



UiO • Universitetet i Oslo

Rehabilitering av personer med fedme og personer med langvarig smerte på Fosen.

*Overgangen fra rehabiliteringssenteret til hverdagen
hjemme.*

Merike Pallas

Masterprogram: Interdisiplinær helseforskning

120 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

07.05.2021

Sammendrag

Bakgrunn: Fedme og langvarig smerte er helsetilstander som har høy forekomst i Norge. Tilstandene forårsaker redusert livskvalitet for de som er rammet og medfører store kostnader for samfunnet. Endring av levevaner er grunnmuren for både fedme- og smertebehandlingen. Varige endringer er vanskelige å lykkes med. Rehabilitering av personer med fedme og personer med langvarig smerte er mangelfull i primærhelsetjenesten. Et samarbeidsprosjekt mellom et regionalt rehabiliteringssenter, Unicare Helsefort og tre kommuner på Fosen i Midt-Norge innebærer at mennesker som har vært på rehabiliteringsopphold på Helsefortet tilbys oppfølging fra helseveiledere i kommuner. Samarbeidsprosjektet skal sørge for en trygg overgang fra rehabiliteringssenteret til hjemmet.

Mål: Å få en bedre innsikt i hva slags erfaringer personer med fedme og personer med langvarig smerte har i forbindelse med overgangen fra rehabilitering i spesialisthelsetjenesten til hverdagen hjemme.

Metode: Det ble brukt kvalitativ forskningsmetode med en sosialkonstruktivistisk tilnærming for å besvare problemstillingen. Semistrukturerte dybdeintervjuer ble gjennomført med ni personer som hadde deltatt på et rehabiliteringsprogram på Unicare Helsefort. Tematisk analyse ble brukt for å analysere datamaterialet.

Resultater: Overgangen fra rehabiliteringssenteret til hjemmet ble opplevd som vanskelig. De fleste deltakerne klarte ikke å oppnå sine rehabiliteringsmål. Fire hovedtemaer kom fram:

1. Ansvar for egen helse og skyldfølelse. Deltakerne mente at de alene hadde ansvar for gjennomføring av rehabiliteringsplanen og sa at de opplevde skyldfølelse fordi de ikke hadde lyktes med den. De satte pris på erfaringene fra Unicare Helsefort, men sa at de ikke hadde lært noe nytt om egen situasjon.
2. Behov for tilhørighet og sosial støtte. Opplevelse av tilhørighet på rehabiliteringssenteret var viktig. Deltakerne fikk liten støtte fra sine egne sosiale nettverk.
3. Behov for oppfølging. Deltakerne ønsket oppfølging fra helsepersonell. Fastlegens rolle var viktig før rehabiliteringsoppholdet, men ikke etter. Oppfølging fra Unicare Helsefort ble beskrevet som hyggelig, men ikke viktig. Oppfølging fra helseveileder ble godt tatt imot og beskrevet som nyttig.

4. Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommunene. Deltakerne sa at rehabiliteringstilbud som de kunne benytte seg av, var begrenset i kommunene.

Konklusjon: Personer med fedme og med langvarig smerte har behov for mer støtte og oppfølging for å oppnå sine rehabiliteringsmål. Oppfølging fra en helseveileder i kommunen kan bidra til en bedre måloppnåelse.

Abstract

Background: Obesity and persistent pain conditions have high prevalence in Norway. These conditions cause reduced quality of life for those affected and entail a high cost to the society. The basis for the treatment of these conditions is a change of lifestyle. Lasting change is difficult to achieve. Rehabilitation in primary health care setting is limited for these groups. A collaborative project with the regional rehabilitation centre Unicare Helsefort and three local authorities in Fosen - region, Mid-Norway, has provided a health guidance worker for the individuals who has been rehabilitated at Helsefort and return home. The goal is to ensure a sound transition from specialist to primary health care setting and a follow-up treatment.

Aim: To get a better insight into how persons with obesity and persons with persistent pain conditions experienced being discharged from a rehabilitation centre to their home setting.

Method: A qualitative research method with a social constructivist approach was applied. Semi-structured interviews were performed with nine persons who had taken part in Unicare Helseforts rehabilitation programme. Thematic analysis was used to analyse the data.

Results: The participants experienced the transition from specialist health care setting to home as difficult. Most did not achieve their rehabilitation goals. Four main problem areas were uncovered:

- 1) Responsibility for ones own health and the sense of guilt. The partipants said that they felt responsible for following their rehabilitation programme. Not managing gave them a sense of guilt. They appreciated the opportunity to participate in Unicare Helseforts programme, but said that they didn't really learn anything new.
- 2) A need to belong and a need for social support. An experience of belonging at the rehabilitation centre was important. The participants received little support from their own social surroundings.
- 3) Follow-up needs. Participants said that they needed to be followed up by health professionals. General practitioners were important before rehabilitation at Unicare Helsefort, but not afterwards. At home follow-up by Unicare Helsefort was described as nice, but not important. The participants appreciated the follow-up from the health guidance workers from the local community and said that it was useful.
- 4) The need for better primary care rehabilitation services. Participants reported that rehabilaion services they could access were limited in their local communities.

Conclusion: Persons with obesity and persons with persistent pain conditions need more support and follow-up to achieve their rehabilitation goals. A health guidance worker can contribute to improve goal achievement.

Forord

Arbeidet med min masteroppgave har vært en lang og lærerik prosess. Jeg ville ikke klart å gjennomføre dette alene. Jeg vil først og fremst takke de personer som deltok i min studie og som delte sine erfaringer og tanker med meg. Jeg vil også takke våre gode samarbeidspartnere på Unicare Helsefort som støttet denne studien og var vesentlige for dette arbeidet.

Jeg vil takke alle mine lærere som jeg har hatt æren å få møte. Dere har ikke bare delt deres kunnskap med meg, men har også motivert, inspirert og skapt stor læreglede. Jeg vil spesielt takke min veileder Ingrid Følling ved NTNU som har kommet med konstruktive tilbakemeldinger og som med stødig hånd har styrt meg gjennom et frustrerende tanke- og skrivekaos som følger med et så omfattende skrivearbeid.

Jeg vil ikke minst takke Harald som holdt ut mine reiser, sytingen og hadde tålmodighet til å være den første leseren av mine skriverier. Stor takk til Linda Allan Blekkan for hennes bidrag og støtte. Jeg vil også takke sønnen min med sin familie som har støttet meg gjennom hele skolegangen og som ikke klaget altfor mye på at bestemor ikke gjorde det som bestemødre skal gjøre, men koste seg isteden med et nytt utdanningsforløp.

Til slutt vil jeg takke min leder Leena Stenkløv og andre kollegaer ved Fosen helse IKS. Uten deres støtte, tilrettelegging og tro på meg ville ikke dette vært mulig. Til slutt vil jeg rette en ekstra stor takk til Rita Langvold for korrekturlesing.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	I
Abstract	III
Forord	V
Kapittel 1 Bakgrunn	1
1.1. Studiens aktualitet.....	1
1.2. Kunnskapsgrunnlag, erfaringer og utfordringer.	3
1.2.1. Forebygging, begrensnig og rehabilitering av kronisk sykdom.	3
1.2.2. Frisklivssentraler, primærhelseteam, oppfølgingsteam.....	4
1.2.3. Fedme - behandling og utfordringer.....	6
1.2.4. Langvarig smerte – behandling, rehabilitering og utfordringer	8
1.2.5. Ansvar for egen helse	10
1.3. Fosen-prosjekt	12
1.3.1. Helseveiledningstjeneste	12
1.3.2. Samarbeid med Unicare Helsefort	13
1.2.3. Mål og problemstilling	14
Kapittel 2 Metode.....	16
2.1. Teoretisk posisjonering.....	16
2.1.1. Kvalitativ metode i forskning.....	16
2.1.2. Sosialkonstruktivism og symbolsk interaksjonisme.....	16
2.2. Forskerrolle og forforståelse	18
2.3. Etikk.....	19
2.4. Datainnsamling	20
2.4.1. Intervju	20
2.4.2. Rekruttering.....	21
2.4.3. Utvalg	21
2.5. Analyse av datamaterialet	23
2.5.1. Tematisk analyse	23
2.5.2. Analyseprosessen	23
Kapittel 3 Resultater.....	27
3.1. Ansvar for egen helse og skyldfølelse.....	27
3.1.1. Eget ansvar for endring av levevaner og skyldfølelse.....	27
3.1.2. Kunnskap og erfaringer fra Unicare Helsefort.....	30
3.2. Behov for tilhørighet og sosial støtte.....	31

