel én med setningen: "Fedmeepidemien er kommet til Norge". Jeg henviste til en artikkel publisert i Tidsskrift for den norske legeförening (Ulset m.fl. 2007). Da jeg leste Le Besco (2011), ble jeg gjort oppmerksom på at jeg burde reflektere over uttrykket fedmeepidemi. For det første kritiserer Le Besco (ibid) bruken av ordet epidemi. Hun viser til at en epidemi vitterlig skal betegne utbrudd av en smittsom sykdom som sprer seg raskt mellom mennesker.

Le Besco (ibid) peker også på at samfunnet straffer mennesker som ikke strengt utøver selvdisiplin ved å kalle dem usunne. Denne straffen blir idømt selv før undersøkelser om kostholds- og treningsvaner er foretatt. Hvis samfunnet fortsetter å straffe folk slik, kan uttrykket fedmeepidemi være et utmerket verktøy for stigmatisering.

Le Besco (ibid) fremhever videre at for de som er genuint opptatt av helse, så er det mye å hente ved å betrakte fete kropper på en mer nøytral måte. Ikke ta det for gitt at den synlige kroppsstørrelsen og kroppsfasongen forteller alt om en persons helse. Det finnes slanke mennesker med dårlige spisevaner som aldri trener, men de blir ikke utsatt for den samme konklusjonen om sin helse eller moralske verdi. Slanke personer bærer ikke det som tas bevis for overforbruk på sine kropper. Noen fete mennesker er sunne, andre fete mennesker er usunne. Hvis god helse er noe samfunnet ønsker for alle, må stigmatiseringen av store mennesker opphøre (ibid).

Jeg mener at begge forholdene må tas på alvor. For det første bør stigmatisering gjennom språkbruk og diskurs opphøre. Et søk på Google på uttrykkene fedmeepidemi og fedmeepidemien utført 18.9.11 ga 82 400 treff. Et tilsvarende søk på det engelske uttrykket "obesity epidemic" ga 2,4 millioner treff. Resolutt tok jeg vekk ordet

fedmeepidemi fra innledningen. Den observante leser vil ikke finne uttrykket noe annet sted i oppgaven, bortsett fra her. For det andre bør stigmatisering gjennom fordømmelse ut fra utseende opphøre. Respondentene i undersøkelsen min og Fuggeli har tydelig pekt på det samme som Le Besco.

I USA er det dannet en bevegelse kalt "Health at Every Size". Bevegelsen peker på mye av den samme kritikken beskrevet her. Representanter for bevegelsen sier at det er oppstått bekymringer for at det store fokuset på vekt blant annet kan føre til nedsatt selvfølelse, spiseforstyrrelser, stigmatisering og diskriminering (Bacon og Aphramor 2011).

I avsnitt 6.1 er krenkelser i solidaritetssfæren beskrevet: Fordømmende blikk, nedsettende omtale i media, feilbehandling på grunn av utseende og diskriminerende språk. Dette er holdninger og verdier som er med på å bryte ned den enkeltes respekt for seg selv, holdninger og verdier som kan gjøre den enkelte syk. Imidlertid mener Honneth at sykdom kan forebygges ved at enkeltpersoner beskyttes mot krenkelseserfaringer:

... vi kan dermed si at forebyggingen av sykdommer har sin parallell i en sosialt garantert anerkjennelse som i størst mulig grad beskytter subjektene mot ringeaktserfaringer (Honneth 2008,s.144).

## **6.2 Problemer i arbeidslivet**

To respondenter fortalte om problemer i arbeidslivet. En av dem uttalte:

En bakdel med å vente på operasjon er at du ikke får deg jobb etterpå. Jeg har venta i tre år til sammen og gått to år på attføring og arbeidsavklaringspenger. Jeg prøver å få meg fast jobb, men det er umulig. Dem ser du har vært lenge borte fra jobb, og lurer på hvorfor det. Bakdel at det tar så lang tid i behandlingsskøen.

Den andre respondenten fortalte:

Og så plutselig var timen kommet, da jeg bestemte meg for resten av livet. Jeg begynte å informere omgivelsene om at jeg skulle opereres. Da begynte omgivelsene å tenke på meg. Det var ikke helt populært å fortelle til arbeidsgiver at jeg skulle ha seks uker sykemelding etter operasjonen.

## **Teoretisk diskusjon**

Respondentenes uttalelser belyses i forhold til det Honneth (2003) beskriver som den rettslige anerkjennelsessfæren. I den rettslige sfæren blir en person i stand til å få

selvrespekt gjennom å være et likeverdig medlem av samfunnet. Personen mottar ulike rettigheter, for eksempel ytelser fra velferdsstaten. Krenkelser i den rettslige sfæren kan forekomme dersom hele grupper blir diskriminert i et juridisk system.

En respondent nevnte at den lange behandlingstiden har skapt problemer for ham i forhold til det å få seg arbeid. Den lange behandlingstiden gjelder for hele gruppen overvektige, og i så måte kan det sies at de blir diskriminert i et juridisk system. Samtidig er den lange behandlingstiden et spørsmål om fordeling av ressurser i helsevesenet.

## **7. Startkurs i fremtiden**

Kapittelet er delt i fire underkapitler. Jeg beskriver hvordan pårørende kan inkluderes i Startkurs, hva deltakerne syntes var positivt i kurset og hva som kunne gjøres annerledes. I det siste underkapittelet formidles respondentenes syn på obligatorisk deltakelse i Startkurs.

### **7.1 Hvordan pårørende kan inkluderes**

Respondentene var samstemte om at pårørende ikke burde være tilstede i selve Startkurs. En respondent uttalte:

De 10 dagene skal holdes for seg selv. Informasjon til pårørende bør komme i tillegg. Lurt å gjennomføre kanskje den prosessen i forkant av Startkurs. Sånn at når kurset begynner, er en mer forberedt.

Videre sa respondenten at det kunne gjøres enkelt med en oppstartssamling for alle deltakerne og deres pårørende i et auditorium der innhold i kurset blir presentert. Flere respondenter sa seg enige i idéen om et informasjonsmøte. En respondent sa:

Ja, det kan egentlig være fint. Bruke to, tre timer. Pårørende kan også være med, dem du vil ha med deg, slik at dem også kan få vite hva det dreier seg om. Slik at du ikke må stå og stampe aleine. For det er tungt hvis du ikke har noen støtte rundt deg. Det syntes jeg var en veldig lur idé.

