

Motiverende intervju ved overvekt og fedme

Kandidatnummer: 494
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8995
Dato: 12/04/21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12/04/21
Tittel: Motiverende intervju ved overvekt og fedme	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke erfaringer har personer med overvekt og fedme med motiverende intervju for å gjennomføre livsstilsendringer?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Teori om overvekt og fedme og hvilke konsekvenser dette kan ha for personers helse og livskvalitet presenteres. Videre utdypes temaene brukermedvirkning, empowerment, autonomi og mestringstro. Verdigrunnet i motiverende intervju og hvordan en motiverende samtale foregår presenteres. Det utdypes hvordan sykepleieren kan utøve sin helsefremmende og forebyggende funksjon overfor denne brukergruppen og hvilke etiske og juridiske rammer sykepleieren arbeider innenfor.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave, der eksisterende faglitteratur og 4 forskningsartikler benyttes for å besvare problemstillingen. Jeg har søkt i blant annet CINAHL og PsychINFO, med søkeordene «Motivational Interviewing», «Obesity», «Life Style Changes», «Weight Loss», «Health Behavior», «Weight Reduction Programs» og «Experiences».</p> <p><u>Drøfting:</u> Erfaringene med motiverende intervju diskuteres opp mot teoretiske, etiske og juridiske aspekter. Relasjonen mellom bruker og behandler trekkes frem som sentral for endringsprosessen. Forskning viser at denne relasjonen er nært knyttet til brukernes behandlingsresultat. Deltakerne opplever at de i stor grad blir lyttet til og forstått under MI-intervensjonen. Personer med overvekt og fedme har behov for støtte for å endre livsstilen, ikke informasjon om kosthold og fysisk aktivitet. Mange opplevde å få den støtten de behøvde under MI-intervensjonen. Deltakerne oppga at de ble ansett som ekspert på seg selv, og at intervensjonen fremmet empowerment og mestringstro. Flere deltakere sier at nære relasjoner kunne være en hindring, og at det var nyttig å ha en utenforstående å snakke med.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Samlet tyder funnene i denne oppgaven på at personer med overvekt og fedme har gode erfaringer med MI ved livsstilsendringer. De opplever å bli møtt med empati og respekt, at de får støtte, blir lyttet til og forstått, og at samtalene øker personenes selvtillit og mestringstro.</p>	

(Totalt antall ord:286)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Kontekst	2
1.2	Avgrensninger	2
1.3	Begrepsavklaringer	2
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Overvekt og fedme	4
2.1.1	Årsaker til overvekt og fedme	4
2.1.2	Konsekvenser av overvekt og fedme	5
2.2	Brukerperspektivet	6
2.2.1	Brukermedvirkning, autonomi og empowerment	6
2.2.2	Mestringstro.....	7
2.3	Motiverende intervju	7
2.3.1	Verdigrunnlag	8
2.3.2	Fasene i MI-samtalen.....	8
2.3.3	Ambivalens, endringsnakk, status quo-snakk og korrigeringsrefleksen	9
2.4	Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon	9
2.4.1	Personsentrert sykepleie og personlig, profesjonell sykepleie	10
2.5	Etiske og juridiske rammer.....	10
3	Metode	12
3.1	Søkehistorikk.....	12
3.1.1	Valg av faglitteratur.....	12
3.1.2	Valg av forskningslitteratur	13
3.2	Kildekritikk	14
3.3	Etiske overveielser	15
4	Presentasjon av forskningsresultater	16
5	Diskusjon.....	19
5.1	Å leve med overvekt og fedme	19
5.2	Relasjon mellom bruker og behandler.....	20
5.3	Ikke-dømmende holdning, empati og aktiv lytting	21
5.4	Støtte, ikke råd eller informasjon	23
5.5	Empowerment, brukeren som ekspert på seg selv og mestringstro	25
5.6	Sosiale relasjoner som en ressurs og en barriere	27
6	Avslutning og konklusjon	29
	Referanseliste	30

1 Innledning

Overvekt og fedme er et økende problem i samfunnet. I Norge har nærmere 75 % av menn og 60 % av kvinner overvekt eller fedme, og det har vært en økende trend de siste tiårene (Folkehelseinstituttet, 2017). Personer med overvekt og fedme har økt risiko for en rekke sykdommer, som hjerteinfarkt, hjerneslag, hypertensjon, diabetes type 2, psykiske lidelser og flere typer kreft (Helsedirektoratet, 2010). Aamo et al. (2019) har anslått den samfunnsøkonomiske kostnaden av overvekt og fedme til over 170 milliarder kroner per år. Videre anslår de at overvekt og fedme forårsaker dobbelt så mange dødsfall som alkohol og rusmidler til sammen.

I Folkehelsemeldingen er det satt som mål å stoppe økningen i fedme i perioden 2010-2025 (Meld. St. 19 (2018-2019)). Til tross for dette har andelen med fedme økt siden 2010. Dette skyldes bl.a. redusert mengde fysisk aktivitet og kostholdsendringer i samfunnet. For å stoppe utviklingen er det behov for en samlet forebyggingsinnsats på tvers av ulike etater (Meld. St. 19 (2018-2019)). Ved å redusere risikofaktorer for livsstilssykdommer, kan mye fremtidig helsetap unngås (Mæland, 2016, s. 16-23). Helsefremming og forebygging av livsstilssykdommer er derfor svært viktig.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Å hjelpe personer med overvekt og fedme med livsstilsendringer er derfor en del av sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon. En metode for å hjelpe personer med dette, er motiverende intervju (heretter MI). Metoden handler om å øke personers motivasjon for endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 39). Flere studier viser at MI øker vektnedgangen hos personer med overvekt og fedme (Armstrong et al., 2011; Barnes & Ivezaj, 2015; Patel et al., 2019). Metoden er i utstrakt bruk i Norge i dag (Helsedirektoratet, 2019).

Innen MI er det brukernes opplevelser og ressurser som står i fokus (Miller & Rollnick, 2016, s. 42-43). Dette er i tråd med utviklingen i helsetjenestene de senere årene, med økt fokus på brukervedvirkning, autonomi og styrking av brukernes ressurser. Brukererfaringer har dessuten blitt en integrert del av kvalitetsforbedring, virksomhetsstyring, legitimering og

kontroll av helsetjenestene de siste tiårene (Helsebiblioteket, 2018). På bakgrunn av dette, ønsker jeg å se nærmere på hvilke erfaringer personer med overvekt og fedme har med MI ved livsstilsendringer. Ved å se på personenes erfaringer vil jeg få innsikt i hvordan MI oppleves, og kan bruke dette for å tilpasse og kvalitetssikre min egen praksis. Dessuten er det interessant å utforske personenes erfaringer for å få et innblikk i hvorfor eller hvorfor ikke MI kan være en egnet intervensjon hos personer med overvekt og fedme. Jeg har formulert følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har personer med overvekt og fedme med motiverende intervju for å gjennomføre livsstilsendringer?»

1.1 Kontekst

Sykepleieren møter personer med overvekt og fedme i mange settinger. Jeg har valgt å fokusere på frisklivssentralen. En frisklivssentral er et kommunalt tilbud der man kan få hjelp til å endre levevaner og mestre utfordringer knyttet til helsen sin. MI er i utstrakt bruk på frisklivssentralene (Helsedirektoratet, 2019). Bakgrunnen for at jeg har valgt frisklivssentralen er fordi jeg ønsker å se på hvordan sykepleieren kan utøve sin helsefremmende og forebyggende funksjon for å hjelpe disse menneskene før tilstanden blir så alvorlig at de får tilleggssykdommer eller behov for mer inngripende behandling.

1.2 Avgrensninger

I denne oppgaven fokuserer jeg på voksne mellom 18-65 år med overvekt og fedme, siden jeg som sykepleier med grunnutdanning ikke kommer til å være den som hjelper barn og unge med overvektsproblematikk. Jeg ser bort fra eventuelle tilleggssykdommer og ser på vektproblemene isolert.

1.3 Begrepsavklaringer

Kroppsmasseindeks (KMI): KMI er en parameter som brukes til å vurdere kroppsvekt i forhold til høyde.

$$KMI = \frac{\text{vekt (kg)}}{\text{høyde (m)}^2}$$

WHO (2000) definerer følgende vektkategorier basert på KMI:

Tabell 1.1: Vektkategorier basert på KMI

Kategori	KMI
Normalvekt	18,5-24,9
Overvekt	25-29,9
Fedme grad 1	30-34,9
Fedme grad 2	35-39,9
Fedme grad 3	40 eller høyere

I denne oppgaven omtaler jeg derfor $KMI \geq 25$ som overvekt og $KMI \geq 30$ som fedme.

Motiverende intervju: Motiverende intervju er en samarbeidsorientert samtalem metode som har til hensikt å styrke personers egen motivasjon og forpliktelse til endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 39).

Livsstilsendringer: Livsstil kan defineres som et samlebegrep som omfatter enkeltpersoners levevaner som døgnrytme, kosthold, seksualliv, alkohol- og tobakksbruk, fysisk aktivitet, arbeidsforhold, og sosialt liv (Nylenna, 2009, referert i Aarø & Klepp, 2017). Endringer i disse faktorene omtales som livsstilsendringer. I denne oppgaven vil livsstilsendringer i hovedsak knytte seg til endringer i kosthold og fysisk aktivitet.