3.3.1.	Opplevelse av tilhørighet og sosial støtte på Unicare Helsefort	31
3.3.2.	Støtte fra egne sosiale nettverk.....	32
3.3.	Behov for oppfølging etter rehabiliteringsopphold på Unicare Helsefort.....	34
3.3.1.	Fastlegens rolle før og etter rehabiliteringsoppholdet.....	34
3.3.2.	Oppfølging fra Unicare Helsefort	35
3.3.3.	Oppfølging fra helseveileder	37
3.4.	Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommunen.....	39
Kapittel 4	Diskusjon.....	41
4.1.	Ansvar for egen helse og skyldfølelse	41
4.2.	Behov for tilhørighet og sosial støtte.....	45
4.3.	Behov for oppfølging etter opphold på Unicare Helsefort	47
4.4.	Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommunen.....	50
4.5.	Metodediskusjon.....	53
4.5.1.	Gyldighet.....	53
4.5.2.	Pålitelighet.....	54
4.5.3.	Utvalg	55
4.5.4.	Generaliserbarhet	56
5.	Konklusjon	57
Litteraturliste	59

Kapittel 1 Bakgrunn

I dette kapittelet ble bakgrunns-forholdene relevante for studien forklart. Studiens aktualitet og kunnskapsgrunnlag, erfaringer samt utfordringer knyttet til forebygging, begrensnig og rehabilitering av kronisk sykdom ble belyst. Kunnskapen om og tradisjonen innen rehabilitering av personer med fedme og personer med langvarig smerte samt forventninger om den enkeltes ansvar for egen helse ble beskrevet nærmere. Videre ble et prosjekt i tre kommuner på Fosen i Midt-Norge, «Rehabiliteringsforløp for kroniske syke i tidlig fase av sykdommen», beskrevet. Prosjektet innebar blant annet samarbeid mellom Fosen-kommuner og Unicare Helsefort, en rehabiliteringsinstitusjon i regionen. Til slutt ble studiens mål forklart og problemstillingen lagt fram.

1.1. Studiens aktualitet

I 2017 var forventet levealder i Norge 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn. I løpet av de siste tiårene har sykdomsbyrden sunket for mange sykdommer som medfører tapte leveår, men ikke for tilstander som gir ikke-dødelig helsetap (Folkehelseinstituttet, 2018). Ikke-smittsomme sykdommer, slike som hjerte- og karsykdommer, kreft, kols og diabetes utgjør 65 % av den norske sykdomsbyrden (Tollånes et al., 2018, Folkehelseinstituttet, 2018). Ved utgangen av 2015 skyldtes 39 % av alle legemeldte sykefraværsdager muskel- og skjelettlidelser. Omtrent 30 % av den norske befolkningen har langvarig smerte (Statistisk sentralbyrå/SSB, 2018, Folkehelseinstituttet, 2018, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, Mundal, 2018, Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2020). Overvekt er en av de store helseutfordringene i den vestlige verden (WHO, 2020). Ifølge folkehelse rapporten har flertallet av den norske befolkningen overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet, 2018). Mange risikofaktorer med redusert helse og økt risiko for dødelighet er knyttet til levevaner, røyking, høyt alkoholinntak, usunt kosthold, overvekt og passiv livsstil (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, Loeff & Walach, 2012).

Redusert helse og lav funksjonsevne medfører påkjenninger og kostnader både for den som er rammet og for samfunnet, i form av sykefravær, trygd og behov for helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det er kommunens oppgave å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og forsøke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. (Folkehelseloven, 2011, §4, Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). Kommunen skal også sørge for at alle som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §1, §3, Helsedirektoratet, 2020).

Behov for fokusendring i fremtidens helse- og omsorgstjenester har vært et diskusjonstema siden samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det har blitt nevnt tre hovedutfordringer: fragmenterte helsetjenester, altfor lite fokus på forebygging og begrensning av sykdom, og at et økende antall mennesker med kroniske helseplager kan komme til å utfordre samfunnets økonomiske bæreevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Disse utfordringene er like aktuelle i dag slik de var for tolv år siden.

Beslutningstakere i kommunene har en vanskelig oppgave med å prioritere ressursdeling til helseoppgaver. Forebyggende helsearbeid gir resultater over lang tid og effekten er vanskelig å måle. Samtidig finnes det alltid behandlings- og omsorgsbehov som krever øyeblikkelige løsninger, og behandling blir oftest prioritert framfor forebygging. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det finnes lite forskning om rehabilitering av kronisk syke som enda ikke har behov for helse- og omsorgstjenester i kommunen. Bedre innsikt i deres behov er nødvendig for å utvikle helsetjenester som har fokus på forebygging og begrensning av sykdommen, samt rehabilitering.

Hensikten med denne studien var å skaffe mer informasjon om rehabilitering av personer med fedme og personer med langvarig smerte. Ny kunnskap om denne brukergruppen kan bidra til økt fokus på utvikling av helsetjenester som har tidlig rehabilitering som formål.

1.2. Kunnskapsgrunnlag, erfaringer og utfordringer.

1.2.1. Forebygging, begrensning og rehabilitering av kronisk sykdom.

I Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, §1, §3) defineres habilitering og rehabilitering som målrettede, koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte samarbeidsprosesser som kan bidra til den enkeltes økte funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv. Med forebygging menes det primærforebygging, før helseproblemet oppstår, sekundærforebygging, når helseproblemet har oppstått og tertiærforebygging når helseproblemet er behandlet (Caplan & Caplan, 2000).

Mennesker med en akutt sykdom eller med en langtkommen kronisk sykdom med akutt forverring har ofte et avklart sykdomsforløp, og rehabiliteringstiltak integreres i dette automatisk. (St. Olavs hospital, 2015, Pettersen & Wyller, 2007). Mange i denne brukergruppen er eldre mennesker som har hatt hyppige kontakter med helsevesenet, slik som regelmessige fastlegebesøk, innleggelse ved sykehuset eller kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig har ikke alle kommuner klart å få på plass et system som fanger opp personer som holder på å utvikle en kronisk sykdom eller de med kronisk sykdom i en tidlig eller stabil fase (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Denne brukergruppen har et stort rehabiliteringspotensiale, men de omfattes ikke av et definert forløp. I Norge er de fleste pasientforløp utviklet på sykehusene og er diagnose-spesifikke. Samhandling og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten har vært mangelfull (Danielsen, Nilsen & Fredwall, 2017). Forsøk på å forlenge diagnosespesifikke pasientforløp inn i kommunene har vært utfordrende (Grimsø et al., 2016; Løhre & Grimsø, 2015). I 2009 ble det gjennomført et utviklingsprosjekt «Helhetlig pasientforløp i hjemmet» (HPH) i seks kommuner i Midt-Norge. Målet var å etablere og utprøve et generisk pasientforløp tilpasset til brukere med alle diagnoser og sørge for sømløse overganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Røsstad et al., 2013). Prosjektet fikk gode resultater og siden 2014 har Folkehelseinstituttet og KS (Kommunesektorens organisasjon) arbeidet sammen med kommuner og helseforetak for å videreutvikle gode, funksjonsbaserte pasientforløp. Målet med dette er å forbedre kommunikasjon og overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (FHI, 2019, Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). HPH er en samhandlingsmodell som skal være anvendelig for alle brukere (FHI, 2019, Røsstad et al., 2013). I praksis er målgruppen for HPH og lignende pasientforløp kronisk syke eldre som

allerede har helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Denne delen av pasientforløpet som skal skje etter at brukeren kommer hjem fra spesialisthelsetjenesten, bygges rundt hjemmetjenester og sykehjem, med fastlegen i den sentrale rollen. Brukere med kroniske helseutfordringer og sykdommer tidligere i sykdomsforløpet er ikke inkludert.