### **Teoretisk diskusjon**

Forslaget om et informasjonsmøte for alle deltakerne og deres pårørende var en utmerket og gjennomførbar idé. Jeg ble inspirert til å bruke interaksjon som metode. Jeg forhørte meg om hva de andre respondentene tenkte i forhold til et informasjonsmøte. Det førte til at fire respondenter sa seg enige i at det kunne være verd å prøve ut et informasjonsmøte i forkant.

Informasjonsmøtet ble avholdt i august 2011 med 48 personer til stede, anslagsvis halvparten av hver i forhold til kommende deltakere og pårørende. Handlingsorientert forskningssamarbeid viste seg som en fruktbar arbeidsmetode. Metoden passet godt for medarbeiderne ved LMS som er vant til å jobbe i team og planlegge tiltak i fellesskap.

Den siste fasen i det handlingsorienterte forskningssamarbeidet skal evalueres i desember 2011. Medarbeiderne ved LMS reflekterte over at de var godt fornøyde med hvordan informasjonsmøtet forløp. Leder ved LMS har besluttet at informasjonsmøter skal holdes i forkant av de neste Startkursene som skal arrangeres. Imidlertid er det viktig å evaluere hvordan Startkurs-deltakerne og deres pårørende erfarte informasjonsmøtet.

## **7.2 Hva deltakerne syntes var positivt ved kurset**

Samtlige respondenter nevnte at det positive med kurset var å møte andre mennesker i samme situasjon. Respondentene var også fornøyde med måten kurset ble ledet på:

Det er ganske skummelt å møte opp sånn og skulle blottlegge seg på et vis for andre mennesker. Men i det rommet der oppe var det så fint altså. Og kurslederen er jo fantastisk til å forme, det er helt nydelig, hennes væremåte er praktfull.

Alle respondentene mente temaene i kurset var relevante:

Jeg fikk møte mange i liknende situasjon. Var godt å se. Det var tre som var magesekkoperert, det var han fra Landsforeningen for overvektige, en lege, jeg fikk sånne startopplysninger. Jeg kan ikke huske alt. Jeg fikk det som jeg trengte å vite, og jeg hadde lyst til å gå ned i vekt.

Samtlige respondenter nevnte også at det var bra å møte de ulike brukerrepresentantene. En respondent forteller om møtet med en brukerrepresentant:

Jeg ble litt inspirert av brukerrepresentanten faktisk, hun gikk ned mange kilo på egenhånd. En kjempestor jobb. Jeg sa til henne at det hadde jeg aldri klart. Viljen var ikke til stede for å komme på riktig vei. Men etter at jeg traff henne, og de i selvhjelpsgruppa, og så resultater, da fikk jeg mot.

En respondent nevnte at handlingsplan var et godt verktøy:

Det var en av de nyttige tingene som var med i kurset. Synd at ikke alle deltakerne så for seg nytten av den. Kurslederne må legge vekt på at uansett hva du gjør, uansett hvilket tema det er, så inneholder alt en plan. Den planen må legges inn i hverdagen. Det nytter ikke bare med en plan hvis du ikke tar den i bruk.

Livsveilederens klienter opplevde god variasjon i temaene, med en helhetlig belysning av problematikken de sto i. Livsveilederen hadde i tillegg fått se programmet for Startkurs og sa seg enig i at programmet virket helhetlig. Hun syntes følgende må ha fokus i et gruppetilbud til personer med sykkelig overvekt:

Det er viktig at gruppetilbudet oppleves som støttende, slik at deltakerne får en følelse av at her er det et apparat som vil dem vel. Det er også viktig at deltakerne i løpet av kurset forstår at ansvaret til stor del ligger hos den enkelte. Vi kan hjelpe deg, men du er den som må gjennomføre det som må til for å redusere din vekt. Enten det er operasjon eller ikke, trening, matkultur og selvutvikling. Det handler om at det er jeg som spiser og jeg som drikker, ergo er det jeg som har ansvaret.

### **Teoretisk diskusjon**

Det positive med kurset var å møte andre mennesker i samme situasjon og måten kurset ble ledet på. Temaene i kurset var relevante. Livsveilederens klienter opplevde god variasjon i temaene, med en helhetlig belysning av problematikken. Startkurs har vært gjennom en lang utviklings- og planleggingsprosess. Denne er beskrevet i kapittel én. Planleggingsprosessen er kontinuerlig og blir ivaretatt i følge LMS standard metode (NKLMS 2011).

Alle respondentene nevnte også at det var givende å møte de ulike brukerrepresentantene. Jeg oppdaget at samme brukerrepresentant hadde utløst totalt motsatte reaksjoner hos to av respondentene. Den ene respondenten var veldig fornøyd med brukerrepresentanten, mens den andre respondenten mente at nevnte brukerrepresentant ikke burde benyttes i Startkurs mer. For meg understreker dette betydningen av at mennesker oppfatter forskjellig, og at det er viktig at LMS fortsetter praksisen med å ta inn mange og ulike brukerrepresentanter i Startkurs.

En respondent syntes at handlingsplan var et nyttig verktøy som flere burde benytte seg av. En annen respondent syntes derimot at handlingsplan ikke var viktig. At samme verktøy blir mottatt diametralt motsatt, mener jeg bekrefter kursets teoretiske grunnlag. Det teoretiske grunnlaget består i at deltakere på Startkurs får presentert ulike verktøy for selv å velge hva de ønsker å prøve ut.

Grunnen til at handlingsplan er lagt inn i kurset, er Banduras teori om mestringsforventning (Bandura 1997). Handlingsplan har vist seg å være et godt verktøy for selvhjelp (Lorig m.fl. 2001; Lorig m.fl. 2008). Derimot peker Lerdal m.fl. (2011) på at overvektige kan ha mislykkes gang på gang, noe som gjør at overvektige kan være mer motløse til å gå i gang med et nytt prosjekt. Handlingsplan kan oppfattes som en type nytt prosjekt. Kurslederne er oppmerksomme på at handlingsplan ikke passer for alle. Det er opp til hver enkelt deltaker hvorvidt de vil ta handlingsplan i bruk.



Deltakere som velger å benytte seg av handlingsplan, kan oppleve at den gir mer struktur og kontroll over hverdagen. Bedre kontroll over hverdagen kan forebygge stress. Manglende kontroll skaper både ytre og indre stress. Personer som opplever stress fra omgivelsene og kroppen, kan få økt sultfølelse. Økt sultfølelse fører ofte til overspising (Birketvedt 2008). Dermed kan bruk av handlingsplan føre til bedre kontroll over matinntaket.