Bruker: I denne oppgaven omtaler jeg personene som mottar helsehjelp for brukere. Bakgrunnen for dette er at de er brukere av et helsetjenestetilbud, og det er denne terminologien som brukes på frisklivssentralene i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Gjennom oppgaven omtales brukeren som «han» og sykepleieren som «hun» for å tydeliggjøre skillet.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet ser jeg nærmere på hva som forårsaker overvekt og fedme og hvilke konsekvenser det kan ha for en persons helse og livskvalitet. Videre utforsker jeg begrepene brukermedvirkning, autonomi, empowerment og mestringstro, siden disse er sentrale innenfor helseveiledning og livsstilsendringer. Deretter presenterer jeg teori knyttet til MI, og beskriver hvordan sykepleieren kan utøve sin helsefremmende og forebyggende funksjon overfor personer med overvekt og fedme. Til slutt går jeg gjennom de etiske og juridiske rammene sykepleieren arbeider innenfor.

2.1 Overvekt og fedme

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at flertallet av voksne i Norge har enten overvekt eller fedme. Hoveddelen av disse har overvekt, og om lag 23 % har fedme (Folkehelseinstituttet, 2017). Forekomsten av fedme i Norge er høyere enn gjennomsnittet for europeiske land, i motsetning til de andre nordiske landene som ligger under gjennomsnittet (Aamo et al., 2019). Aamo et al. (2019) kaller overvekt og fedme for en av de mest kostbare folkesykdommene i Norge, på bakgrunn av beregninger av sykdomsbyrden for den enkelte, helsetjenestekostnader og kostnader knyttet til tapt arbeidsinnsats grunnet sykdom og uførhet.

2.1.1 Årsaker til overvekt og fedme

Det er ikke helt kjent hva som er årsaken til overvekt og fedme, men det ser ut til å være et komplekst forhold mellom biologiske, psykososiale og atferdsmessige faktorer (Apovian, 2016). Disse inkluderer genetik, sosioøkonomisk status og kulturell påvirkning. I tillegg har samfunnet vært i stor endring de siste tiårene. Mengden fysisk hverdagsaktivitet er kraftig redusert, og nordmenns kostholdsvaner har endret seg. Porsjonsstørrelsene har økt, samtidig som energitette måltider, godteri og snacks er mer tilgjengelig (Helsedirektoratet, 2010).

På et individuelt nivå har psykologiske og fysiologiske forhold stor betydning. Overvekt og fedme kan ha sammenheng med forhold som mobbing, traumer eller overgrep (Helsedirektoratet, 2010). Videre kan oppvekstvilkår, relasjoner og tilbaketrekning fra sosiale aktiviteter bidra til vektøkning. Det er også en tydelig sammenheng mellom overvekt og sosioøkonomiske forhold som utdanningsnivå, etnisk bakgrunn og inntektsnivå (Groven & Rugseth, 2016, s. 271). Ulike genetiske forutsetninger gir mennesker ulik sårbarhet for

overvekt og fedme. Helsedirektoratet (2010) viser til at mange fedmerelaterte gener er identifisert, og at disse har en sterk korrelasjon med KMI. Dette innebærer at genene «tillater» at kroppen kan bli overvektig, mens det er omgivelsene, kosthold og livsstil som bestemmer hvorvidt man blir det (Sortland, 2015, s. 193). Sortland (2015, s. 193) påpeker imidlertid at det er omgivelsene, ikke genene, som har endret seg de siste tiårene.

Rent biologisk styres kroppens fettmasse via signaler fra fettvev, fordøyelsessystemet og andre organer som bearbeides i sentralnervesystemet (Sortland, 2015, s. 194). Kroppen skiller ut sultstimulerende og metthetsregulerende signalstoffer for å regulere appetitten, og målet er at fettvevet ikke skal reduseres over tid (Barth et al., 2013, s. 29). Når en overvektig person forsøker å gå ned i vekt vil signalstoffene bidra til lavere forbrenning, sterkere opplevelse av sult og sterk trang til å spise. Anstrengelsen for å gå ned i vekt blir derfor motarbeidet av biologiske feedbacksystemer i kroppen (Groven & Rugseth, 2016, s. 269). I tillegg kan noen ha en hyperaktivitet i de områdene i hjernen som prosesserer impulser fra mat, noe som kan gjøre at stimuli fra mat gir en dopaminfrigjøring i belønningssentrene i hjernen som kan sammenlignes med de en rusmiddelmissbruker opplever (Helsedirektoratet, 2010). Disse personene vil oppleve at matstimuli demper emosjonelt vanskelige situasjoner. Utover dette er det mange andre faktorer som kan påvirke kroppsvekten, som søvnmangel, legemidler, sykdommer eller hvilken tarmflora man har (Apovian, 2016).

2.1.2 Konsekvenser av overvekt og fedme

Overvekt og fedme disponerer for en rekke sykdomstilstander, bl.a. diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, slag, sykdom i galleblæren, søvnapne, osteoporose, enkelte krefttyper, revmatoid artritt, muskel- og leddplager, psykiske lidelser, urinsyregikt, stressinkontinens, brokk, åreknuter og infertilitet (Sortland, 2015, s. 193). Potensialet for å forebygge fremtidig helsetap og lidelse hos personer med overvekt og fedme er derfor stort.

I tillegg til økt risiko for somatisk og psykisk sykdom, er det dokumentert at personer med fedme har lavere livskvalitet enn normalvektige (Kolotkin & Andersen, 2017). Det oppleves smertefullt å falle utenfor den aksepterte normen for kropp og utseende (Furnes et al., 2020). Mange opplever at de har redusert fysisk kapasitet og at vekten er en hindring i arbeidssituasjonen og i det sosiale livet. Videre kan det være mye skam knyttet til å leve med overvekt og fedme (Rand et al., 2017). Furnes et al. (2020) viser til at personer med fedme

ofte føler seg mislykket som menneske, og at de opplever at andre ser ned på dem. Flere oppgir at de har et behov for å skjule kroppen, noe som gjør at de føler at de ikke fullt ut kan være seg selv. Mange tror at andre oppfatter dem som mindre begavet eller klok fordi de ikke klarer å opprettholde en normal vekt. Videre opplever mange en kontinuerlig indre kamp om egen verdighet som menneske fordi de stadig må forholde seg til det ytre blikket. På et samfunnsmessig plan, opplever mange stigma knyttet til å være overvektig eller ha fedme (Groven & Rugseth, 2016, s. 273). Dette stigmaet blir kommunisert både verbalt og gjennom kroppsspråk (Rand et al., 2017). Mange opplever at de får ekstra blikk, og at vektens synlighet gjør det ubehagelig å være ute i offentligheten (Christiansen et al., 2012).

2.2 Brukerperspektivet

For å hjelpe personer med overvekt og fedme med livsstilsendringer er brukerperspektivet sentralt. Sykepleieren skal ikke presse andre til å endre livsstil, men kan være en ressurs for personer som selv ønsker å gjøre endringer. I dette kapitlet ser jeg nærmere på hvordan sykepleieren kan fremme brukermedvirkning, autonomi og mestringstro hos brukeren, og styrke hans ressurser til å nå de målene han setter for seg selv.

2.2.1 Brukermedvirkning, autonomi og empowerment

Ifølge Tveiten (2016, s. 22) er det særlig to forhold som er viktig innen helseveiledning; synet om at hver enkelt er ekspert på seg selv og brukerens medvirkning. Brukermedvirkning går ut på at brukeren anses som en likeverdig samarbeidspartner i beslutninger som angår han. Dette er en lovfestet rettighet, som omtales nærmere i kapittel 2.5. Brukermedvirkning er nært knyttet til begrepet empowerment, som innebærer at en person oppnår større kontroll over beslutninger som gjelder egen helse og at han får økt kapasitet til å ta egne valg (Tveiten, 2016, s. 27).

Empowermentprosessen kan forstås som samhandlingen mellom bruker og behandler, der målet er utvikling av brukerens mestringskompetanse (Tveiten, 2016, s. 31). Denne samhandlingen tar utgangspunkt i brukermedvirkning og anerkjennelse av brukerens kompetanse på seg selv. Videre handler empowermentprosessen om å styrke den enkeltes ressurser og muligheter, og at relasjonelle aspekter som tillit, anerkjennelse og trygghet ivaretas i samhandlingen (Tveiten, 2016, s. 32). Innen empowermenttankegangen må

behandleren endre oppfatningen av sin egen rolle, ved å behandle brukeren som en likeverdig samarbeidspartner, støtte og styrke brukeren og se brukeren som ekspert på seg selv (Tveiten, 2016, s. 33). Å være ekspert på seg selv innebærer ikke nødvendigvis at brukeren alltid vet hva som er hans eget beste eller hva han trenger av faglig bistand. Å være ekspert på seg selv innebærer at brukeren vet best hvordan han opplever ting, hvordan han tenker og hva han opplever å trenge (Tveiten, 2016, s. 34).