Det finnes ikke systematisk og standardisert helhetlig oppfølging i primærhelsetjenesten for de brukere som er kronisk syke, men ikke så syke at de trenger omsorgstjenester. Per dags dato organiseres habilitering, rehabilitering og forebyggende helsearbeid forskjellig i kommunene. Personer med kroniske sykdommer og tilstander, for eksempel med fedme og muskel- og skjelettplager, og som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, har ikke godt nok rehabiliteringstilbud i kommunene. Utfordringer med kapasiteten og kompetanse er nevnt som hovedårsaker til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.2.2. Frisklivssentraler, primærhelseteam, oppfølgingsteam

Det prøves stadig ut forskjellige løsninger for å sikre bedre oppfølging for brukere som enten har risiko for å utvikle en kronisk sykdom eller som allerede er kronisk syke.

I 2011 anbefalte Helsedirektoratet alle norske kommuner å etablere en kommunal helsetjeneste, Frisklivssentralen (FLS). Frisklivssentraler skal bidra til redusert sykdomsbyrde, mer sammenhengende helsetjenester, utjevning av sosiale ulikheter i levevaner og helse samt være en samarbeidspartner i kommunenes folkehelsearbeid. Målet er å fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer, samt bidra til behandling av sykdom (Samdal & Meland, 2020, Helsedirektoratet, 2011b). Tilbudet i FLS skal være strukturert, individuelt tilpasset og tidsavgrenset. Det skal gis råd og veiledning til kosthold, fysisk aktivitet, søvnvansker, snus- og røykeslutt. FLS kan også gi tilbud knyttet til psykiske belastninger og risikofyllt alkoholbruk (Helsedirektoratet, 2011b). Målgruppen for frisklivssentralen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2011b). I 2017 var FLS etablert i over 60 % av landets kommuner. Tilbudet er bedre utviklet i større kommuner og

sentrale strøk (SSB, 2018). FLS er ikke en lovpålagt helsetjeneste i kommuner, og tilbudene varierer mye fra kommune til kommune. Mangel på standardisering gjør det vanskelig å evaluere effekten på tilbudene i frisklivssentraler (Ekornrud & Thonstad, 2018, Samdal & Meland, 2020). Rask etablering av frisklivssentraler i mange kommuner er mer en politisk betinget avgjørelse å gjøre noe konstruktivt for å bremse utvikling av kroniske sykdommer enn basert på dokumentert positiv effekt. (Samdal & Meland, 2020).

Primærhelseteam (PHT) er et nasjonalt pilotprosjekt i ni kommuner med utprøvningsperioden fra 2018 til 2023 og er et annet eksempel for helsetjenesteutvikling i primærhelsetjenesten. Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Teamet ledes av en fastlege. Det er omtrent 87 fastleger fra 13 legekontorer som deltar. Målet med primærhelseteamet er å bidra til bedre helse for brukere og forebygging av behov for kostbare helse- og omsorgstjenester. Dette skal oppnås ved tverrfaglig oppfølging, koordinering av tjenester og ansvars- og oppgavedeling (Helsedirektoratet, 2019b). Statusrapporten fra 2019, basert på registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer viste varierende resultater. Brukere som følges opp av PHT, er oftest de med kroniske sykdommer (for eks. diabetes, kols, astma, psykiske lidelser), noen legekantor har fokus også på fedme, kostholdsveiledning og mestring. Mangel på tid for gruppeledelse og møtevirksomhet, uklare forhold til ansvarsfordeling og tillit til sykepleiere, samt manglende interesse for endring fra leger, er nevnt som utfordringer ved utbredelse av prosjektet (UiO/Institutt for helse og samfunn, Oslo Economics & UiT/Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019). Utvikling av nye arbeidsmodeller tar lang tid. Status-rapporten fra 2020 viser mer optimistiske resultater (UiO/Institutt for helse og samfunn, Oslo Economics & UiT/Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2021). Siste evalueringsdata viser at den nye arbeidsmodellen bidrar til endringer i hvordan pasientarbeidet på fastlegekontoret foregår. Kvalitative funn tyder på at pasienter som er blitt fulgt opp av primærhelseteam over tid, opplever økt kontinuitet og tilgjengelighet av helsetjenester og bedre mestring av egen helsetilstand (Uio/Institutt for helse og samfunn et al., 2021).

Tverrfaglig oppfølgingsteam er også et pågående pilotprosjekt (2018 – 2021) i helsedirektoratets regi, med seks kommuner som deltar. Formålet med oppfølgingsteam er å yte og koordinere tjenester som brukeren har behov for. Målgruppen er brukere som på grunn av sykdom og funksjonsnedsettelse kan i fremtiden få behov for høyt forbruk av helse og omsorgstjenester. Hovedfokuset i prosjektet er å systematisere tidlig identifisering av behov,

tverrfaglig utredning og bruk av oppfølgingsteam som en arbeidsform. (Helsedirektoratet, 2019a).

Mange kommuner med stram økonomi opplever at det er utfordrende å få politikere til å forstå verdien av forebygging og begrenning av sykdom, og at dette ofte blir nedprioritert til fordel for andre helsetjenester (Samdal & Meland, 2020). Utvikling av helsetjenester som har fokus på forebygging og rehabilitering organiseres oftest i prosjektform, er tidsbegrenset og finansieres av diverse tilskuddsordninger. Mange gode og nyttige tiltak blir ikke videreført i drift når prosjektperioden er over og kommunen skal ta over finansieringen. Noen av årsakene kan være at prosjekter er altfor kortvarige til å oppnå endring i helsepersonellens tanke- og arbeidsmåter eller at nytteverdien i gjennomførte prosjekter ikke blir bra nok presentert. I slike tilfeller har beslutningstakere ikke godt nok evalueringsgrunnlag når videreføring skal vurderes.

1.2.3. Fedme - behandling og utfordringer.

Verdens helseorganisasjon angir kroppsmasseindeks (KMI) over 25 (kg/m²) som overvekt. KMI over 30 regnes som sykkelig overvekt eller fedme. (WHO, 2020, Helsedirektoratet, 2011). I Ifølge helseundersøkelser gjennomført i Tromsø og Nord-Trøndelag i 2016 har 25 prosent av menn og 21 prosent av kvinner i alderen 40-69 fedme (Folkehelseinstituttet, 2017). Fedme er en risikofaktor for utvikling av flere kroniske sykdommer, slike som diabetes-2, hjerte- og karsykdommer, visse typer kreft, muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser.

Fedme er en sammensatt og ressurskrevende kronisk tilstand (Hjelmesæth, Hofsø, Handeland, Johnson & Sandbu, 2007). Utvikling av fedme er knyttet til en kompleks dynamikk mellom levevaner, genetik og fysiologi, men også mental helse, emosjonell bagasje og sosiale faktorer (Brandkvist, Bjørngaard & Ødegård, 2019, Stranden et al., 2020, Tamayo, Herder & Rathman, 2010).