Livsveilederen understreket at det er viktig at deltakerne i løpet av Startkurs kan forstå at ansvaret til en stor del ligger hos den enkelte. Jeg mener at LMS i planleggingen av programmet har tatt hensyn til dette. LMS benytter konfluent pedagogikk som teoretisk grunnlag (Steen og Zangi 2011). Konfluent pedagogikk innebærer at det først må tilrettelegges for at deltakerne kan oppdage ulike mønstre. Mønstre kan for eksempel handle om hvor mange daglige måltider deltakerne har. Neste trinn i læringsprosessen er så at deltakerne skal ta ansvar og velge å gjøre noe på en ny måte. Det er en prosess som krever oppmerksomhet og tid (ibid). Ved at Startkurs går over tid og har konfluent pedagogikk som basis, er det et godt grunnlag for at deltakerne kan ha mulighet til å oppdage at ansvar for egen helse hovedsakelig ligger hos hver enkelt.

### **7.3 Hva deltakerne syntes kunne vært gjort annerledes**

I underkapittelet knyttes respondentenes forslag til endringer direkte sammen med mine kommentarer og den teoretiske diskusjonen.

**Forslag:** Noen respondenter nevnte at det var for mange deltakere.

**Kommentar:** Kurslederne hadde gjort samme erfaring med at det var et for høyt antall deltakere i de tidligere kursene. De tidligere kursene inkluderte 23-24 deltakere, noe som førte til for liten plass i kurslokalet og for liten tid til hver enkelt deltaker. Derfor har LMS nå begrenset antallet deltakere til 18.

**Forslag:** En respondent mente at rehabiliteringsinstitusjonene burde forbedre presentasjonene sine. De burde alle ha presentasjonsvideoer til å vise på informasjonsdagene i Oslo. Videoene kunne også ligge på internett.

**Kommentar:** Respondenten har et viktig poeng. I sin doktoravhandling sammenliknet Hofsø m.fl. (2011) ett-års effekten av gastrisk bypassoperasjon og repeterte opphold på et senter for vektreduksjon (Evjeklinikken A/S). Selv om resultatene var bedre etter kirurgisk behandling i forhold til bedring av diabetes type to og insulinfrigjøring, så viste

det seg at en del pasienter også har god effekt av livsstilsbehandling. Slike positive resultater bør føre til at rehabiliteringsinstitusjonene markedsfører sine tilbud på en god måte.

**Forslag:** To respondenter syntes at LMS burde gi ut informasjon på Startkurs om knekkebrødkuren fra Senter for sykelig overvekt, Oslo universitetssykehus. Det burde også være mer om mat i kurset, blant annet mulighet til å utveksle oppskrifter.

**Kommentar:** Jeg tok kontakt med Senter for sykelig overvekt. De sier at det ikke er ønskelig at knekkebrødkuren deles ut fra kursledelsen ved Startkurs. Hovedgrunnen er at Startkurs skal fokusere på livsstilsendringer, ikke ulike slankekurer. En annen grunn er at knekkebrødkuren kan bli ganske ensidig hvis den følges over lenger tid. Knekkebrødkuren er kun ment til å brukes over en kortere periode like i forkant av fedmekirurgi.

Kurslederen understreker at deltakerne for øvrig fritt kan utveksle matoppskrifter med hverandre, men det er forskjellig fra kurs til kurs i forhold til hva som blir etterspurt. Det har til og med vært en deltaker som kom til kurset med ferdiglaget mat og oppskrifter.

**Forslag:** En respondent sa eksplisitt at LMS burde informere tydeligere i forkant av Startkurs at kurset inneholder bevisstgjørende øvelser. Jeg forsto det samme implisitt hos en annen respondent.

**Kommentar:** Bevisstgjørende øvelser kan av noen oppfattes som terapi, og terapi er ikke velkomment av alle. Jeg diskuterte problemstillingen med livsveilederen. Hun tror at et bestemt kurs aldri vil kunne favne alle. Hun kunne forstå at noen opplever Startkurs som terapi, selv om hensikten med Startkurs ikke er terapi. Livsveilederen har ledet flere gruppekurs selv. Da har hun kalt dem for opplevelseskurs. Målet i opplevelseskursene har vært å bli bedre kjent med seg selv og utfordringer som livet byr på. Målet har ikke vært terapi. Det er viktig å innse at alle deltakerne ikke kan nås på den måten kursledelsen skulle ønsket. Videre fortalte livsveilederen:

Noen mennesker er modige bare de kommer inn døren på LMS og tør å gå på Startkurs. De er så kraftig overvektige og har levd i skjul. De har fordømt seg selv, eller blitt fordømt eller sett skjevt på. De er skamfulle. Det er viktig å huske at det er i den forfatningen noen kommer til et slikt kurs. Da sier det seg selv at noen har allerede overskredet sjumilsterskelen i det de kommer på kurset. På basis av den kunnskapen er det viktig hvordan informasjonen om kurset forfattes.

I kapittel 4.2 diskuterer jeg at LMS bør tydeliggjøre at kurset inneholder både saks- og prosessinformasjon.

**Forslag:** En respondent mente at fastlegen burde trekkes mer aktivt inn i prosessen. Deltakerne bør kanskje anbefales å bestille en time eller to hos fastlegen i løpet av Startkurs, både for å holde legen informert, men også for å få hjelp til individuelle problemstillinger som kan ha dukket opp.

**Kommentar:** Kurslederen opplyste meg om at hun forteller deltakerne på Startkurs at de kan kreve oppfølging hos fastlegen. Oppfølging hos fastlege er også et ønske fra Senter for sykkelig overvekt og fra fagpersonene som leder Startkursene i Helse Sør-Øst. Fastlegen skal få epikrise/beskjed om at pasienten har deltatt på Startkurs. Det virker som om det er forskjellig fra lege til lege hva de stiller opp med i forhold til pasienten.

Jeg er ikke overrasket over at fastlegene stiller opp i ulik grad i forhold til personer med sykkelig overvekt. Fastlegene har tross alt et meget bredt arbeidsfelt. Helse Sør-Øst har besluttet en ny henvisningsrutine fra 1.10.11 som kanskje vil føre til noe avlastning for fastlegene (HSØ 2011). Sykehuset Østfold er nå pålagt å ha en tverrfaglig, poliklinisk virksomhet for overvektspasienter. Fastlegene kan henvise personer med sykkelig overvekt til den nye poliklinikken.