2.2.2 Mestringstro

Når sykepleieren inviterer brukeren til å delta i beslutningsprosessen og finne egne løsninger kan dette styrke brukerens tro på seg selv (Tveiten, 2016, s. 39). Følelser av resignasjon og likegyldighet kan være fremtredende hos personer med overvekt og fedme, og for å støtte brukeren i en endringsprosess og øke hans autonomi må behandleren bygge opp personens mestringstro (Christiansen, 2020, s. 194). Bandura (1997, s. 3) definerer mestringstro som en persons tro på egne evner til å organisere og utøve handlinger som kreves for å oppnå ens mål. Med andre ord er mestringstro en persons tro på egne evner og muligheter for å lykkes (Christiansen, 2020, s. 199). Bandura (1997, s. 79) viser til at en persons mestringstro utvikles og påvirkes av de erfaringene man får gjennom livet. Dersom man har lav mestringstro vil man se på utfordringer som noe negativt som må unngås. Dersom man derimot har stor grad av mestringstro vil man se på utfordringer som oppgaver som kan mestres. For å lykkes med livsstilsendringen er det viktig at brukeren ser på endringen som noe han kan mestre, og sykepleieren bør derfor bygge opp brukerens mestringstro for å hjelpe ham med endringen.

2.3 Motiverende intervju

På frisklivssentralene i Norge benyttes MI for å hjelpe personer med å endre livsstil (Helsedirektoratet, 2019). MI er en samtalemetode der målet er å styrke en persons indre motivasjon og forpliktelse overfor en endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 39). Innen MI er brukerens syn på situasjonen i fokus. For å støtte pasienten til å gjennomføre en endring, forsøker man å la pasienten «overtale seg selv» til endring og man arbeider med å styrke pasientens autonomi (Miller & Rollnick, 2016, s. 201).

Flere systematiske oversiktsartikler konkluderer med at MI har god effekt ved overvekt og fedme (Armstrong et al., 2011; Barnes & Ivezaj, 2015; Patel et al., 2019). Personer som har

deltatt i motiverende samtaler opplever at de blir myndiggjort, i stand til endring og at de blir mer optimistisk. Videre oppgir mange at de føler seg godtatt, respektert, og at de blir forstått og lyttet til (Miller & Rollnick, 2016, s. 38).

2.3.1 Verdigrunnlag

Verdigrunnlaget i MI er et sett med holdninger, definert av Miller og Rollnick (2016, s. 42-48) som partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling. Partnerskap viser til den samarbeidende og likeverdige relasjonen i samtalen, og at MI gjøres for og sammen med en person. Brukeren er ikke en passiv mottaker av helsehjelp, han er ekspert på seg selv og behandleren er hans følgesvenn (Miller & Rollnick, 2016, s. 42-43). Aksept beskriver den empatiske og aksepterende atmosfæren i samtalen. Aksept innebærer at man verdsetter det enkelte menneskets indre verdi og potensial, at man viser aktiv interesse for å forstå den andres perspektiv, at man respekterer brukerens autonomi og at man anerkjenner den andres styrker og innsats (Miller & Rollnick, 2016, s. 44-45). Medfølelse går ut på å fremme den andres ve og vel, og om å prioritere den andres behov (Miller & Rollnick, 2016, s. 47). Den siste delen av holdningssettet er fremkalling. Fremkalling går ut på finne personens styrker og det han trenger for å gjennomføre endringen. Altså skal behandleren lokke frem noe som allerede finnes i brukeren, behandleren skal ikke tilføre noe som mangler (Miller & Rollnick, 2016, s. 47-48).

2.3.2 Fasene i MI-samtalen

En motiverende samtale består av fire faser som sklir over i hverandre, overlapper og gjentas flere ganger. Første fase er å engasjere, deretter kommer fasene fokusere, fremkalle og planlegge (Miller & Rollnick, 2016, s. 54). Den første fasen handler om å etablere en gjensidig samarbeidsrelasjon mellom behandleren og brukeren. Deretter fokuserer man samtalen inn på temaet brukeren ønsker å snakke om. I denne fasen etablerer og opprettholder man retningen for samtalen. I fremkallingsfasen arbeider man med å vekke brukerens indre motivasjon for endring ved å få brukeren til å sette ord på argumentene for endring. Når motivasjonen er sterk nok, går man over i planleggingsfasen der brukeren begynner å konkretisere endringen, som når og hvordan den skal gjennomføres (Miller & Rollnick, 2016, s. 54-59).

2.3.3 Ambivalens, endringssnakk, status quo-snakk og korrigeringsrefleksen

De fleste som vurderer å gjennomføre en endring har ambivalente følelser knyttet til det. Man ser både fordeler og ulemper med den etablerte atferden, og fordeler og ulemper knyttet til endringen man vurderer å gjennomføre. Man både vil og vil ikke endre atferden, på en og samme tid (Miller & Rollnick, 2016, s. 32). Personer med ambivalente følelser snakker ofte på to ulike måter, og innen MI kalles utsagnene som støtter endringen for endringssnakk, mens personens argumenter for ikke å endre atferden kalles status quo-snakk (Miller & Rollnick, 2016, s. 33). I en MI-samtale ønsker behandleren å fremkalle og utforske endringssnakk for å legge til rette for at personen kan overtale seg selv til endring. Dette innebærer imidlertid ikke at man skal overse status quo-snakk, da det ville bryte med grunnholdningen i MI om aksept (Miller & Rollnick, 2016, s. 202). Status quo-snakk møtes med lytting og respekt og tas inn som en del av totalbildet.

Den ambivalente personen har som regel alle relevante argumenter både for og mot endring, og det er derfor ikke nødvendig eller nyttig at behandleren argumenterer for hvorfor endringen bør gjennomføres. Tvert imot kan dette føre til at den ambivalente personen vil argumentere mot endringen for å forsvare seg selv og hvorfor han ikke har gjennomført endringen enda (Miller & Rollnick, 2016, s. 33-34). Når behandleren argumenterer for at endringen bør gjennomføres, kalles for korrigeringsrefleksen. Korrigeringsrefleksen innebærer at behandleren med de beste intensjoner inntar en styrende stil for å få brukeren til å endre atferd (Miller & Rollnick, 2016, s. 32). Det er imidlertid brukeren selv som bør argumentere for endringen, siden de fleste stoler mer på seg selv enn på andre (Miller & Rollnick, 2016, s. 36).

2.4 Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon

Støtte til livsstilsendring hos personer med overvekt og fedme er en del av sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon. Denne funksjonen kan være både primærforebyggende, ved å forebygge sykdom før den oppstår, eller sekundær- eller tertiærforebyggende ved å hindre forverring av eksisterende sykdom eller redusere risikoen for ytterligere funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2016, s. 17-18). Konteksten i denne oppgaven er frisklivssentralen, og ifølge Helsedirektoratet (2019) kan frisklivssentralen benyttes som tidlig innsats for å forebygge sykdom. Siden jeg i denne oppgaven ser bort fra

fedmerelaterte tilleggssykdommer, vil fokuset hovedsakelig være på sykepleierens primærforebyggende funksjon.

2.4.1 Personsentrert sykepleie og personlig, profesjonell sykepleie

Det kan være vanskelig for en person med overvekt eller fedme å snakke om vekten sin. For å møte disse menneskene, må sykepleieren se personen som et helt menneske (Furnes et al., 2020). Dette er nært knyttet til begrepet personsentrert sykepleie som handler om å respektere mennesker som helhetlige og unike individer og erkjenne at personen er ekspert på eget liv (Kirkevold, 2014, s. 108). Dette er knyttet til prinsippene om brukermedvirkning og empowerment omtalt over, men det omfatter også gode kommunikasjonsferdigheter og evne til dialog, å bygge gjensidig tillit og at personens behov, ressurser og preferanser ligger til grunn (Kirkevold, 2014, s. 108).

All helseveiledning handler både om relasjon og innhold (Christiansen, 2020, s. 184). Det må opprettes tillit mellom sykepleieren og brukeren for at sykepleieren skal få tilgang til å forstå brukeren. Denne forståelsen betyr ingenting dersom sykepleieren ikke «forstår det brukeren forstår» (Christiansen, 2020, s. 184). For at sykepleieren skal kunne fremme mestring og motivasjon må hun ha innsikt i brukerens opplevelsesperspektiv (Hestvold, 2018, s. 119). I helseveiledningen bør man etablere et personlig, profesjonelt tillitsforhold. Å være personlig i en profesjonell relasjon handler om å være oppriktig og at man engasjerer seg i relasjonen og støtter brukeren (Christiansen, 2020, s. 185). Støtte kan gjøre at den overvektige kommer i gang med endringer og opprettholder endringen over tid. For at støtten skal øke motivasjonen, må brukeren oppleve at sykepleieren tror at han kan realisere sine mål. Støtten handler om å gi oppmuntring og oppmerksomhet til små endringer i riktig retning og at fokuset legges på det personen får til. Dette vil bygge opp personens mestringstro (Christiansen, 2020, s. 198).

2.5 Ethiske og juridiske rammer

Frisklivssentralen er en del av det kommunale helse- og omsorgstilbudet, som er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven. Kommunen har en juridisk plikt til å forebygge sykdom, og sikre at tilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Folkehelseloven, 2011, § 4; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1 og §3-3).

Videre har kommunen ansvar for at helsetjenestene de tilbyr er forsvarlige og tilrettelegges slik at den enkelte gis et verdig tjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1).

Sykepleieren har en selvstendig plikt til å gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette er også nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Her står det at sykepleieren skal forebygge sykdom, understøtte håp og mestring hos pasienten og ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg. Dette er i tråd med velgjørenhetsprinsippet, som er den etiske plikten til å gjøre vel mot andre (Brinchmann, 2016, s. 87-89). Videre har sykepleieren i tråd med rettferdighetsprinsippet en etisk plikt til å behandle alle mennesker likt (Brinchmann, 2016, s. 92). Siden personer med overvekt og fedme ofte blir møtt med fordømmelse og stigma, er dette prinsippet særlig relevant. Sykepleieren har videre en etisk plikt til ikke å krenke eller skade andre, i tråd med ikke skade-prinsippet (Brinchmann, 2016, s. 87-89). MI kan med sin aksepterende og empatiske tilnærming være egnet til å ivareta disse etiske og juridiske forpliktelsene.