Det er en stor enighet i internasjonalt forskningsmiljø om at overvekt og fedme bør behandles som en kronisk sykdom. Omfattende multifaktorielle livsstilsprogram som inkluderer redusert kaloriinntak, økt fysisk aktivitet og tiltak for å støtte atferdsendring i minst 6 til 12 måneder er sett som nødvendige for å oppnå varige resultater (Semlitch, Stigler, Jeitler, Horvath &

Siebenhofer., 2019, Gómez & Martínez-Marcos, 2018, Helsedirektoratet, 2011). Endring av levevaner er grunnmuren i behandlingen, men viser seg ofte vanskelig å etterleve (Hjelmesæth, 2007, Hjelmesæth et al., 2007). Mennesker med fedme har ofte behov for livslang oppfølging (Hjelmesæth, 2007). Fastlegen har ansvar for behandling av fedme i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011). Samtidig viser forskning at fedmebehandling hos fastlegen ikke fører til vesentlig vektreduksjon (Booth, Prevost, Wright & Gulliford, 2014, Helsedirektoratet, 2011). Personer som ikke oppnår behandlingsmål i primærhelsetjenesten skal henvises til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011a). Henvisningskriterier er personer med dårlig livskvalitet og KMI over 40 eller KMI over 35, i kombinasjon med en alvorlig vektrelatert sykdom (Helsedirektoratet, 2011a). I spesialisthelsetjenesten skal årsakene til fedme utredes og videre behandlingsforløp foreslås. Dette kan være videre behandling i primærhelsetjenesten, behandling av en psykolog, kirurgi, medikamentell behandling eller konservativ livsstilsbehandling på en rehabiliteringsinstitusjon (Helsedirektoratet, 2011a). Hovedmålet med institusjonsoppholdet er å hjelpe personer med fedme å endre levevaner slik at de blir mer fysisk aktive og har sunnere kosthold (Helsedirektoratet, 2011a). Etter behandlingen er det avgjørende med langvarig oppfølging som kan skje i primærhelsetjenesten, i samhandling med den behandlende institusjonen (Helsedirektoratet, 2011a).

Livsstilsprogram på en rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten kan være en god start på veien mot bedre helse, men viser seg å være effektivt kun på kort sikt. Mange fedmepasienter opplever vektøkning når de er ferdig med oppholdet og har kommet tilbake til hverdagen (Burgess, Hassmen & Pampa, 2017). Forskjellige sosiale og psykologiske faktorer er nevnt som barrierer for måloppnåelse, slike som for eksempel mangel på motivasjon, innsikt eller tid, dårlig råd, lavt selvbilde, lavere utdanning, helsebegrensninger, depresjon, urealistiske mål (Burgess et al., 2017, Murray, Craig, Honey & House, 2012, Leung, Chan, Sea & Woo, 2017) eller tidligere negative livshendelser (Følling, Solbjør & Helvik, 2015). Opplevelsen av å være stigmatisert på grunn av kroppsvekt kan skape dårlig samvittighet og skam, samt bidra til selvisolasjon, ensomhet og usunn livsstil (Puhl & Suh, 2015, Rønold, 2020). Høyere alder, høyere utdanning, bedre sosioøkonomisk status, lavere KMI før oppstarten av behandlingen og større vekttap i starten av programmet, er blitt nevnt som positive faktorer som bidrar til at mennesker klarer å oppnå varige resultater (Leung et al, 2017, Burgess et al., 2017). Flere negative faktorer har mennesker ikke noe kontroll over, slike som for eksempel negative opplevelser, emosjonell overbelastning og dårlig

sosioøkonomisk status (Følling, 2020). Mangelfull oppfølging kan være en av årsakene til hvorfor varig vektnedgang er så utfordrende å oppnå (Nguyen et al., 2012, Anderson, Konz, Frederich & Wood, 2001, Byrne, Cooper & Fairburn, 2003).

1.2.4. Langvarig smerte – behandling, rehabilitering og utfordringer

Langvarig smerte er definert som vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter med varighet på tre måneder eller mer (Treede et al., 2015). Vanligst er smerte i muskel- og skjelettsystemet, men smerter kan forekomme også i andre vevstyper og organer. Det er vanlig å skille mellom nevropatisk smerte, som skyldes skade i nervesystemet og nosiseptiv eller inflammatorisk smerte, som skyldes skader eller sykdom i vev. Nevropatisk smerte kan være forårsaket av for eksempel fysiske traumer, kirurgi, hjerneslag, cellegiftbehandling eller sykdommer som rammer nervesystemet. Nosiseptiv smerte kan skyldes betennelsesreaksjoner i muskulatur, artrose eller leddgikt (Treede et al., 2015).

Det er anslått at langvarig smerte er årsaken til over halvparten av uførhetstilfellene i Norge. Tilstanden medfører sterkt redusert livskvalitet (SSB, 2018). Muskel- og skjelettsmerter utgjør hoveddelen, men tilstander som hodepine, mage- og underlivssmerter, smerter etter skader og operasjoner, smerter ved hjerte- og karsykdommer og nevrologiske lidelser er også utbredt.

Smerter er en av de vanligste grunnene til at mennesker oppsøker helsevesenet og blant de ledende årsaker til leveår med nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, SSB, 2018). Mange som er rammet av langvarig smerte er i yrkesaktiv alder (Majlesi, 2019, SSB, 2018, Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2020). Denne sykdomsgruppen gir størst produksjonstap for samfunnet, målt i tapte skatteinntekter (SSB, 2018). Risikofaktorer for å få disse lidelsene er blant annet fysisk belastende arbeid, overvekt og lite fysisk aktivitet (SSB, 2018, Folkehelseinstituttet, 2018). Det er en klar sammenheng mellom langvarig smerte og sosioøkonomiske faktorer, med hyppigere forekomst av smertetilstander hos mennesker med mindre ressurser (Bonathan, Hearn & Williams, 2013). Mennesker med traumatisk oppvekst og de som har opplevd langvarig emosjonell overbelastning, kan være mer utsatt (Oranius et al., 2018). Kroniske muskel- og skjelettsmerter kan medføre betydelig redusert livskvalitet

med dårlig funksjonsevne, passiv livsstil, isolasjon og dårlig søvn. Forekomsten av depresjon og angst er høy (Heikkinen et al., 2019, Oranius et al, 2018).

Behandling av langvarig smerte innebærer ofte en kombinasjon av tilnærminger og involverer blant annet behandling rettet mot den primære sykdommen, smertestillende medikamenter, kirurgi, stimuleringsteknikker, fysioterapi, psykologiske tilnærminger og mestringstrening (Folkehelseinstituttet, 2018, Den norske elektroniske legehåndboka, 2003). Målet med behandlingen er at smerteopplevelsen reduseres, pasienten får forklaring på smerten og har realistiske forventninger til behandlingen, at pasienten klarer å bedre utnytte sine ressurser, fungerer bedre i hverdagen og at behov for smertelindrende medikamenter og helsetjenester reduseres (Den norske elektroniske legehåndboka, 2003).

Mennesker med muskel- og skjelettplager kan få nytte av treningsterapi og multidisiplinær psykososial- og fysikalsk rehabilitering, men effekten kan være kortvarig (Geneen et al., 2017, Malterud, 2010, Karjalainen et al., 2001, Guzman, et al., 1999, Goldenberg, Burckhart & Crofford, 2004, Wigers & Finset, 2007). Det er viktig å stimulere til mestring og å bryte onde sirkler som vedlikeholder symptomene (Malterud, 2010). Oppfølging i primærhelsetjenesten antas å være viktig for å innarbeide mestringsstrategier og endring av levevaner i egen hverdag etter rehabilitering på en institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Flere pasient- og brukergrupper, blant annet mennesker med reumatiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser, får ikke det rehabiliteringstilbudet de bør få i nærmiljøet. Det er behov for økt kapasitet, bedre kompetanse, nye tilbud og bedre organisering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). For å sikre gode rehabiliteringsforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten, optimalisere utbyttet av rehabiliteringen og forebygge behov for nye opphold i spesialisthelsetjenesten, er det derfor behov for kunnskapsbaserte metoder og modeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, 2015). Mangelfull oppfølgings- og rehabiliteringstilbud i primærhelsetjenesten kan redusere utbyttet som pasienten har fått av behandlingen eller rehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten (Det norske revmatikerforbundet, 2021).