**Forslag:** En respondent mente at kurset var for langt. Det burde kuttes ned til halvparten. Samtidig etterlyste respondenten større fokus på selvutvikling i kurset.

**Kommentar:** Det er tatt med noen elementer i forhold til selvutvikling. Kurslederen benytter øvelser fra konseptet "Livsstyrketrening", blant annet "pedagogisk sol", oppmerksomhetsøvelser og erfaringsutvekslinger (Steen og Haugli 2007). Selvutvikling er en prosess som krever tid (ibid). Dersom det skal ivaretas momenter av selvutvikling i Startkurs, tror jeg ikke det er mulig å kutte ned på kurstiden. I selve intervjusituasjonen valgte jeg å ikke spørre respondenten om denne mulige selvmotsigelsen. I følge Alvesson (2011) kan det å konfrontere en respondent i forhold til en mulig selvmotsigelse føre til at respondenten prøver å skape et inntrykk av sammenheng, eller bruker andre forsvarsstrategier.

#### **7.4 Obligatorisk kursdeltakelse**

Jeg hadde ikke tatt med spørsmålet om obligatorisk kursdeltakelse i intervjuguiden, men temaet kom frem i flere av intervjuene. To respondenter syntes obligatorisk deltakelse var greit, for det var viktig å få kunnskap om flere behandlingsalternativer. En annen respondent kom implisitt inn på obligatorisk kursdeltakelse. Hun sa at noen ganger er det nødvendig med innspill fra andre for at en skal kunne ”gi seg selv en dytt bak”.

Livsveilederen formidlet at hun syntes det var meget positivt at Startkurs var obligatorisk. Hun arbeidet som fysioterapeut på et sykehus på 1980-tallet og var involvert i noen av de første slankeoperasjonene. Livsveilederen syntes at pasientene på den tiden hadde fått mangelfull informasjon før operasjonen. Det var dessverre flere pasienter som fikk komplikasjoner og ble syke etter operasjonen den gangen.

#### **Teoretisk diskusjon**

Tre respondenter og livsveilederen har gitt sin tilslutning til at obligatorisk deltakelse i Startkurs er positivt. Likevel er det alltid et etisk dilemma når en behandling er påtvunget. Obligatorisk kursdeltakelse står dessuten i kontrast til målsettinger om brukermedvirkning og likeverd mellom fagpersonell og brukere.

Bonsaksen m.fl. (2011) påpeker at det råder en pragmatisme på området. Det er ikke slik at en overvektsoperasjon løser hele problemet. På lik linje med andre behandlingsmetoder for overvekt, vil fedmekirurgi kreve livsstilsendringer for at den opererte skal oppnå et varig resultat. Jeg sier meg enig i at obligatorisk deltakelse i Startkurs er en praksis som bør fortsette, så lenge overvektskirurgien utføres slik den gjøres i dag.

## 8. Konklusjon

### 8.1 Oppsummering

Samtlige respondenter syntes deltakelse i Startkurs var positivt. De fleste hadde fått ny informasjon og flere verktøy til å håndtere overvekten med. To respondenter hadde fått nye, helsefremmende vaner i forhold til kosthold. Flere hadde fått hjelp til å forbedre tankemønsteret. Startkurs hadde ikke ført til noen endringer i fysisk aktivitet. Når det gjaldt deres sosiale liv, fortalte alle respondentene bortsett fra én at å bli plassert i en gruppe med nye mennesker i et støttende nettverk har hatt betydning.

Tre respondenter rapporterte om bedret selvfølelse etter Startkurs. Livsveilederens klienter var blitt mottatt med anerkjennelse. Jeg mener at bedret selvfølelse og å bli mottatt med anerkjennelse belyser at kurslederen arbeider på en god måte i forhold til deltakerne. LMS anerkjenner og tar til følge sammenhengen med hvordan selvfølelse påvirker Startkurs-deltakernes livskvalitet.

Alle respondentene nevnte at det positive med kurset var å møte andre mennesker i samme situasjon. Respondentene var også fornøyde med måten kurset ble ledet på. Temaene i kurset var relevante. Obligatorisk deltakelse i Startkurs er en praksis som bør fortsette.

Respondentene var samstemte om at pårørende ikke burde være tilstede i Startkurs. Fire respondenter mente det kunne være nyttig med et informasjonsmøte for både kommende deltakere og deres pårørende i forkant av Startkurs. LMS planla og gjennomførte informasjonsmøtet. Tiltaket fremsto som vellykket og blir en praksis LMS fortsetter med. I fremtiden bør Startkurs ha minst den samme lengden som i dag. Variasjonen i temaer, læringsarenaer, verktøy til selvhjelp og brukerrepresentanter er viktige deler for å skape et bredt og samtidig helhetlig læringstilbud.

Respondentene nevnte flere tilfeller av stigmatisering og krenkelser i samfunnet. Respondentenes krenkelseserfaringer bør bidra til at helsearbeidere utvikler et enda større fokus på forekomsten av stigmatisering av overvektige gjennom språket og fordømmelse ut fra utseende.

Et annet aspekt i samfunnet jeg har pekt på, er den store tilgjengeligheten til "junk food". At "junk food" kan kjøpes omtrent overalt, til en rimelig pris, kan gjøre det

vanskeligere for enkeltpersoner å ta sunnere valg i matveien. Store, globale selskaper forsyner verdens befolkning med "junk food" på bekostning av menneskenes helse og miljø. Det er et samfunnsproblem som krever erkjennelse og handling.

Ved hjelp av Axel Honneths (2003) anerkjennelsesteori, har jeg belyst at selvfølelsen hos respondentene kan ha vært svekket på grunn av manglende anerkjennelse eller følelsesmessig støtte i den private anerkjennelsessfæren. Jeg har også belyst at selvfølelsen har blitt styrket på grunn av en anerkjennende holdning fra kursledelsen. Å arbeide med anerkjennelse bør dermed være grunnholdningen i alt pedagogisk arbeid. I møtet med Startkurs-deltakere må det være anerkjennelse, respekt og forståelse til stede.