Problemstillingen i denne oppgaven er nært knyttet til det etiske prinsippet om autonomi. Dette prinsippet handler om at man har en plikt til å respektere autonome personers beslutninger og integritet, og at mennesker bør få bestemme over saker som angår dem selv (Brinchmann, 2016, s. 89-92). Dette er også en juridisk rettighet, som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Brukeren har rett til å delta i utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og til at hans meninger skal vektlegges (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Innen MI anses brukeren som ekspert på seg selv, og samtalen skal ta utgangspunkt i hans syn på situasjonen. MI kan derfor være egnet for å fremme brukerens autonomi.

3 Metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave der jeg benytter eksisterende fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). I dette kapitlet forklarer jeg hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur, og hvilke valg jeg har tatt i denne prosessen.

3.1 Søkehistorikk

3.1.1 Valg av faglitteratur

For å belyse problemstillingen har jeg søkt etter relevant faglitteratur i Oria, og lett etter litteratur i bøker som har vært pensum hittil på studiet. Jeg har benyttet læreboken til Miller og Rollnick (2016) om MI, siden det er disse forfatterne som har utviklet MI. Videre har jeg benyttet boken til Børth et al. (2013) om MI og endringsprosesser siden de har en grundig omtale om hvorfor det kan være vanskelig å gjennomføre livsstilsendringer ved overvekt og fedme. Jeg har benyttet boken til Christiansen (2020) om helseveiledning, fordi hun knytter helseveiledning direkte opp mot personer med overvekt og fedme. Jeg har benyttet kapitlene om overvekt og fedme i Sortland (2015) og Heggstad og Knutstad (2016) for å beskrive konsekvensene av overvekt og fedme for personers helse og livskvalitet. Videre har jeg benyttet Tveiten (2016) for å beskrive begreper som empowerment, autonomi og brukermedvirkning. For å utdype begrepet mestringstro har jeg benyttet Bandura (1997), siden dette er primærkilden om dette begrepet.

Jeg har hentet beregninger og statistikk om overvekt og fedme fra Folkehelseinstituttet (2017) og Aamo et al. (2019), da disse er oppdaterte og troverdige kilder. Videre har jeg benyttet de Nasjonale retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av voksne med overvekt og fedme i primærhelsetjenesten fra Helsedirektoratet (2010). I noen tilfeller har jeg ikke funnet faglitteratur om alle temaene jeg ønsket å belyse, og jeg har derfor benyttet forskningsartikler, fagartikler og systematiske oversiktsartikler i tillegg til faglitteraturen. For å presentere det etiske og juridiske grunnlaget sykepleieren arbeider innenfor, har jeg benyttet Brinchmann (2016), Norsk Sykepleierforbund (2019) og lovparagrafer fra Lovdata.

3.1.2 Valg av forskningslitteratur

For å finne relevant forskningslitteratur, har jeg søkt med ulike søkeord i flere databaser. Jeg har søkt i CINAHL, PsychINFO, The Cochrane Library, SweMed+, Google Scholar, PubMed og pyramidesøket i Helsebiblioteket. Hovedvekten av søkene er gjennomført i CINAHL, da dette er en internasjonal database med god dekning av tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Jeg har også funnet flere relevante artikler i databasen PsychINFO. Bakgrunnen for at jeg søkte i denne databasen var på grunn av den psykologiske dimensjonen av overvekt- og fedmeproblematikk. Videre søkte jeg i The Cochrane Library etter systematiske oversiktsartikler om temaet, i SweMed+ etter nordisk forskning og Google Scholar og PubMed for å se om det fantes noe jeg ikke hadde funnet i de andre databasene. Jeg har også gjennomført perlesøk, der jeg har sett på referanselisten i spesielt relevante artikler og sett hvilke artikler som har brukt disse artiklene som referanse.

For å komme frem til de forskningsartiklene jeg har valgt har jeg benyttet en rekke inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene presenteres i tabell 3.1. Inklusjonskriteriene er basert på oppgavens problemstilling og avgrensninger. Jeg har ikke avgrenset søket i forhold til kontekst, siden ulike land har ulike tilbud til personer med overvekt og fedme. Siden jeg ønsker å se på personers erfaringer er jeg kun interessert i kvalitative artikler.

Tabell 3.1: Inklusjonskriterier

<ul style="list-style-type: none">- Voksne mellom 18-65 år- Språk: Norsk, svensk, dansk eller engelsk- Artikler som er publisert i fagfelleverderte tidsskrift (nivå 1 eller 2)- Kvalitative artikler- Relevans for min problemstilling: Erfaringer med MI ved overvekt og fedme
--

Basert på disse inklusjonskriteriene, satt jeg igjen med fem kvalitative forskningsartikler som tok for seg riktig brukergruppe og riktig intervensjon. En av disse ble ekskludert fordi den så på en kombinasjon av mange intervensjoner der MI kun var en liten del. Jeg har derfor valgt fire forskningsartikler for å besvare problemstillingen. I tabell 3.2 presenterer jeg søkene som førte frem til artiklene jeg har valgt. På alle emneordene har jeg benyttet funksjonen «explode» som innebærer at jeg tar med alle underkategorier av hvert emneord. Det eneste søkeordet som ikke er et emneord er «Experience».

Tabell 3.2: Søkehistorikk med dato, søkeord, databaser og treff

Søkedato	Søkeord	Database	Antall treff	Valgte artikler
30/11/2020	«Motivational Interviewing» AND («Weight Loss» OR «Life Style Changes» OR «Health Behavior») AND «Experience»	CINAHL	Totalt: 43 Lest: 8 Inkludert: 1	Nr. 19: Brobeck et al. (2014) – <i>Patient's experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study</i>
30/11/2020	«Motivational Interviewing» AND «Obesity»	PsychINFO	Totalt: 91 Lest: 17 Inkludert: 2	Nr. 76: Hardcastle & Hagger (2011) – «You can't do it on your own”: <i>Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour.</i> Nr. 80: Newnham-Kanas et al. (2011) – <i>Participants' perceived utility of motivational interviewing using Co-Active Life Coaching skills on their struggle with obesity</i>
01/02/21	«Motivational Interviewing» AND «Weight Reduction Programs»	CINAHL	Totalt: 45 Lest: 10 Inkludert: 1	15: Bräutigam-Ewe et al. (2016) – <i>Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme</i>

3.2 Kildekritikk

Det er flere forhold ved litteraturutvelgelsen som kan kritiseres. Til tross for at jeg etter beste evne har forsøkt å finne relevant fag- og forskningslitteratur, har jeg ingen formell kompetanse innen litteratursøk, og jeg har ikke gjennomført et systematisk søk i alle relevante databaser. Dette innebærer at søk på andre søkeord og i andre databaser kunne resultert i andre artikler, noe som kunne ha gitt andre perspektiver på temaet. Alle artiklene jeg har benyttet er imidlertid publisert i tidsskrift som er fagfelleurdert på nivå 1 eller 2, og vurderes derfor som troverdige.

Noen av kildene jeg har benyttet er av eldre dato, som for eksempel de nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet (2010). Dette er imidlertid de gjeldende nasjonale retningslinjene, og jeg mener at de må kunne benyttes i denne oppgaven siden de benyttes i

klinisk praksis. Videre er boken til Bandura (1997) 24 år gammel, men dette er primærkilden på teorien om mestringstro. Jeg har forsøkt i så stor grad som mulig å benytte primærkilder i oppgaven for å hindre feiltolkninger av fagstoffet.

For å gjøre en kritisk vurdering av forskningsartiklene har jeg benyttet CASP-skjema der jeg vurderte hva resultatene fortalte meg, hvorvidt jeg kunne stole på resultatene og om resultatene var relevante for min oppgave. Alle artiklene tilfredsstilte disse kriteriene. Likevel tar artiklene utgangspunkt i ulike pasientgrupper, ulike settinger og kombinerer i noen tilfeller MI med andre intervensjoner. Forskningen er gjennomført i ulike land og i ulike situasjoner. To av artiklene er fra Sverige, en fra Canada og en fra Storbritannia. Dette innebærer at erfaringene som brukerne på frisklivssentralene i Norge har, kan være helt annerledes enn de erfaringene jeg finner i artiklene. Artiklene er dessuten skrevet på engelsk, og det er alltid en risiko for at det oppstår misforståelser eller feiltolkninger av ord.

Gjennom den kritiske vurderingen fant jeg at MI er kombinert med en annen metode i Newnham-Kanas et al. (2011), kalt Co-Active Life Coaching. Denne metoden har svært mange likhetstrekk med MI, både når det gjelder holdningssett og utførelse. Forskjellene er i hovedsak hvilken trening behandleren må gjennom og eventuelt hvilket stigma som kan være knyttet til å motta «behandling» i forhold til «coaching» (Newnham-Kanas et al., 2010). Jeg antar derfor at dette ikke påvirker resultatene. Videre er artiklene Hardcastle og Hagger (2011) og Newnham-Kanas et al. (2011) fra 2011, noe som gjør at de er ti år gamle. Jeg har imidlertid ikke funnet noen nyere artikler som besvarer problemstillingen min på en like god måte. Dessuten mener jeg at det er rimelig å anta at brukernes erfaringer med metoden ikke har endret seg betydelig i perioden, siden grunnholdningene i MI har vært uendret fra 2011 og til i dag (Miller & Rollnick, 2016, s. 10). Kritisk vurdering av forhold som kan påvirke resultatene vil adresseres fortløpende i diskusjonskapittelet.