1.2.5. Ansvar for egen helse

Rehabilitering av personer med kroniske helseutfordringer, slike som for eksempel fedme og langvarige smertetilstander er ikke bra nok organisert i norske kommuner, men i stor grad overlatt til den enkeltes personlige ansvar og fastlegen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Fastlegen har ansvar for den medisinske oppfølgingen av sine pasienter. Fastlegen skal også tilby forebyggende tiltak til personer med risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt (Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2012, §20). Forskning viser at helsefremming og forebygging i allmennpraksis kan bidra til bedre folkehelse generelt (Rønnevik, Pettersen & Grimsmo, 2020). Dessverre foretrekker fastleger oftest medikamentell forebygging framfor annen forebygging (Rønnevik et al., 2020). Ifølge folkehelseloven (2011, §4, §7) skal kommunen sørge for at innbyggere får informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Den rådende biomedisinske tilnærmingen i helsevesenet betrakter helse som en tilstand uten sykdom og risiko, med god funksjonsevne og generelt velvære (Fugelli, 2004). Kunnskap om helse og sykdom brukes til å etablere normer for sunn og moralsk akseptabelt atferd som alle mennesker kan måle seg opp imot (Vaule, 2012). Det forventes at mennesker tar ansvar for egen helse. Risiko for sykdom knyttes til usunne levevaner og domineres av individualistiske forklaringer, slike som mangel på viljestyrke, kunnskap eller motivasjon (Vaule, 2012, Brownwell et al., 2010). Myndiggjøring og brukervedvirkning er begrep som har vært temaer i mange sentrale helserelevante dokumenter siden 90-tallet og innebærer at brukere involveres i diskusjoner og beslutninger om hans eller hennes liv og helse (Vatne, 1998, Juritzen et al., 2012, Helsedirektoratet, 2017). Dette er en ressursfokustert tilnærming som tar utgangspunktet i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Den skal også fremme den enkeltes selvstendighet, mestring, trygghet, positivt selvbilde og opplevelse av styring og kontroll i eget liv (Helsedirektoratet, 2018). Myndiggjøring innebærer også at den enkelte ansvarliggjøres for egen helse og velvære i mye større grad enn tidligere (Fugelli, 2004). «Selvpåførte sykdommer», som er forårsaket av usunne levevaner, er et hyppig tema i massemedia og på debattene stilles det spørsmål om felleskapet bør ta regningen for hver enkeltes dårlige livsvalg (Stavrum, 2016).

Holdninger i samfunnet rundt individets ansvar for egen helse deles også av helsepersonell. Forskning viser at medisinske profesjoner rangerer sykdommer i forhold til prestisje eller i

forhold til det hvor attraktivt det er å jobbe med pasienter med visse diagnoser (Album, 1991, Album & Westin, 2008, Album et al., 2014). På toppen av et slikt prestisjehierarki er sykdommer med konkret diagnostisering og hvor behandlingen involverer en aktiv legegjerning, som for eksempel leukemi, hjernesvulst og hjerteinfarkt. Lavest rangert er sykdommer hvor diagnostisering er komplisert og usikker, hvor årsaker kan knyttes til levevaner og hvor behandlingsmåter gir usikre resultater, slike som depressive tilstander, angst, levercirrhose og fibromyalgi (Album et al., 2014, Album et al., 2017, Johannessen et al., 2020). Det viser seg at helsepersonell konsekvent gir uttrykk for anti-fedme holdninger, antyder sammenheng mellom fedmeutvikling og pasientens personlige karakteristikk og innrømmer at de foretrekker å behandle andre pasientgrupper (Foster, et al., 2003, Rønold, 2020).

Ikke alle mennesker har samme forutsetninger eller ressurser for å klare å leve opp til den anbefalte standarden. Forskning om sosial ulikhet i helse viser en sammenheng mellom lavere sosioøkonomisk status og dårligere helse (Ingram, et al., 2020, Mæland, 2020). Det er høyere forekomst av depresjon, rusmisbruk, angst, langvarig smerte, hjertesykdom og diabetes hos mennesker med dårlig økonomi (McLean et al., 2014). Personer med lavere sosioøkonomisk status har gjennomgående mindre tilgang til indre og ytre ressurser for å mestre belastende hendelser og situasjoner, slik som for eksempel stress, sykdom eller arbeidsledighet. Dette kan være enten mangel på kunnskap, støttende nettverk, økonomiske midler eller evner til å finne fram i eksisterende velferdsordninger eller helsetjenester (Mæland, 2020a). Mennesker som opplever at de på en eller annen måte ikke er bra nok eller ikke klarer å leve opp til forventningene i samfunnet kan føle skam (Goffman, 1975). De kan føle at de alene bærer ansvaret for å lykkes. Stigmatisering i medisinsk og offentlig helsepraksis kan bidra til at mennesker med livsstilssykdommer ikke søker om hjelp (Brewis, SturtzSreetaran & Wutich, 2018).

1.3. Fosen-prosjekt

1.3.1. Helseveiledningstjeneste

På bakgrunn av økt helsepolitisk fokus på utvikling av helsetjenester innen forebygging, rehabilitering og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, 2013, 2015, 2017) utarbeidet Fosen helse interkommunale selskap IKS, Fosen-regionens samarbeids- og utviklingsaktør, et interkommunalt prosjekt «Rehabiliteringsforløp for kronisk syke i tidlig fase av sykdommen». (2018 – 2021). Prosjektet innebærer utvikling av en tverrsektoriell samhandlingsmodell som skal forbedre oppfølging av personer med kroniske helseutfordringer. Målet er at brukere skal kunne oppleve mer sammenhengende helsetjenester og mer flytende overganger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

I forbindelse med prosjektet «Rehabiliteringsforløp for kronisk syke i tidlig fase av sykdommen» ble det i 2019 etablert en ny kommunal helsetjeneste, helseveileder, i tre Fosen-kommuner - Indre Fosen, Åfjord og Ørland. Kun Åfjord kommune har organisert forebyggende- og rehabiliteringsarbeid rundt frisklivssentralen. Ingen av Fosen-kommunene deltar i nasjonale prosjekter Primærhelseteam eller Oppfølgingsteam. Helseveiledningstjenesten skal inneholde elementer fra alle disse prosjektene. Tjenesten skal sørge for at brukere med kroniske helseutfordringer, som bor hjemme og enda ikke har behov for omsorgstjenester, får tilbud om en mer helhetlig oppfølging. Det kan være personer som står i fare for å utvikle en kronisk sykdom, men som fortsatt kan gjøre en god del selv for å forebygge dette. Eller at de som har en kronisk sykdom, men som i tillegg til medisinsk behandling, også kan gjøre noe selv for å begrense sykdomsutvikling og utsette forverring. En viktig målgruppe er de brukere som kommer hjem etter behandling eller rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og har behov for etterfølging fra helsepersonell.

Helseveiledere skal avlaste fastleger ved å følge opp pasienter i de områder hvor det ikke er nødvendig med legekompentanse: gi helseinformasjon og råd, hjelpe til å tilpasse eksisterende tjenester og tilbud etter brukerens behov, samt støtte og motivere ved endring av levevaner. Helseveiledere skal jobbe tverrfaglig, og samarbeide med andre fagpersoner i den enkelte kommune og i spesialisthelsetjenesten.

1.3.2. Samarbeid med Unicare Helsefort

Helseveiledningstjenesten skal prøves ut i samarbeid mellom Unicare Helsefort, en rehabiliteringsinstitusjon i regionen, og Fosen-kommunene. Helsefortet er en del av tilbudet i spesialisttjenesten i Møre- og Romsdal og Trøndelag og har rehabiliteringstilbud for personer med fedme, langvarig smerte, kroniske utmattelse (CFS/ME) og slag (Unicare, 2020).