Da jeg analyserte respondentenes uttalelser i lys av den solidariske anerkjennelsessfæren, kom to motsatte perspektiver frem. Det negative perspektivet var respondentenes fortellinger om reaksjoner fra samfunnet. Negative reaksjoner fra samfunnet kan betegnes som krenkelseserfaringer i den solidariske sfæren. Det positive perspektivet var respondentenes fortellinger om opplevelser i Startkurs som en gruppe. Startkurs kan sies å være et fellesskap i den solidariske sfæren der respondentene har opplevd anerkjennelse. Siden respondentene har opplevd sosial solidaritet i et fellesskap med felles verdier og normer, kan deltakerne få styrket sin egenverdi.

## **8.2 Konklusjon**

Har jeg så oppdaget hvilke prosesser i Startkurs som respondentene mener fører til livsstilsendring hos deltakerne? Jeg vil være forsiktig med å trekke empiriske konklusjoner. Imidlertid fremlegges noen synspunkter som kan peke i visse retninger.

Proessen med å forbedre tankemønstre er den viktigste som fremkommer fra det respondentene har uttalt. Proessen belyses av at noen fortalte de tenkte nytt i forhold til måltidsmønstre, mens andre tenkte nytt i forhold til å innføre en mer positiv tankegang hos seg selv. Det fremkom også at respondentene lærte seg selv litt bedre å kjenne. Proessen med å forbedre tankemønstre for å få til livsstilsendring, har sitt grunnlag i konfluent pedagogikk. Derfor fremstår konfluent pedagogikk som en viktig pedagogisk base for Startkurs.

En annen prosess som vil kunne føre til livsstilsendring, er deltakelse i det sosiale nettverket som Startkurs utgjør. Proessen belyses av at respondentene var

samstemte i at det var veldig positivt å møte andre i samme situasjon. Det sosiale nettverket kan bidra med ressurser i deltakernes liv slik at det kan bli lettere å mestre utfordringer. Derfor er det viktig at Startkurs fortsatt skal eksistere som et gruppetilbud.

En tredje prosess som fremkommer er opplevelse av anerkjennelse. Prosessen belyses av at tre respondenter rapporterte om bedret selvfølelse etter Startkurs, og at livsveilederens klienter hadde blitt mottatt med anerkjennelse. En respondent fortalte at hun i kurset hadde lært at det ikke var noen skam å stå over ulike aktiviteter. Dermed konkluderer jeg med at respondentene har opplevd anerkjennelse i Startkurs. Anerkjennelse for den enkelte bør gjennomsyre hele arbeidsprosessen med Startkurs ved LMS, fra planlegging til gjennomføring og evaluering. Det kan bidra til bedre kvalitet på kurset og kanskje også bedre resultater for hver enkelt deltaker.

Dermed har jeg beskrevet tre prosesser som kan peke på en retning på vei til likevekt: Forbedring av tankemønstre, deltakelse i sosialt nettverk og opplevelse av anerkjennelse. De siste par årene er det foretatt norsk forskning innefor feltet læringstilbud til personer med sykelig overvekt. Forskningen er stipulert publisering i 2012. Det blir interessant å se om noen av oppgavens funn blir bekreftet eller ikke.

### **8.3 Forslag til videre forskning**

Det finnes ingen statistikk over hvor mange deltakere fra Startkurs i Østfold som har blitt fedmeoperert. Det kunne vært interessant å finne ut om noen som opprinnelig ønsket fedmekirurgi etter Startkurs har forandret mening i ettertid. Hvis det finnes noen som har forandret synspunkt, kan det kanskje tyde på at personene fikk innspill i Startkurs som gjorde at de greide å legge om livsstilen.

Selv om mye kan forstås ut fra positive tilbakemeldinger, bør det gjøres mer forskning i forhold til deltakere som ikke har fått til livsstilsendringer. Dette kan være med på å balansere funnene i denne oppgaven.

## Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Albritton, R. (2009). *Let them eat junk: how capitalism creates hunger and obesity*. London: Pluto Press.
- Alvesson, M. og K. Sköldbberg (2009). *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research*. London: Sage.
- Alvesson, M. (2011). *Interpreting interviews*. London: Sage.
- Angstringen (2010). *Selvhjelpsideologi* [online]. URL: <http://www.angstringen.no/les-mer/om-selvhjelp/selvhjelpsideologi> (15.10.10).
- Austvoll-Dalgren, A. m.fl. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring: En oppsummering av systematiske oversikter*. Rapport fra kunnskapssenteret 11:9. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Bacon, L. og L. Aphramor. (2011). Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift [online]. I: *Nutrition Journal*, 10 (1). URL: <http://www.nutritionj.com/content/10/1/9> (16.11.2011).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Birketvedt, G. S. (2008). *Med kroppen i hodet: bli arkitekten for din egen kropp*. Oslo: Versal.
- Bonsaksen, T. m.fl. (2011). Lærer å mestre sykkelig fedme. I: *Sykepleien*, 99(2), s.58-60.
- Bøckmann, K. og A. Kjellevoid (2010). *Pårørende i helsetjenesten: en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christakis, N. A. og J. H. Fowler (2009). *Connected: the amazing power of our social networks and how they shape our lives*. New York: Little, Brown and Co.
- Folkehelseinstituttet (2011). *Overvekt og fedme hos voksne - faktaark* [online]. URL: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trq=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:44465::1:5647:30:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trq=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:44465::1:5647:30:::0:0) (16.11.2011).
- Fugelli, P. og B. Ingstad (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grendstad, N. M. og G. J. Sandven (1986). *Å lære er å oppdage: prinsipper og praktiske arbeidsmåter i konfluent pedagogikk*. Oslo: Didakta.
- Haugli, L. og E. Steen (2001). *Kroniske muskel/skjelettsmerter og selvforståelse: utvikling og evaluering av en læringsmodell som vektlegger kroppen som meningsbærer*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.