3.3 Ethiske overveielser

LDHs retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt. Andres arbeid er akkreditert i teksten og referanselisten ved å benytte Apa 7th. Jeg har ikke benyttet egne erfaringer i oppgaven.

4 Presentasjon av forskningsresultater

De fire forskningsartiklene ser på hvilke erfaringer personer med overvekt og fedme har med MI ved livsstilsendringer. Alle forskningsartiklene finner at MI økte deltakernes motivasjon, og at det kan være en egnet metode for å fremme livsstilsendringer hos personer med overvekt og fedme. Hovedfunnene er at relasjonen mellom brukeren og behandleren er svært viktig for at intervensjonen skal være vellykket. Videre opplevde deltakerne at behandleren hadde en ikke-dømmende holdning, en stor grad av empati og benyttet aktiv lytting. Flere av artiklene finner at behandleren skal gi støtte, ikke råd eller informasjon, og at brukeren må anses som ekspert på seg selv. Artiklene finner at brukerens autonomi og empowerment ble fremmet gjennom intervensjonen. Flere av artiklene trekker frem at sosiale relasjoner i en endringsprosess kan ses både som en ressurs og en barriere. Artiklene fremgår i tabell 4.1.

Tabell 4.1 Forskningsartikler med hensikt, metode og relevante funn

Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tids- skrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014)	Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study	BMC Nursing 13(13) Fagfelle-vurdert nivå 1	Å beskrive hvordan brukere i primærhelse-tjenesten opplever livsstils-samtaler basert på motiverende intervju	Åpne, kvalitative intervjuer i dialogform med 16 personer med ulike livsstils-utfordringer i Sverige. Pasientenes utsagn ble kodet inn i ulike tema basert på Graneheim & Lundmans (2004) metode.	<p>Livsstilssamtaler basert på motiverende intervju kan styrke pasientens selvbestemmelse.</p> <p>Deltakerne fant nye måter å tenke rundt livsstilsendringene sine på.</p> <p>Deltakerne opplevde at sykepleieren arbeidet sammen med dem for å nå målene deres.</p> <p>Ønsket om å gjøre en endring må komme fra brukeren selv.</p> <p>Relasjonen mellom sykepleieren og brukeren var viktig for å fremme samhandling som likeverdige parter.</p> <p>Det var viktig at brukerne ikke følte noen form for skam eller skyld under samtalen.</p>
2	Hardcastle, S. & Hagger, M. S. (2011)	“You Can’t Do It on Your Own”: Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour	Psychology of Sports and Exercise 12(11) s. 314-323 Fagfelle-vurdert nivå 1	Å utforske personer med fedme sine erfaringer med motiverende intervju for å endre vaner knyttet til kosthold og fysisk aktivitet.	Semi-strukturerte intervjuer med 14 personer med fedme (KMI \geq 30) i Storbritannia. Pasientenes utsagn ble kodet inn i ulike tema i tråd med Cote, Salmela, & Baria (1993).	<p>Å bekrefte pasientens følelser og opplevelser er viktig og skaper motivasjon.</p> <p>Sosial støtte og oppfølging over tid er viktig for å lykkes.</p> <p>Noen brukere greide å regulere egen atferd, mens andre hadde behov for mer støtte fra behandleren.</p> <p>Deltakerne opplevde at behandleren støttet dem ved å lytte og forsøke å forstå.</p> <p>Sosial støtte øker en persons mestringsstro.</p> <p>I MI-intervensjonen må det fokuseres på å bygge opp brukerens autonomi og å lage strategier for hvordan brukeren skal overkomme barrierer i vektninggangen.</p>

3	Newnham-Kanas, C., Morrow, D. & Irwin, J. D. (2011)	Participants' perceived utility of motivational interviewing using CoActive Life Coaching skills on their struggle with obesity	Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice 4(2) s. 104-122 Fagfelle-vurdert nivå 1	Å få en kvalitativ forståelse av effekten av å bruke motiverende intervju hos voksne med fedme.	Semi-strukturerte intervjuer med 8 kvinner med KMI ≥ 30 i Canada før og etter intervensjonen med motiverende intervju. I tillegg ble det gjennomført en fokusgruppe 6 måneder etter siste samtale. Intervjuene ble analysert med å bruke induktiv innholdsanalyse (Patton, 2002).	Intervensjonen ga økt empowerment, noe som igjen gjorde at deltakerne tok bedre vare på seg selv, ble mer bevisst på konsekvensene av valgene sine og fikk større sosiale nettverk. Sosial støtte er nødvendig for å opprettholde vekten. Forholdet mellom behandler og pasient er grunnleggende for at pasienten skal lykkes. Pasienten må sette agendaen for samtalen, og behandleren må være var på hvor klar pasienten er for endring og ikke forhaste prosessen. MI er en effektiv metode for å støtte personer med vektnedgang.
4	Bräutigam-Ewe, M., Lydell, M., Månsson, J., Johansson, G. & Hildingh, C. (2016)	Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme	Journal of Clinical Nursing 26(5-6) s. 795-804 Fagfelle-vurdert nivå 2	Å beskrive personer med overvekt og fedmes erfaringer med å delta i et livsstilsendingsprogram basert på MI og kostholds-rådgivning	19 deltakere svarte skriftlig på fem åpne spørsmål om deres erfaringer med livsstilsendingsprogrammet. Deltakerne var 19 personer med en KMI mellom 28-35 i Sverige. Svarene ble analysert med utgangspunkt i Graneheim & Lundman (2004).	Et livsstilsendingsprogram må ta utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon og de individuelle vanskelighetene de opplever. Deltakerne satte pris på oppfølgingen med MI ved at de følte seg sett og hørt av sykepleieren. MI ser ut til å være et egnet virkemiddel for å utvikle en god relasjon mellom bruker og sykepleier. MI er et godt verktøy for å støtte brukere i en livsstilsendingsprosess. Deltakerne som oppnådde langsiktig vektnedgang beskrev viktigheten av støtte fra partner og nære relasjoner. Brukerens partner bør involveres i programmet.

5 Diskusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er «Hvilke erfaringer har personer med overvekt og fedme med motiverende intervju for å gjennomføre livsstilsendringer?». I dette kapitlet forsøker jeg å besvare problemstillingen med utgangspunkt i forskningsartiklene presentert i kapittel 4, sett opp mot det teoretiske, juridiske og etiske grunnlaget presentert i kapittel 2. Hovedfunnene i artiklene er styrende for hvordan jeg strukturerer diskusjonen. Først vil jeg se nærmere på hvordan det oppleves å leve med overvekt og fedme, siden det gir et innblikk i hvilken situasjon brukerne står i før en endringsprosess, og gir en kontekst for å tolke brukernes erfaringer. Deretter vil jeg se nærmere på erfaringene brukerne har med metoden, som bl.a. handler om relasjonen mellom bruker og behandler, viktigheten av at behandleren møter brukeren med empati, lytter til og støtter brukeren. Videre ser jeg på hvorvidt brukerne opplevde å bli sett på som ekspert på seg selv, og om autonomi og empowerment fremmes. Til slutt vil jeg se på brukernes erfaringer med sosiale relasjoner ved livsstilsendringer.

5.1 Å leve med overvekt og fedme

To av forskningsartiklene omtaler hvordan det oppleves å leve med overvekt og fedme. Deltakerne i Newnham-Kanas et al. (2011) oppgir at vekten oppleves som en barriere i sosiale relasjoner og at den stopper dem fra å gjøre det de ønsker. Flere deltakere oppgir at de ikke kjenner igjen seg selv, og at de ønsker å bli sunnere, sterkere og få mer energi. Noen påpeker at vekten er et symptom på andre problemer i livet og at de opplever sosial isolasjon på grunn av lav selvtillit. Dette er i tråd med Furnes et al. (2020) som viser til at personer med overvekt og fedme ofte ser på seg selv med et strengt blikk og føler at de blir dømt av andre. Skammen knyttet til egen kropp kan gjøre at man passiviseres og skjuler seg selv på grunn av selvforakt og en følelse av utilstrekkelighet. Flere uttrykker en sterk motstand mot seg selv, og at kampen mot egen kropp tar bort overskuddet til å leve livet (Furnes et al., 2020). Dette samsvarer med Newnham-Kanas et al. (2011), der flere deltakere oppgir at de bruker store deler av dagen på å tenke på hvordan de skal endre situasjonen. Mange av deltakerne i Bräutigam-Ewe et al. (2016) oppgir at de hadde forsøkt flere ganger å gå ned i vekt, men at de ikke klarte å holde vekten nede over tid.

Disse opplevelsene understreker viktigheten av at sykepleieren møter brukeren med respekt, omsorg og empati for å motvirke de negative følelsene. Sykepleieren har en etisk plikt til å

understøtte håp og mestring hos brukeren, og en juridisk plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019; Helsepersonelloven, 1999, § 4). På frisklivssentralen kan personer med overvekt og fedme få regelmessige helsesamtaler basert på MI, der de vil få støtte og muligheten til å snakke om motivasjon, barrierer og muligheter for endring og mestring (Helsedirektoratet, 2019). Videre får de mulighet til å delta på ulike fysiske aktivitetstilbud i grupper sammen med andre. Frisklivssentralen vil derfor kunne gi dem støtte og møte ønskene deres om å bli mer fysisk aktive, samtidig som de kan treffe andre mennesker i samme situasjon. Dette kan redusere følelsen av sosial isolasjon.