Pasienter blir henvist til Helsefortet enten av fastlegen eller av spesialisthelsetjenesten.

I denne studien ble det valgt å ha søkelys på rehabilitering av personer med fedme og personer med langvarig smerte fordi disse helseutfordringene forårsaker store helsebegrensninger og er svært utbredt i Norge.

Rehabiliteringsprogrammene på Unicare Helsefort er basert på en biopsykososial modell og benytter kognitiv atferdsterapi, tilpasset fysisk trening samt variert undervisning og veiledning i grupper og individuelt. En stor del av rehabiliteringen er knyttet til endringsprosesser. Det kan handle om endring i kosthold, fysisk aktivitet eller tankemønstre (Unicare, 2020).

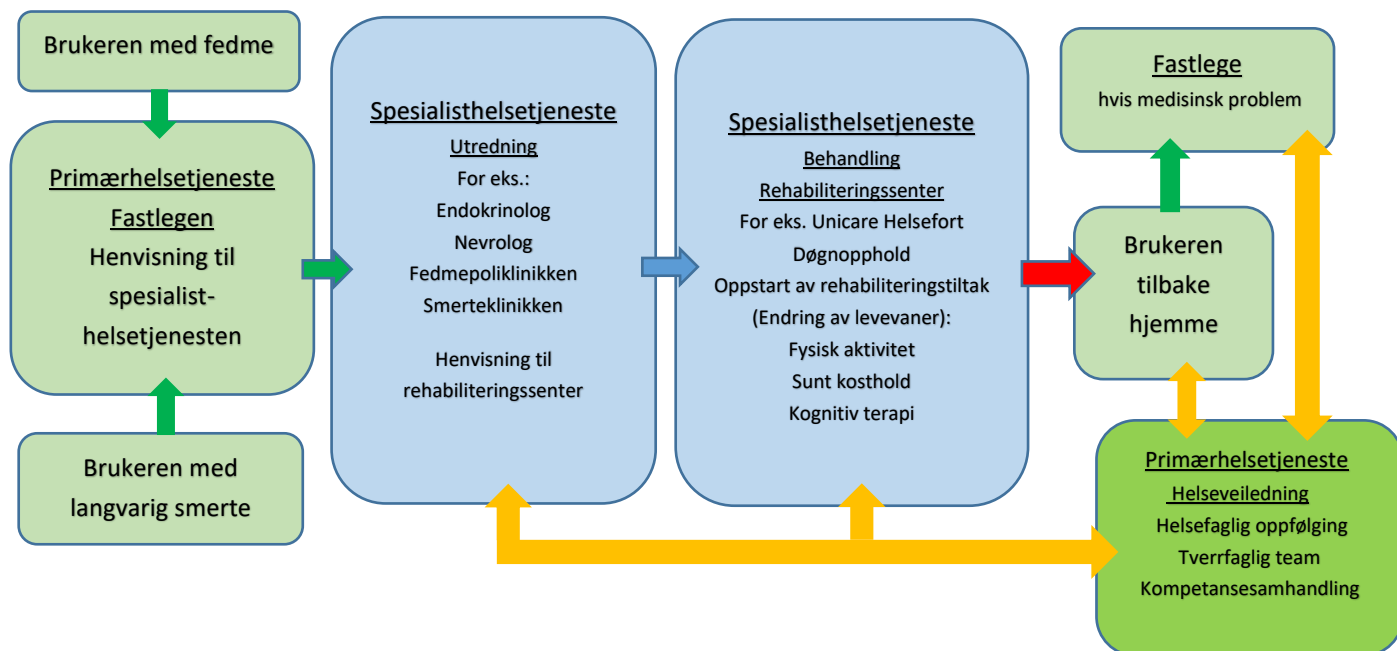
Rehabiliteringsprogram for personer med fedme består av et tre-ukers hovedopphold, to en-ukers opphold og hjemme-perioder mellom de oppholdene. Primærkontakten fra Helsefortet følger opp brukere telefonisk i hjemmeperioder. Etter ett år inviteres brukere tilbake på Helsefortet på et en-ukers opphold, for å evaluere måloppnåelse.

Rehabiliteringsprogram for personer med langvarig smerte består av to ukers opphold på senteret, to uker hjemme og to ukene til på senteret. Primærkontakten fra Helsefortet ringer dem i løpet av de to ukene når de er hjemme. Det er ikke mer oppfølging fra Helsefortet etter det gjennomførte seks-ukers programmet.

Samarbeid med Fosen-kommunene innebærer at alle brukere som deltar i rehabiliteringsprogram på Helsefortet, får tilbud om oppfølging fra helseveilederen i kommunen.

Helseveilederen skal, med brukerens samtykke, samarbeide med fastlegen, primærkontakten på Helsefortet og andre eventuelle aktører. På den måten ønskes det å sørge for en smidig overgang fra rehabiliteringssenteret til hverdagen hjemme og å skape et støttende nettverk og helsefelleskap rundt brukeren.

Følgende flytskjema beskriver rehabiliteringsforløpet for personer med fedme og personer med langvarig smerte på Fosen.



1.2.3. Mål og problemstilling

Målet med denne studien var å få bedre innsikt i hvilke behov personer med fedme og personer med langvarig smerte hadde i forbindelse med overgangen fra spesialisttjenesten til hjemkommunen. Studien skulle bidra til utvikling av mer brukervennlige helsetjenester i kommunene.

Studien ble utarbeidet for å være en del av evalueringen av Fosen-prosjektet «Rehabiliteringsforløp for kronisk syke i tidlig fase av sykdommen» og handlet om rehabilitering av personer med fedme og personer med langvarig smerte. Fokuset var på deltakernes opplevelser i forbindelse med deres rehabiliteringsprosesser, forhold og faktorer som hadde vært betydningsfulle for dem samt personlige og offentlige ressurser som hadde vært tilgjengelige for dem.

Studiens problemstilling var:

Hva slags erfaringer har personer med fedme og personer med langvarig smerte i forbindelse med overgangen fra rehabilitering i spesialisthelsetjenesten til hverdagen hjemme.

Kapittel 2 Metode

I dette kapitlet ble de vitenskapsteoretiske og metodiske valgene som ble gjort for å besvare problemstillingen redegjort og begrunnet. Forskerens rolle og forforståelse ble drøftet. Videre ble det beskrevet hvordan deltakere ble rekruttert til studien, de etiske valgene som ble gjort og personverntiltakene som ble funnet hensiktsmessig å bruke. Til slutt ble analyseprosessen beskrevet steg for steg.

2.1. Teoretisk posisjonering

2.1.1. Kvalitativ metode i forskning

Det ble valgt å bruke kvalitativ tilnærming som forskningsmetode.

Det er et helsepolitisk fokus å utvikle flere forebyggende helsetjenester. I forbindelse med utviklingsarbeid er det behov for mer kunnskap om rehabiliteringsmuligheter for personer med kroniske helseproblemer som enda ikke har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne studien hadde søkelys på den enkeltes erfaringer i forbindelse med sin helsesituasjon og rehabilitering.

Kvalitativ vitenskapsteoretisk tilnærming er forankret i det fortolkende rammeverket av forskningsteori og tar utgangspunkt i mening, subjektiv erfaring, samt sosial og kulturell kontekst rundt fenomener. (Malterud, 2001, Braun & Clarke, 2013, Tjora, 2017a). Den gir en mulighet til å skaffe et nyansert bilde av kompliserte fenomener og å studere deltakernes forståelse og beskrivelse av disse. (Braun & Clarke, 2013).

2.1.2. Sosialkonstruktivisme og symbolsk interaksjonisme

Problemstillingen ble besvart ut fra et sosialkonstruktivistisk og symbolsk interaksjonistisk vitenskapsteoretisk standpunkt. Sosialkonstruktivistisk tilnærming forklarer virkeligheten (ontologi) som en sosial konstruksjon, avhengig av betingelser i en bestemt kultur og tid.