- Helsedirektoratet (2009). *Prioriteringsveileder sykkelig overvekt* [online]. I. Oslo: Helsedirektoratet. URL: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00148/Prioriteringsveiled\\_14824\\_9a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00148/Prioriteringsveiled_14824_9a.pdf)
- Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. [online]. URL: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00325/IS-1735\\_Forebygging\\_325239a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00325/IS-1735_Forebygging_325239a.pdf) (16.11.2011).
- Helseregionene (2007). *Rapport: Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten. Voksne* [online]. URL: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport%20sykkelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf> (16.11.2011).
- Hofsø, D. m.fl. (2011). Beta cell function after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. I: *European Journal of Endocrinology*, 164(2), s.231-238.
- Holmene, G. (2010). *Kari er farlig for folks helse* [online]. Side2. URL: <http://www.side2.no/helse/article3003927.ece> (16.11.2011).
- Honneth, A. (2003). *Behovet for anerkendelse: en tekstsamling*. København: Hans Reitzel.
- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oslo: Pax.
- HSØ (2011). *Behandling av pasienter med sykkelig overvekt - endrede henvisningsrutiner fra 1.oktober 2011* [online]. URL: <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/nyheter/Sider/sykkelig-overvekt-nye-henvisningsrutiner.aspx> (16.11.2011).
- IMDi (2010). *Veileder for brukerundersøkelser* [online]. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. URL: <http://www.imdi.no/no/brukerundersokelser/> (16.11.2011).
- Ingvar, M. og G. Eldh (2011). *Hjernen styrer vekten din*. Oslo: Arneberg.
- Järvinen, M. (2005). Interview i en interaksjonistisk begrepsramme. I: Järvinen, M. m.fl. (red.) *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter*, s. 27-48. København: Reitzel.
- Kabat-Zinn, J. (2008). *Akkurat nå: bevisst tilstedeværelse i hverdagen*. Oslo: Arneberg.
- Kroese, A. (2003). *Stress*. Oslo: Aschehoug.
- Kvale, S. m.fl. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Le Besco, K. (2011). Neoliberalism, public health and the moral perils of fatness. I: Bell, K. m.fl. (red.) *Alcohol, tobacco and obesity: morality, mortality and the new public health*, s. 33-46. London: Routledge.

Lerdal, A. m.fl. (2011). Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. I: *Quality of Life Research*, 20(8), s.1187-1196.

Lorig, K. m.fl. (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease [online]. I: *Effective Clinical Practice* (Nov./Dec. 2001). URL: [http://www.acponline.org/clinical\\_information/journals\\_publications/ecp/novdec01/lorig.htm#authors](http://www.acponline.org/clinical_information/journals_publications/ecp/novdec01/lorig.htm#authors) (20.11.11).

Lorig, K. m.fl. (2008). *Å leve et friskere liv*. Oslo: Funksjonshemmedes studieforbund.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nauta, H., H. Hospers og A. Jansen (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. I: *British Journal of Health Psychology*, 2001(6), s.271-284.

NEM (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* [online]. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). URL: [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf) (20.11.11).

NESH (2010). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* [online]. Forskningsetiske komiteer. URL: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/> (20.11.11).

NKLMS (2011). *Arbeidsmåten i lærings- og mestringssentrene, standard metode* [online]. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. URL: [http://www.mestring.no/files/docs/Anbefalinger/Standard\\_metode\\_2011.pdf](http://www.mestring.no/files/docs/Anbefalinger/Standard_metode_2011.pdf) (20.11.11).

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter* [online] Lovdata. URL: [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasient\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasient*&&) (16.11.11).

Rugseth, G. (2010). *Overvekt som livserfaring: et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.

Steen, E. og L. Haugli (2007). *Når livet setter seg i kroppen: bevisstgjøring, muligheter, valg*. Oslo: Noras ark.

Strøm, A. og M. S. Fagermoen. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse - brukermedvirkning som samarbeidspartnere. I: Lerdal, A. m.fl. (red.) *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*, s. 63-79. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2008). *Veiledning: mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ulset, E., R. Undheim og K. Malterud (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? I: *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127(1), s.34-37.

Vifladt, E. H. og L. Hopen (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Wilkinson, R. og K. Pickett (2010). *The spirit level: why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.

Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.

## Vedlegg A – KMI og risiko for sykdom

Følgende tabell viser hvordan WHO klassifiserer KMI og risiko for sykdom

(Folkehelseinstituttet 2007):

<b>Klassifisering</b>	<b>KMI, kg/m<sup>2</sup></b>	<b>Sykdomsrisiko</b>
<i>Undervekt</i>	under 18,5	Lav for diabetes, økt for andre helseproblemer
<i>Normalvekt</i>	18,5-24,9	Lav
<i>Overvekt</i>	over 24,9	
- forstadium til fedme	25-29,9	Økt for diabetes
- moderat fedme	30-34,9	Økt for diabetes Økt dødelighet
- alvorlig fedme	35-39,9	Høy risiko for flere helseproblemer Økt dødelighet
- svært alvorlig fedme	over 39,9	Ytterligere økt helserisiko

## Vedlegg B - program for Startkurs 6 Sykehuset Østfold LMS, vinter 2009

Lærings- og mestringssenterets møterom, sykehuset i Sarpsborg, 3. et.

Kursleder: Helene Gulbrandsen Fast brukerrepresentant: Anitha Ervik

INTRODUKSJON TIL STARTKURS							
1	FREDAG	16. januar	10.00 – 10.45	pause	11.00 – 12.00	lunsj	12.25 – 13.00
			<b>Velkommen Introduksjon</b> Presentasjon av Startkurs, LMS, kursleder, fast brukerrepresentant og deltakerne.		<b>Presentasjon av forstudie "Forskning om læring og mestring"</b> Ved seniorforsker May S. Fagermoen  Utfylling av spørreskjema.		<b>Utfordringer ved overvekt</b>  <b>Introduksjon til handlingsplan</b> – et verktøy som hjelp til selvhjelp.

ENDRING AV VANER							
2	FREDAG	23. januar	10.00 siden sist	pause	11.00 - 12.00	lunsj	12.30 - 13.00
			<b>10.15 – 10.45</b> <b>Handlingsplan</b> ved Helene.		<b>Livsstilsendring</b> ved Per M. Axelsen		<b>Livsstilsendring</b> forts.