5.2 Relasjon mellom bruker og behandler

Flere av artiklene peker på viktigheten av at relasjonen mellom bruker og behandler er god. Deltakerne i Brobeck et al. (2014) opplevde at når de hadde bygget en nær relasjon med behandleren, kunne de være åpne om alt. Det var spesielt viktig at relasjonen var basert på tillit. Dette er i tråd med Christiansen (2020, s. 184) som viser til at det må opprettes tillit mellom helsepersonellet og brukeren for at helsepersonellet skal få tilgang til å forstå brukeren. Bräutigam-Ewe et al. (2016) og Newnham-Kanas et al. (2011) viser til at behandler-brukerrelasjonen er avgjørende for resultatene av livsstilsendringen. Å utvikle en god samarbeidsrelasjon er den første fasen i MI. Miller og Rollnick (2016, s. 69-70) viser til at denne samarbeidsrelasjonen er svært viktig, og at det er en direkte sammenheng mellom denne relasjonen og brukerens gjennomføringsevne og behandlingsutfall. I tillegg kan brukerens mestringstro styrkes gjennom den terapeutiske relasjonen (Miller & Rollnick, 2016, s. 249).

Hardcastle og Hagger (2011) og Newnham-Kanas et al. (2011) viser til at mange deltakere hadde hatt negative opplevelser med helsepersonell tidligere. Flere av deltakerne i Brobeck et al. (2014) påpeker at det å snakke problemene sine er et stort steg, og at de ville sluttet å gå til timene om de følte seg krenket. Dette må imidlertid tolkes i lys av at det kun er deler av deltakerne i Brobeck et al. (2014) som har overvekt og fedme, mens de andre deltakerne har livsstilsutfordringer som røyking, alkohol, hypertensjon eller diabetes. Det kan tenkes at stigmaet knyttet til disse utfordringene er annerledes enn for overvekt og fedme. Det er imidlertid mange studier som viser at personer med overvekt og fedme blir utsatt for stigma, latterliggjøring og forskjellsbehandling fra helsepersonell (Furnes et al., 2020; Groven &

Rugseth, 2016, s. 280; Mold & Forbes, 2013; Rand et al., 2017). Stigmatiseringen påvirker både hvordan personene ser på seg selv, og hvordan de interagerer med helsepersonell (Mold & Forbes, 2013).

Dette kan komplisere sykepleierens tilnærming til disse menneskene. Dersom behandlingen ikke oppleves som ivaretagende og trygg, kan den påføre brukeren ytterligere bekymringer og lidelse (Groven & Rugseth, 2016, s. 280). Dette vil være i strid med pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og de yrkesetiske retningslinjene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1; Helsepersonelloven, 1999, § 4, Norsk Sykepleierforbund; 2019). For at helsehjelpen skal være omsorgsfull og forsvarlig må sykepleieren møte personene med empati og forståelse. Hardcastle & Hagger (2011) oppgir at mange følte skam knyttet til livsstilen sin, og at behandleren måtte være medfølelse for at samtalene skulle gi mening. I pasient- og brukerrettighetsloven står det at den enkeltes integritet og menneskeverd skal ivaretas (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Som omtalt i kapittel 2.1.2 opplever mange med overvekt og fedme at de er usikre på sin egen verdighet og at de føler seg mislykket som menneske fordi de ikke lever opp til en ytre standard. Sykepleieren bør derfor arbeide med å bygge opp igjen brukers tro på egen verdighet for å ivareta brukers menneskeverd.

Samlet ser det ut som relasjonen mellom bruker og behandler er helt avgjørende for hvilke erfaringer brukerne har med MI. Dersom relasjonen er dårlig, kan den påføre brukeren ytterligere lidelse og skam. Dersom relasjonen er god, kan den fremme håp, mestringstro og selvtillit hos brukeren. Alle forskningsartiklene finner at brukerne erfarte relasjonen som god og at dette var en viktig del av intervensjonen.

5.3 Ikke-dømmende holdning, empati og aktiv lytting

For å bygge en god relasjon med brukeren, må behandleren møte brukeren med en ikke-dømmende holdning og empati. Newnham-Kanas et al. (2011) finner at en stor grad av empati er nødvendig for å arbeide med mennesker med overvekt og fedme. Dette bekreftes av Hardcastle og Hagger (2011) som skriver at empati og en ikke-dømmende holdning frembringer en følelse av autonomi, som igjen fremmer den indre motivasjonen for å fortsette livsstilsendringen. Newnham-Kanas et al. (2011) viser til at brukernes atferd har utviklet seg

over mange år, og at det er behov for dyp empati for å skape et miljø som er trygt nok til at deltakerne ønsker å utforske sin atferd, valg og tidligere erfaringer. De påpeker at brukerne ikke må være redd for å bli dømt. Dette er i tråd med Furnes et al. (2020) som oppgir at personer med overvekt og fedme kan føle at andre ser ned på dem fordi de ikke klarer å opprettholde en normal vekt. Ved å møte disse menneskene med empati og en ikke-dømmende holdning kan sykepleieren motvirke disse følelsene og styrke indre motivasjon og tiltro til egen mestring. Dette bekreftes av deltakerne i Brobeck et al. (2014), som sier at det opplevdes motiverende når sykepleieren bekreftet følelsene deres og møtte dem med respekt.

Flere av studiene trekker frem viktigheten av aktiv lytting og at brukeren føler seg forstått. Deltakerne i Brobeck et al. (2014) mente at det var en forutsetning at sykepleieren lyttet og var tilstede på en genuin måte. Hardcastle og Hagger (2011) og Bräutigam-Ewe et al. (2016) oppgir at deltakerne satte stor pris på MI-samtalene fordi de følte at de ble lyttet til. Dette er i tråd med Groven og Rugseth (2016, s. 281) som påpeker at sykepleieren må se forbi stigma og fordommer og være lyttende og nysgjerrig i møte med den enkelte. Deltakerne i Brobeck et al. (2014) viser til at sykepleieren må forstå den enkeltes tanker om endringen og forstå at ikke alle vil gjennomføre endringen på samme måte. Newnham-Kanas et al. (2011) og Hardcastle og Hagger (2011) har lignende funn, der deltakerne oppgir at behandleren må ha forståelse for de faktorene som spiller en rolle for personens atferd. Dette er sentralt innen MI, og innebærer at behandleren viser forståelse for at brukeren opplever både positive og negative sider med atferden han forsøker å endre. Brukeren kan både ønske og ikke ønske endring på samme tid (Miller & Rollnick, 2016, s. 32).

Ifølge Miller og Rollnick (2016, s. 79) er god lytting fundamentalt for MI. De mener at refleksiv lytting er den første ferdigheten behandleren må lære seg, fordi den er så grunnleggende for de andre prosessene i MI. Refleksiv lytting innebærer at behandleren kommer med reflekterende utsagn der hun «gjetter» hva brukeren mener. Dette bidrar til å styrke forståelsen av det brukeren sier, samtidig som det gir brukeren en mulighet til å høre sine egne tanker uttalt med andre ord (Miller & Rollnick, 2016, s. 62). Refleksiv lytting vil signalisere empati overfor brukeren ved at han forstår at behandleren virkelig forsøker å forstå ham. I tillegg viser Christiansen (2020, s. 195) til at personer strekker seg lengre for å endre seg når de blir sett og forstått av helsepersonellet.

Samlet tyder funnene på at ved å møte personene med empati og en ikke-dømmende holdning, kan sykepleieren fremme motivasjon og autonomi. Videre er det avgjørende at sykepleieren lytter til brukeren og forsøker å forstå hva som oppleves som relevant for den enkelte bruker. Dette vil signalisere empati og bidra til å skape et miljø der brukeren tør å utforske egne valg, utfordringer og tidligere erfaringer.

5.4 Støtte, ikke råd eller informasjon

Flere studier viser at personer med overvekt og fedme ikke mangler kunnskap om hvilken mat de burde spise eller hvordan de kan være mer fysisk aktive (Christiansen et al., 2012; Christiansen, 2020, s. 198; Rand et al., 2017). Deltakerne i Hardcastle og Hagger (2011) oppgir at de ikke ønsket råd eller informasjon fra behandleren, men at de ønsket støtte og oppmuntring. De fleste sier at de har kunnskap om hva de må gjøre, men at problemet ligger i å gjennomføre dette i et miljø som oppfordrer til det motsatte. Bräutigam-Ewe et al. (2016), Newnham-Kanas et al. (2011) og Brobeck et al. (2014) har lignende funn, og peker på at brukerne ofte var klar over hva som anses som «riktig livsstil», men at de trengte hjelp med å se problemene sine på en ny måte. Miller og Rollnick (2016, s. 163) påpeker at det kan være lett å overvurdere hvor mye informasjon brukeren trenger. Det er lite hensiktsmessig å gi brukeren informasjon som de allerede har, da personen passiviseres og kan miste interessen.