Ifølge Burr (2015) er forståelse av omverden og hvilke konsepter det brukes for å beskrive den, betinget av kulturelle og historiske forutsetninger i et bestemt samfunn på et bestemt tidspunkt. Ut fra et sosiologisk perspektiv virker sosiale og kulturelle forhold inn på sykdom, helse og medisinsk virksomhet (Garsjø, 2001, Svensson, 2001). Sosialkonstruktivister betrakter kunnskap om fenomener i omverden (epistemologi) som en dynamisk prosess som er både subjektiv og kontekstavhengig og mener at kunnskap ikke er noe man har eller ikke har, men noe som mennesker skaper sammen og som er i stadig endring (Burr, 2015).

Symbolsk interaksjonisme er en teori om hvordan individets bevissthet om seg selv og mening om fenomener i omverdenen skapes og utvikles gjennom samspill med andre (Svensson, 2001, Järvinen, 2017). Sosialkonstruktivister snakker om dynamikken i sosial interaksjon og mener at språk har en fundamental rolle i dette. Språket er det konseptuelle rammeverket den enkelte er født i og en nødvendig forutsetning for å kunne uttrykke tanker og følelser. Det er i samtaler med andre at det utvikles forståelse av omverdenen, og denne forståelsen representerer et utgangspunkt for sosiale handlinger (Burr, 2015, Thagaard, 2018).

Formålet med studien var å utforske hvordan brukernes erfaringer i forbindelse med rehabiliteringstilbud kunne bidra til forming av bedre helsetjenester. Burr (2015) mener at ved sosialkonstruktivistisk tilnærming er det legitimt at forskeren er motivert til forskning av en bestemt agenda.

Ut fra sosialkonstruktivistisk perspektiv er konsepter rundt sykdom og helse sosiale konstruksjoner, uansett om det er snakk om medisinske utfordringer, personlige erfaringer eller holdninger. Holdninger hos helsepersonell og hos helsetjenestemottakere selv kan påvirke slike prosesser som helsetjenesteutvikling og ressursfordeling i samfunnet. I denne studien var språk og uttrykk som deltakerne brukte ikke et forskningsobjekt. Deltakernes opplevelser knyttet til deres rehabiliteringsprosesser ble utforsket ut fra deres personlig perspektiv - hva slags erfaringer de fikk mens de prøvde å gjennomføre sine rehabiliteringsplaner og systemperspektiv - hvordan de opplevde helsetjenestene de hadde fått i forbindelse med sin helseutfordring. Fokuset i analysefasen var derfor å finne temaer som var relevante for problemstillingen.

2.2. Forskerrolle og forforståelse

Forskerens rolle i kvalitativ forskning kan aldri være helt nøytral (Tjora, 2017a). Heller ikke sosialkonstruksjonistisk forskning kan være helt objektiv fordi alle møter verden med et eller annet standpunkt. Spørsmål og hypoteser man stiller oppstår fra det standpunktet (Burr, 2015). Fakta er derfor ikke upartiske, men et produkt av det at noen spør akkurat disse spørsmålene ut fra et bestemt syn på forskningstemaet (Burr, 2015). Forskeren og deltakerne skaper resultater sammen, i interaksjon med hverandre og bør ha lik status i forskningsprosessen. Forskeren må være bevisst både på sin egen deltakelse i forskningsprosessen og sin påvirkning på resultater. Burr (2015) mener at i praksis er forskningsprosessen ikke så demokratisk som ønsket, fordi forskerens endelige ord bærer likevel mest vekt.

Forskeren i denne studien har stilling som FoU-koordinator i Fosen Helse IKS, en samarbeids- og utviklingsaktør for tre Fosen-kommuner, og skal i dette arbeidet bidra til helsetjenesteutviklingen i regionen. Forskeren er også prosjektleder i prosjektet «Rehabiliteringsforløp for kronisk syke i tidlig fase av sykdommen» og har siden 2018 jobbet med etablering av helseveiledertjenesten. Forskerens engasjement i helsetjenesteutvikling og entusiastiske holdning til det pågående prosjektet kan ha påvirket intervju situasjonen, fortolkning av datamateriale og resultater.

Forskerens forforståelse om mennesker med kroniske sykdommer og deres behov ble basert på tidligere erfaringer i arbeid med kronisk syke samt teoretisk kunnskap og tidligere forskning om denne brukergruppen. Motivasjonen for å få implementert helseveilederfunksjon som en fast kommunal helsetjeneste og en ressurs for alle kronisk syke, var knyttet til denne forforståelsen.

Formålet med denne studien var ikke å bekrefte forskerens eller helsepersonellens syn på helsetjenestebrukernes behov, men å løfte fram deres syn på forskjellige faktorer som enten støttet eller hindret deres rehabilitering, uansett om det støttet forskerens forståelse og forventninger om de iverksatte tiltak eller ikke. Tjora (2017a) skriver at forskere kan komme i en situasjon hvor deres egne (politiske) overbevisninger vil være relevante til temaene som det forskes på. Da blir det enda viktigere å vise at forskningen er analytisk formet og ikke farget av disse overbevisningene. For å argumentere for troverdighet i dette prosjektet ble stegene i analyseprosessen nøye beskrevet.

Den kontakten som forskeren oppnår med prosjektdeltakerne kan også påvirke deres svar på intervju spørsmål (Thagaard, 2018) og oppmuntre dem til å evaluere helsetjenester på en mer positiv måte enn det de selv har opplevd. Reliabilitet (om man får samme resultater ved gjentakelse) og validitet (om resultater tilsvarer det som faktisk finnes) er mindre aktuelle begrep for å legitimere denne studien. Ved sosialkonstruktivistisk tilnærming var det ikke et ønske å identifisere den eneste sannheten og det er mulig at en annen forsker med en annen problemstilling og forforståelse ville løfte fram andre momenter i originaldataene, enn de som ble funnet relevante for denne studien.

2.3. Etikk

Intervjuteemaene hadde ikke fokus på deltakernes helseopplysninger, men det kunne skje at deltakerne selv valgte å snakke om sin helse og det kunne være et sårt tema for dem. Personer med fedme og personer med langvarig smerte opplever ofte stigmatisering og kan ha hatt negative erfaringer i møtet med helsevesenet. Deltakerne ble informert om at forskeren i denne studien var helsepersonell og underlagt taushetsplikten.

Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i Midt-Norge har forhåndsvurdert at studien ikke var framleggingspliktig fordi formålet med var å studere og evaluere helsetjenesteutvikling, ikke å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Det ble søkt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) på bakgrunn av at utvalget var gjort i en liten og spesiell pasientpopulasjon.

Deltakelse i prosjektet var frivillig. Deltakerne ble informert om at de hadde rett til innsyn i hvilke opplysninger som ble registrert om dem og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som var registrert. De fikk også informasjon om sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Deltakerne hadde rett til å ombestemme og de kunne når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke seg fra deltakelse. De fikk også informasjon om at dersom de valgte å trekke seg fra studien på et senere tidspunkt, kunne de kreve å få slettet opplysninger som handlet om deres deltakelse, med mindre opplysningene allerede var inngått i analyser eller blitt brukt i masteroppgaven.

De ble oppmuntret til å kontakte forskeren på telefon eller på e-post hvis de ønsket mer informasjon om studien.

Opptakene av intervjuene som ble gjort i studien ble lastet opp og lagret direkte på en sikker plattform, Tjenester for Sensitive Data (TSD), i et område hvor bare forskeren og veilederen hadde tilgang. Denne tjenesten for lagring og behandling av sensitivt datamateriale oppfyller alle krav til personvern og sikkerhet. Alt arbeid med rådataer – transkribering og koding – ble gjort i TSD. Alle deltakerne ble anonymisert i den skriftlige fremstillingen. En kode knyttet deltakeren til hans/hennes opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun forskeren, som hadde tilgang til denne listen som oppbevartes på TSD.