KOGNITIV BEHANDLING							
3	FREDAG	30. januar	10.00 siden sist	pause	11.00 - 1130	lunsj	12.00 – 13.00
			<b>10.10 – 10.45</b> <b>Tilbakemelding på handlingsplan</b> ved Helene		<b>"Hvorfor er det så vanskelig"</b> ved Anitha		<b>Kognitiv behandling av fedme</b> ved lege Faris Abbas

MAT OG SPISEVANER										
4	FREDAG	6. februar	10.00 siden sist	10.10 – 11.00	pause	11.15 – 12.00	lunsj	12.30 – 13.15	pause	13.30- 14.00
			Mat og spisevaner ved ernæringsfysiolog Kine Tangen	Næringsstoffer og energi ved ernæringsfysiolog.	Erfaringsutveksling Mat og spisevaner	Avspenning ved Helene				

**HUSK 5. kursdag: Kurssted 27. februar:** Friskis & Sveltis i Fredrikstad

FYSISK AKTIVITET OG VEIEN TIL LIKEVEKT										
5	FREDAG	27. februar	10.00 siden sist	10.15 – 11.00	pause	11.15 – 12.00	lunsj	12.30 – 13.15	pause	13.25 - 14.00
			Fysisk aktivitet - fordeler og muligheter ved fysioterapeut Nan Vold	Fysisk aktivitet - praktiske øvelser ved fysioterapeut	Friskis & Sveltis Omvisning	"Veien til et lettere liv" ved Håkon Godø		Forts.... "Veien til et lettere liv"		

YOGA. VALG OG RESSURSER										
6	FREDAG	13. mars	10.00 - 10.10	10.15 – 11.15	en kort spasertur	10.15 – 11.15	gå tilbake og lunsj	11.45 - 13.00	pause	13.15 - 14.00
			Siden sist (Oppmøte vanlig sted, Lærings- og mestringssenteret i sykehuset.)	Yoga og avspenning ved yogalærer Line Minge (ta gjerne med hodepute) Oskarsgate 72 inngang Glengsgate.		"Veien til et lettere liv" - selvhjelp ved Håkon Godø		Brukerpanel Erfarne brukere kommer og forteller om sine erfaringer og utfordringer.		

ERFARINGSUTVEKSLING OG BASSENGTRENING									
7	FREDAG	27. mars	10.00 - 10.45	Pause	11.00 – 11.30	kjøring til Blekkspruten	12.00 - 13.00	pause	13.15 - 14.00
			Erfarings- utveksling.  Dårlig samvittighet		Selvilde ved Helene		Blekkspruten  Bassengtrening med instruktør.  Husk badetøy!!		Blekkspruten  Grupperom

AKER-DAG									
8	ONSDAG	1. april	10.00 – 10.40	pause	10.55 – 11.35	lunsj	12.00 -	pause	- 14.00
			Rehabiliterings- institusjon		Rehabiliterings- institusjon		Medikamentell og medisinsk behandling ved Grethe Støa Birketvedt og Babak Irandoust		Forts. Medikamentell behandling

AKER-DAG									
9	FREDAG	3. april	10.00 - 10.40	pause	10.55 - 11.35	lunsj	12.00 -	pause	- 14.00
			Rehabiliterings- institusjon		Rehabiliterings- institusjon		Informasjon om kirurgi ved kirurg		Forts. kirurgi

VEIEN VIDERE – KURSAVSLUTNING									
10	FREDAG	17. april	10.00 – 10.30	pause	10.45 – 11.45	lunsj	12.15 – 13.15	pause	13.30 - 14.00
			Selvhjelp og selvhjelps- grupper ved LMS og Anitha		Brukerpanel "Utfordringer"  Erfarne brukere kommer og deler sine erfaringer.		Oppsummering		Evaluering av kurset  Kursavslutning

MERK: Endringer i programmet underveis kan forekomme. Beskjed vil i så fall bli gitt.

Vær forberedt på neste gangs program.

Rehabiliteringsinstitusjoner er: Tonsåsen, NIMI, Friskvernklubben og Evjeklinikken.

# Vedlegg C – godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Torbjørn Herlof Andersen  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Høgskolen i Gjøvik  
Postboks 191  
2802 GJØVIK

Vår dato: 15.02.2011

Vår ref: 26158 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.01.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26158	<i>Livet etter Startkurs</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Torbjørn Herlof Andersen
Student	Christine Mathiesen

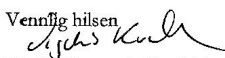
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingene av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Christine Mathiesen, Peer Gyntsvai 5, 1605 FREDRIKSTAD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svarna@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-ame.andersen@uit.no



## Vedlegg D – brev til utvalg



Vår dato: 31.03.2011

### **FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I INTERVJUUNDERSØKELSE**

Du har tidligere deltatt i ”Startkurs på vei mot likevekt” ved Lærings- og mestringssenteret i Sykehuset Østfold. En av våre ansatte som er student ved Høgskolen i Gjøvik, skal skrive en masteroppgave om deltakernes erfaringer med ”Startkurs”. I den forbindelse mottar du dette brevet med forespørsel om du kunne tenke deg å delta i en intervjuundersøkelse.

Deltakelse i undersøkelsen er helt frivillig. Vedlagt finner du et informasjonsskriv om intervjuundersøkelsen.

Ta kontakt med sekretær Christine Mathiesen ved Lærings- og mestringssenteret dersom du har noen spørsmål om intervjuundersøkelsen. Hun treffes på telefon 69 86 30 59 mandag, tirsdag og torsdag kl. 08.30 – 14.30 og på e-post [christine.mathisen@so-hf.no](mailto:christine.mathisen@so-hf.no)

Med vennlig hilsen  
for Lærings- og mestringssenteret

Ingunn Olsen  
seksjonsleder

## Vedlegg E - informasjonsskriv

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet "Livet etter Startkurs"

#### Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som skal vurdere kurstilbudet "Startkurs – på vei mot likevekt", som arrangeres ved Lærings- og mestringssenteret i Sykehuset Østfold. Du er valgt ut fordi du tidligere har deltatt på dette kurset. Hovedansvarlig for studien er Høgskolen i Gjøvik ved mastergradsstudent Christine Mathiesen.

#### Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du blir intervjuet av Christine Mathiesen. Intervjuet vil bli spilt inn på lydopptaker og tar maksimalt 1,5 time.

#### Mulige fordeler og ulemper

Studiens mulige fordeler er at det blir innsamlet informasjon som gjør at kurstilbudet "Startkurs på vei til likevekt" kan forbedres. Det vil komme til nytte for fremtidige deltakere. Mulige ulemper er at du kan oppleve en intervjusituasjon som kjedelig, ubehagelig eller lite interessant.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede opplysninger om deg bli anonymisert. Hvis du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder Christine Mathiesen på mobiltelefon 95 97 60 12 eller e-post [guttomat@online.no](mailto:guttomat@online.no)

Du kan også kontakte hennes veileder ved Høgskolen i Gjøvik, Torbjørn Herlof Andersen på tlf. 61 13 53 43 eller e-post [torbjorn.andersen@hig.no](mailto:torbjorn.andersen@hig.no)

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S.