Flere av deltakerne trekker frem at det var tankemessige eller følelsesmessige faktorer som var problemet, ikke mangel på kunnskap. Deltakerne i Brobeck et al. (2014) oppgir at de hadde behov for å få hjelp med å endre tanker som hadde satt seg fast i bestemte mønstre. Barth et al. (2013, s. 34) beskriver hvordan uheldige tankemønstre og selvsaboterende tanker kan gjøre det vanskelig å endre livsstilen. Ved å hjelpe brukeren med å finne alternativer til disse tankene kan sykepleieren hjelpe brukeren med å overkomme dette (Barth et al., 2013, s. 40). Newnham-Kanas et al. (2011) og Bräutigam-Ewe et al. (2016) viser til at det var mange følelsesmessige faktorer som påvirket personenes atferd, og at mange benyttet mat for å regulere følelser. Mange matvaner kan være forbundet med følelser som kos, nærhet, trøst og stresslindring (Christiansen et al., 2012). Disse følelsene kan gjøre at man blir sittende fast i et lite hensiktsmessig mønster. For å overkomme slike følelsesmessige faktorer, er det viktig at sykepleieren er tilstede og støtter brukeren gjennom endringen.

I Hardcastle og Hagger (2011) var det en ernæringsfysiolog med mange års erfaring med tradisjonell ernæringsrådgivning som ledet MI-samtalene. Forfatterne trekker frem at hun i noen tilfeller falt tilbake til mer tradisjonell rådgivning, ved å gi ernæringsråd som brukerne kjente fra før. Dette kan tyde på at MI-intervensjonen ikke ble en reell MI-intervensjon. Generelt ser det ut til at deltakerne i Hardcastle og Hagger (2011) i større grad enn de andre forskningsartiklene var avhengig av ekstern motivasjon for å opprettholde livsstilsendringen. Flere deltakere oppga at de hadde behov for regelmessig «overvåking», og at de måtte stå til ansvar overfor noen. De fleste hadde gått ned i vekt under intervensjonen, men mange gikk opp igjen når intervensjonen var over. Dette kan tyde på at de ikke hadde internalisert motivasjonen, og at motivasjonen forsvant så snart den eksterne motivasjonen forsvant. Det kan også tyde på at de ikke hadde bygget opp tilstrekkelig autonomi til å fortsette livsstilsendringen på egenhånd.

I Bräutigam-Ewe et al. (2016) er MI-intervensjonen kombinert med ernæringsrådgivning i et samlet livsstilsendringsprogram. Dette kan virke kontraintuitivt, siden man innen MI skal være forsiktig med å gi råd eller informasjon. Ernæringsrådgivningen og MI-samtalene var imidlertid separate intervensjoner. Deltakerne hadde ernæringsoppfølging med en ernæringsfysiolog og MI-samtaler med en sykepleier. Det er derfor mulig å se erfaringene med MI-intervensjonen isolert. Deltakerne oppga at de syntes ernæringsrådgivningen var nyttig, men at de satte stor pris på MI-intervensjonen fordi de følte at de ble lyttet til. Dette tyder som i de andre studiene på at støtte og det å bli lyttet til er svært viktig i en livsstilsendringsprosess.

For å gi støtte i en pedagogisk sammenheng må sykepleieren engasjere seg i personens anstrengelser for å nå et mål (Christiansen, 2020, s. 198). Støtte innebærer at personen føler at behandleren tror at han kan realisere sine mål og at behandleren bygger opp personens mestringstro. Altså må sykepleieren bygge opp brukerens forventning om at han kan mestre situasjonen. Dette er det Bandura (1997, s. 101) kaller verbal overtalelse, og innebærer at sykepleieren må gi positive tilbakemeldinger som oppmuntrer personen. Støtten må imidlertid være relevant for brukeren, og direkte skryt og urealistiske forventninger om hva personen kan oppnå kan føre til redusert mestringstro (Christiansen, 2020, s.199; Bandura, 1997, s. 101).

En livsstilsendring innebærer varige endringer, og støtten må derfor vedlikeholdes over en lang tidshorison. Miller og Rollnick (2016, s. 334-335) viser til at MI egner seg til å støtte personer over tid. På frisklivssentralen går imidlertid en ordinær oppfølgingsperiode kun over 12 uker, og man må derfor tidlig sette fokus på tiden etter avsluttet tilbud hos frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2019). Frisklivssentralen kan sette brukeren i kontakt med relevante tilbud i nærmiljøet, og legge til rette for at brukeren kan teste disse i oppfølgingsperioden. Dersom det er behov for det, kan brukeren å få flere oppfølgingsperioder fra frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2019).

Disse funnene viser at det ofte er tankemessige eller følelsesmessige årsaker til overvekten, og at det er behov for støtte for å gjennomføre livsstilsendringer, ikke informasjon eller råd.

5.5 Empowerment, brukeren som ekspert på seg selv og mestringstro

I flere av artiklene opplevde deltakerne å bli sett som ekspert på seg selv, at de fikk sette agendaen for endringen og at valget om endring stammet fra dem selv (Brobeck et al., 2014; Hardcastle & Hagger, 2011; Newnham-Kanas et al., 2011). Dette er i tråd med holdningen i MI om partnerskap, som handler om at MI gjøres sammen med brukeren, det er ikke en behandling som anvendes «på» brukeren. Ingen vet mer om brukeren enn ham selv, og brukeren bestemmer hvorvidt og hvordan endringen skal skje (Miller & Rollnick, 2016, s. 49 & 155).

Mange av deltakerne i Brobeck et al. (2014) erfarte at sykepleieren arbeidet sammen med dem for å nå målene deres, og oppga at det var viktig å føle at deres historie betydde noe for sykepleieren. Dette er i tråd med personsentrert sykepleie, der man ser den enkelte som et unikt individ med hver sin unike historie. Dette er spesielt viktig overfor personer med overvekt og fedme (Groven & Rugseth, 2016, s. 281). Sykepleieren må stille seg åpen og interessert og se på overvekten som et uavklart og individuelt erfart fenomen. Den enkelte brukers erfaringer og kunnskap om egen situasjon må ha avgjørende betydning i behandlingen av overvekt og fedme (Groven & Rugseth, 2016, s. 281). Newnham-Kanas et al. (2011) finner at behandleren må være dypt involvert i personen i seg selv, og ikke kun i personens mål. Dette er det Christiansen (2020, s. 185) kaller for personlig, profesjonell sykepleie, som innebærer å være oppriktig og villig til å engasjere seg i relasjonen med brukeren.

Videre finner flere av artiklene at sykepleieren ikke bør stille krav eller forsøke å overtale brukeren. I følge Brobeck et al. (2014) vil brukeren innta en passiv rolle dersom man stiller for mange krav. Dette bekreftes av Hardcastle og Hagger (2011), der deltakerne oppga at de hadde behov for støtte som gir struktur og autonomi, ikke press og kontroll. Når brukerne opplevde at de ikke hadde egne valgmuligheter, valgte de å svare med motstand. Dette er i tråd med det Miller og Rollnick (2016, s. 32) påpeker om korrigeringsrefleksen, som innebærer at brukeren vil få mindre motivasjon dersom behandleren argumenterer for endringen. Dersom sykepleieren har et stort ønske om å gjøre vel mot brukeren, kan hun risikere å presse for hardt for å få brukeren til å endre atferd. Slik kan velgjørhetsprinsippet komme i strid med autonomiprinsippet. Sykepleieren vil imidlertid ikke gjøre vel mot brukeren ved å presse ham til endring. For å fremme autonomi viser Brobeck et al. (2014) til at man kan oppmuntre brukerens egne initiativer og gi brukerne en ny måte å tenke på problemene sine. Videre kan sykepleieren fremme autonomi ved å legge fra seg ekspertrollen og arbeide for å utforske og hente frem brukerens eget perspektiv og mestringstro. Alle forskningsartiklene finner at brukerne opplevde økt empowerment, selvtillit og autonomi etter intervensjonen med MI.

Hardcastle og Hagger (2011) viser at deltakerne som greide å opprettholde vektningstredningen etter intervensjonen var de som opplevde autonomi og mestringstro. Deltakerne som ikke oppnådde like stor grad av mestringstro var mer avhengig av ekstern motivasjon. Dette er i tråd med Christiansen (2020, s. 190) som hevder at troen på egen mestringsevne er svært viktig i en endringsprosess. Miller og Rollnick (2016, s. 265) skriver at en person vil være motvillig mot en endring dersom de ikke tror at de kan klare å gjennomføre endringen. Sykepleieren kan derfor utøve sin helsefremmende og forebyggende funksjon ved å bygge opp brukerens mestringstro. Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene, der det står at sykepleieren skal støtte opp om brukerens håp og mestring (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Samlet viser deltakernes erfaringer at de opplevde å bli sett som ekspert på seg selv, og at empowerment og autonomi ble fremmet gjennom intervensjonen. Funnene tyder på at MI kan være en egnet metode for å oppfylle sykepleierens etiske og juridiske forpliktelser om å fremme håp, mestring og autonomi.

5.6 Sosiale relasjoner som en ressurs og en barriere

Alle artiklene trekker frem sosiale relasjoners rolle i en endringsprosess. Deltakerne i Brobeck et al. (2014), Hardcastle og Hagger (2011) og Bräutigam-Ewe et al. (2016) påpekte at partner og familie kunne gjøre det vanskelig å endre livsstil ved at de ikke støttet eller ville være med på endringene. For eksempel kunne ektefeller eller barn ønske å spise mer usunn mat enn brukeren selv. Dette var spesielt krevende ved fellesmåltider. Deltakerne i Brobeck et al. (2014) viser til at familien kunne ha urealistisk høye forventninger til dem og at de ble skuffet dersom de mislyktes. De opplevde at sykepleieren viste mer forståelse enn familien. Videre opplevde mange skam knyttet til vekten sin overfor familien. Deltakerne i Newnham-Kanas et al. (2011) trekker frem at det er helt nødvendig at partner og familie støtter personen som ønsker å endre seg. Manglende støtte fra personer i nære relasjoner kan gjøre at brukerne ikke får positive tilbakemeldinger på sine anstrengelser, noe som igjen fører til lavere mestringstro hos brukeren (Hardcastle & Hagger, 2011). Deltakerne i Bräutigam-Ewe et al. (2016) trekker frem at usunn mat i sosiale sammenhenger som på jobb, i bursdager, på ferier og lignende kunne gjøre det vanskelig for dem å opprettholde gode vaner. Det kan være krevende å bryte med en gruppes uuttalte og underliggende verdier og regler, særlig dersom man er den eneste i gruppen som gjennomfører en slik endring (Barth et al., 2013, s. 36).

Hardcastle og Hagger (2011) og Bräutigam-Ewe et al. (2016) oppgir at det vil være fordelaktig å involvere familien i intervensjonen, slik at de har større forståelse for den endringsprosessen brukeren går gjennom. Miller og Rollnick (2016, s. 381) viser til at det er mulig å invitere familiemedlemmer inn i en motiverende samtale, og at dette kan skape sosial støtte og frembringe informasjon man ikke får fra brukeren alene. Under en slik samtale må behandleren imidlertid jobbe bevisst med å forebygge at samspillet mellom familiemedlemmene utløser status quo-snakke og forsvarsmekanismer hos brukeren.

Flere av deltakerne i Newnham-Kanas et al. (2011) oppga at de likte å gå på trening fordi de var omringet av andre som hadde samme mål som dem. Flere trakk frem følelsen av å gå gjennom «kampen mot vekten» sammen når de trente med andre, noe som virket motiverende. Hardcastle og Hagger (2011) finner at det var særlig viktig for kvinnene i studien å ha noen å trene sammen med, mens mennene var mindre avhengig av dette. På frisklivssentralen arrangeres det felles treningsøkter og aktiviteter for brukerne. Aktivitetstilbudet på frisklivssentralen skal legges opp slik at alle kan delta, uansett fysisk

form eller utfordringer. Videre skal aktivitetene være lett tilgjengelige og bidra til mestring (Helsedirektoratet, 2019). Dette kan oppleves som en trygg arena for personer med overvekt og fedme, der de kan være i fysisk aktivitet sammen med andre i samme situasjon. Dette kan gi sosial støtte og tilhørighet i de tilfeller der personene ikke finner denne støtten hos sine nære relasjoner. Tidligere brukere av frisklivssentralen kan med fordel benyttes som aktivitetsledere for å fremme motivasjon hos brukerne (Christiansen, 2020, s. 199; Helsedirektoratet, 2019). Dette er det Banduras (1997, s. 86-89) kaller modellering, som viser til at en persons mestringstro kan bygges opp ved å møte andre mennesker som har mestret den samme utfordringen som en selv står i.

Samlet tyder funnene på at sosiale relasjoner kan fungere både som en ressurs og som en barriere i en endringsprosess. Mange deltakere satte pris på å ha en utenforstående å diskutere problemene sine med, og å være omgitt av personer i samme situasjon som dem selv. Dette kan tyde på at frisklivssentralen kan være et egnet sted for personer med overvekt og fedme for å få sosial støtte.

6 Avslutning og konklusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er «Hvilke erfaringer har personer med overvekt og fedme med motiverende intervju for å gjennomføre livsstilsendringer?». Funnene tyder på at relasjonen mellom bruker og behandler er viktig og avgjørende for hvilke erfaringer brukerne har med metoden. Flere deltakere forteller at når de har etablert en god relasjon med behandleren, kan de fortelle dem alt og opplever at de ikke blir dømt. Forskning viser at denne relasjonen er nært knyttet til brukernes behandlingsresultat. Videre opplever deltakerne at de i stor grad blir lyttet til og forstått under MI-intervensjonen. Det kommer frem at personer med overvekt og fedme har behov for støtte for å endre livsstilen, ikke informasjon eller råd. Mange av deltakerne opplevde å få den støtten de behøvde under MI-intervensjonen. Videre opplevde deltakerne at de ble ansett som ekspert på seg selv, og at intervensjonen fremmet autonomi, empowerment og mestringstro. Flere av deltakerne trekker frem viktigheten av sosiale relasjoner i en endringsprosess. Mange erfarte at familie og nære relasjoner kunne være en hindring i endringsprosessen, og at det var nyttig å ha en utenforstående å snakke med. Videre var det mange som oppga at det var motiverende å være fysisk aktiv sammen med andre, slik det legges opp til frisklivssentralen.

Samlet tyder funnene i denne oppgaven på at personer med overvekt og fedme har gode erfaringer med MI ved livsstilsendringer. De opplever å bli møtt med empati og respekt, at de får støtte, blir lyttet til og forstått, og at samtalene øker personenes selvtillit og mestringstro.

Referanseliste

- Aamo, A. W., Lind, L. H., Myklebust, A., Stormo, L. K. & Skogli, E. (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader*. (Menon-publikasjon nr. 9/2019). <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>
- Aarø, L. E. & Klepp, K. (2017). Hva former vår helserelaterede atferd? I K. Klepp & L. E. Aarø (Red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s. 38-62). Gyldendal akademisk.
- Apovian, C. M. (2016). Obesity: Definition, Comorbidities, Causes and Burden. *The American Journal of Managed Care*. 22(7), 176-185.
- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*. 12(9), 709-723.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x>
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman Co. Ltd.
- Barnes, R. D. & Ivezaj, V. (2015). A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obesity Reviews* 15(16), 304-318.
<https://doi.org/10.1111/obr.12264>
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Gyldendal Akademisk.
- Bräutigam-Ewe, M., Lydell, M., Månsson, J., Johansson, G. & Hildingh, C. (2016). Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme. *Journal of Clinical Nursing*. 26 (5-6) 795-804. <https://doi.org/10.1111/jocn.13532>

- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Gyldendal Akademisk.
- Brobeck, E., Odenchrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*. 13(13). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Christiansen, B. (2020). Levevaner og endringsprosesser: konsekvenser for helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg., s. 178-204). Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B., Borge, L. & Fagermoen, M. S. (2012). Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being*. 7(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.17255>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2017, 4. oktober) *Overvekt og fedme i Norge*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/#vaksne-og-overvekt>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Furnes, B., Dysvik, E. & Ueland, V. (2020). Å lide når en lever med overvekt og fedme: en utfordring i omsorg og behandling. *Nordisk sygeplejeforskning* 10(3), 201-212.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-06>
- Groven, K. S. & Rugseth, G. (2016). Opplevelser og erfaringer hos mennesker med overvekt og fedme. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (s. 267-281). Cappelen Damm Akademisk.

- Hardcastle, S. & Hagger, M. S. (2011). «You can't do it on your own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. *Psychology of Sports and Exercise*, 12 (11), 314-323.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.01.001>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket (2018, 16. februar). *PasOpp-undersøkelser – nasjonale brukererfaringer*.
<https://www.helsebiblioteket.no/221810.cms>
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling for voksne med overvekt eller fedme*. (IS-1735)
https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951fdb6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20Fedme%20hos%20voksne%20%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf
- Helsedirektoratet (2019, 1. januar). Tilbud ved frisklivssentraler og veilederkurs.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjon med pasienter med kroniske lidelser. I L.G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118 - 160). Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 106-121). Gyldendal Akademisk

- Kolotkin, R. L. & Andersen, J. R. (2017). A systematic review of reviews: Exploring the relationship between obesity, weight loss, and health-related quality of life. *Clinical Obesity*. 7(5), 273-289. <https://doi.org/10.1111/cob.12203>
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N.J Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg, s. 15-27). Gyldendal akademisk.
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga: gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring* (1. utg). Fagbokforlaget.
- Mold, F. & Forbes, A. (2013). Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expectations*. 16(2), 119-142. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00699.x>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg). Universitetsforlaget
- Newnham-Kanas, C., Morrow, D. & Irwin, J. D. (2010). A functional juxtaposition of three methods for health behaviour change: Motivational interviewing, Coaching, and Skilled Helping. *International Journal of Evidence-Based Coaching and Mentoring*, 8(2), 27-48.
- Newnham-Kanas, C., Morrow, D. & Irwin, J. D. (2011). Participants' perceived utility of motivational interviewing using Co-Active Life Coaching skills on their struggle with obesity. *Coaching: An international Journal of Theory, Research and Practice*. 4(2), 104-122. <https://doi.org/10.1080/17521882.2011.598176>
- Norges Sykepleieforbund (2019) Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Patel, M. L., Wakayama, L. M., Bass, M. B. & Breland, J. Y. (2019). Motivational interviewing in eHealth and telehealth interventions for weight loss: A systematic review. *Preventive Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.05.026>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L. & Kirk, S. F. L. (2017). “It is not the diet; it is the mental part we need help with.” A multilevel analysis of psychological, emotional and social well-being in obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 12(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1306421>

Sortland, K. (2015). *Ernæring: mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.

WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. World Health Organ Technical Report Series 894. https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/