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer (side 2).**

**Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring (side 4).**

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

## **Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer**

### **Kriterier for deltakelse**

For å delta i denne studien må du ha vært deltaker på "Startkurs på vei mot likevekt" i Sykehuset Østfold. Det må helst ha gått minst ett år siden du avsluttet kurset.

### **Bakgrunnsinformasjon om studien**

Lærings- og mestringssenteret i Sykehuset Østfold har siden 2007 arrangert "Startkurs – på vei mot likevekt" som er et obligatorisk forberedelseskurs i forhold til overvektskirurgi i Helse Sør-Øst. På hvert kurs deltar ca 20 personer med sykkelig overvekt. Det vil si at personene har en kroppsmasseindeks på over 35 kg/m<sup>2</sup>. Kurset består av ti kursdager med fire timer hver gang, totalt 40 timer. Hensikten er at deltakerne skal bli i stand til å finne frem til riktig behandlingsmetode og håndtere utfordringer som overvektsbehandlingen innebærer. Kurset inneholder en blanding av faglig informasjon, praktiske øvelser, gruppeoppgaver og tid til refleksjon. Fagpersoner og brukere holder innlegg. Brukere er i denne sammenhengen personer som selv har erfaring med overvektsbehandling. Deltakerne blir kjent med andre i samme situasjon og inkluderes i et støttende nettverk. Kurset ledes av en veileder og en fast brukerrepresentant. Hovedtemaene i kurset er fysisk aktivitet, behandlingsmetoder, selvhjelp og kosthold.

I perioden januar 2007 til desember 2010 har ca 200 personer fullført "Startkurs - på vei mot likevekt" ved Sykehuset Østfold. Som ledd i et kontinuerlig kvalitetsutviklingsarbeid så ønskes noen av deltakernes erfaringer med kurset. I studien skal derfor seks til åtte deltakere intervjues. Deretter vil funnene sammenliknes med en spørreundersøkelse foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring om det samme kursopplegget.

Metoden som skal brukes for å forsøke å få tak i deltakernes erfaringer er kvalitativt forskningsintervju. Gjennom dybdeintervju kan data komme fram om hvordan den enkelte opplever hverdagen etter kurset og informasjon i forhold til kvalitetssikring av selve kurstilbudet.

### **Undersøkelser**

Det skal ikke foretas noen undersøkelser utover intervjuet.

### **Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?**

Dette informasjonsskrivet er sendt til deg fra Lærings- og mestringssenteret ved Sykehuset Østfold. Dersom du ønsker å delta i studien, må du skrive under på side 4 og sende den siden i vedlagte, ferdig frankerte og adresserte konvolutt i posten innen 15. april 2011.

Når Lærings- og mestringssenteret har mottatt brevet ditt, vil de gi opplysningene til prosjektleder Christine Mathiesen. Hun ringer til deg og avtaler tid og sted for intervjuet. Du bestemmer hvor intervjuet skal finne sted, og til hvilken tid. Intervjuet bør imidlertid finne sted innen 15. juni 2011.

Etter at intervjuet er gjennomført, kan det hende Christine Mathiesen kontakter deg på telefon hvis det er behov for å klargjøre noe av det som har kommet fram i intervjuet.

Du vil få tilbud om å lese gjennom det som har blitt nedskrevet om ditt intervju før det publiseres, slik at du kan komme med kommentarer dersom du har det.

### **Mulige fordeler**

Forbedring av kurstilbudet for framtidige deltakere.

### **Mulige ubehag/ulemper**

At intervjusituasjonen oppleves som kjedelig, ubehagelig eller lite interessant.

### **Studiedeltakerens ansvar**

Du har ansvar for å si fra dersom du ønsker å endre avtalt tidspunkt for intervju eller dersom du ønsker å trekke deg fra studien.

### **Eventuell kompensasjon til og dekning av utgifter for deltakere**

Ingen.

## **Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring**

### **Personvern**

Opplysninger som registreres om deg er navn, adresse, telefonnummer, kjønn, fødselsdato og datoen da du fullførte "Startkurs".

### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Studien skal ferdigstilles innen 15. desember 2011, og datamaterialet blir da anonymisert.

### **Forsikring**

Ingen forsikringsordning.

### **Informasjon om utfallet av studien**

Du har rett til å få informasjon om utfallet / resultatet av studien.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
Signert av prosjektdeltaker (deg), dato

Prosjektdeltakers (ditt) telefonnr.

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
Signert, prosjektleder, dato

Send denne siste siden (side 4) i vedlagte konvolutt i posten til:

Sykehuset Østfold HF  
Lærings- og mestringssenteret  
1603 Fredrikstad

## Vedlegg F - intervjuguide

### Intervjuspørsmål

1. Hvordan syntes du det var å delta i "Startkurs"?
2. Hva lærte du i kurset?

(Forsknings spørsmål for spørsmål 3-4

Har kurset ført til at deltakeren har innarbeidet noen nye, helsefremmende vaner? )

3. Det er jo flere temaer i kurset, og jeg ønsker at vi snakker om de ulike temaene. Jeg ønsker at vi starter med kosthold. Kan du fortelle meg litt om kostholdet ditt nå?
4. Neste tema er fysisk aktivitet. Kan du fortelle meg om litt om det?

(Forsknings spørsmål for spørsmål 5-7

Har deltakelse i kurset ført til endringer i forhold til:

- sosialt liv? - selvfølelse og egenverdi? - synet på egen kropp? )

5. Har kurset ført til noen forandringer i ditt sosiale liv?
6. Så ønsker jeg at vi snakker litt om selvfølelse. Husker du om du har opplevd noen endringer her?
7. Neste tema er synet på egen kropp. Hvordan opplever du din egen kropp nå?
8. Hva kan ellers (utenom kurset) ha påvirket endringene?

(Forsknings spørsmål for spørsmål 9

Hvordan opplevde deltakeren at nære pårørende ikke var inkludert i kurset?)

9. Hvordan vil du beskrive fraværet av familie og venner som deltakere i kurstilbudet?
10. Hvordan vil du ellers beskrive kurset?

Hva var bra?

Kunne du tenke deg at noe kunne vært gjort annerledes?

11. Hva ønsker du å tilføye til det vi har snakket om i dag?