2.4. Datainnsamling

2.4.1. Intervju

Individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer ble brukt for å samle inn data. Metoden er mye brukt i kvalitativ forskning og egner seg bra når forskningstemaet er deltakernes personlige erfaringer og opplevelser (Tjora, 2017a). Målet med å bruke semistrukturerte dybdeintervjuer er å skape en avslappet atmosfære hvor deltakere blir invitert til å drøfte fritt rundt forhåndsbestemte temaer (Tjora, 2017a). Ifølge det interaksjonistiske perspektivet samarbeider forskeren og intervjupersonen for å videreutvikle den forståelsen av opplevelser som intervjupersonen forteller om (Thagaard, 2018, Johnson, 2002,).

Det ble stilt åpne spørsmål hvor et overordnet tema var bestemt og samtalen ble styrt ved hjelp av kontrollspørsmål. Samtidig var det et ønske om å være åpen for nye temaer og aspekter rundt tematikken og følge opp de momentene som kom fram i samtalen (Vedlegg 1 - intervjuguide).

Dybdeintervjuer har fokus på forhold som er knyttet til deltakernes subjektivitet, deres meninger, holdninger og erfaringer. I denne studien ble deltakernes forhold til helsetjenester og deres opplevelser som tjenestemottakere studert ut fra sosialkonstruktivistisk perspektiv. Tjora (2017a) mener at intervjuene ikke bare handler om deltakerne, men kan brukes for å forstå sammenhenger utover informanter som individer.

2.4.2. Rekruttering

Deltakerne ble invitert til å delta i forskningsprosessen mens de fortsatt var på Helsefortet. Teamledere på Helsefortet informerte dem først muntlig og ga dem informasjonsbrevet med samtykkeerklæringen. Deltakerne fikk informasjon om at forskeren i studien også var prosjektleder i samhandlingsprosjektet mellom Helsefortet og Fosen-kommunene, men at dette ikke var relevant for denne studien de var invitert til å delta i. Deltakelse i studien skulle ikke ha noen innvirkning på deres behandling eller oppfølging. De personer som signerte samtykkeerklæringen samtykket med dette til å bli intervjuet etter oppholdet på Helsefortet. Det ble presisert at intervjuet skulle omhandle helsetjenester og deltakernes erfaringer i forbindelse med deres rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommuner, ikke deres helseopplysninger. Det ble ikke søkt om tilgang til deres pasientjournaler. Det ble også påpekt at deres deltakelse var høyt verdsatt og en god anledning til å uttrykke sin mening og dermed bidra til utvikling og forbedring av helsetjenester på Fosen.

Forskeren fikk formidlet navn og telefonnumre til de personer som hadde signert samtykkeerklæringen og kontaktet dem for å avtale tidspunkt og sted for gjennomføring av intervjuer. Tre deltakere ønsket å møte opp på et kontor, resten ønsket å bli intervjuet hjemme hos seg selv.

2.4.3. Utvalg

Inklusjonskriterier:

- Voksne personer (> 18 år) som hadde deltatt i rehabiliteringsprogrammene for personer med fedme og personer med langvarig smerte på Unicare Helsefort, høst/vinter 2019 eller vår 2020.
- Bosatt i en av Fosen-kommunene (Indre Fosen, Åfjord eller Ørland).

Eksklusjonskriterier:

- Alvorlig psykisk lidelse
- Psykisk utviklingshemning.

Til sammen ni deltakere ble intervjuet, hvorav seks var kvinner. Seks personer (fire kvinner og to menn) hadde fedme, og tre (to kvinner og en mann) hadde langvarig smerte. For best å anonymisere et lite utvalg hvor deltakerne hørte til spesifikke diagnosegrupper og lett kunne bli identifisert samt at de bodde i relativt små kommuner ble det valgt å presentere dem delt i tre aldersgrupper: 25-45 år, 46-64 år og 65+ år.

Tabell 1: Demografiske og medisinske data

Deltaker	Kjønn	Alder	Helseutfordring	Bosituasjon	Arbeidssituasjon
D1	Kvinne	65 +	Fedme	Bor sammen med andre	Pensjonist
D2	Kvinne	25 - 45	Fedme	Bor sammen med andre	Arbeidsledig
D3	Kvinne	25 - 45	Langvarig smerte	Bor sammen med andre	Uavklart (AAP)
D4	Kvinne	46 - 65	Langvarig smerte	Bor sammen med andre	Ufør
D5	Kvinne	46 - 65	Fedme	Bor sammen med andre	I arbeid
D6	Mann	65 +	Fedme	enslig	Pensjonist
D7	Mann	46 - 65	Fedme	enslig	Uavklart (AAP)
D8	Kvinne	46 - 65	Fedme	Bor sammen med andre	I arbeid
D9	Mann	25 - 45	Langvarig smerte	Bor sammen med andre	Ufør

2.5. Analyse av datamaterialet

2.5.1. Tematisk analyse

Det ble valgt tematisk analyse for å analysere data. Ut fra et konstruksjonistisk perspektiv er mening og erfaring ikke iboende egenskaper i det enkelte individet, men sosialt konstruert og stadig rekonstruert (Burr, 2015). Tematisk analyse, gjennomført i et konstruksjonistisk rammeverk har ikke fokus på individuelle psykologiske prosesser, men forsøker isteden å avdekke «latente» temaer samt å teoretisere rundt sosiokulturelle kontekster og strukturelle forhold som fører til spesifikke reaksjoner, tanker og uttrykk hos prosjektdeltakere (Braun & Clarke, 2006).

Tematisk analyse er en grunnleggende analysemetode som passer godt for analysering av kvalitativt datamateriale, er fleksibel og kan brukes ved forskjellige teoretiske tilnærminger (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, Braun & Clarke, 2006).

Det ble anvendt analysemetoden til Braun og Clarke (2006, 2013) som består av seks faser og er et robust rammeverk for koding av kvalitativ data samt systematisk leting og identifisering av temaer i datasettet. De seks fasene er: 1) å bli kjent med datamaterialet, 2) lage koder, 3) samle koder i kodekategorier, 4) revidere og korrigere kategorier, 5) formulere temaer og 6) skrive ut resultater (Braun & Clarke, 2006, 2013).

2.5.2. Analyseprosessen

Intervjuing, transkribering og analysering av datamaterialet ble gjort av den samme personen. I den første fasen ble datamaterialet lyttet på flere ganger for å danne en god oversikt. Det ble transkribert ordrett alt som deltakerne sa. I tillegg ble andre meningsbærende elementer, slike som for eksempel lyder, pauser, nøling eller latter, markert. Transkripsjonene ble leste flere ganger og de første analytiske tanker ble notert.

I den andre fasen ble alle transkripsjonene kodet. Braun & Clarke (2013) skiller mellom selektiv koding når man koder utvalgte deler i teksten eller full koding når hele teksten kodes for å identifisere alt av interesse og relevans til problemstillingen. Det ble brukt full koding.

Videre skiller Braun & Clarke (2013) mellom datadrevet eller empirinær koding hvor koder ligner mest mulig det som deltakere har sagt, og teoridrevet koding hvor forskeren, med sin forforståelse om temaet, forsøker å kode meningen bak deltakerens utsagn. I denne studien ble transkripsjonstekstene kodet så empirinært som mulig, for å finne alt som hadde relevans til problemstillingen. Kodene reflekterte det deltakerne sa, ikke det de snakket om (Braun & Clarke, 2006, 2013, Tjora, 2017a).

I den tredje fasen ble enkle koder på tvers av datasettet gruppert tematisk i ti kodekategorier: 1) Helseutfordring, 2) innsikt i egen situasjon, 3) forventninger til rehabilitering, 4) veien til Unicare Helsefort, 5) fastlegens rolle, 6) rehabiliteringsopphold på Unicare Helsefort, 7) ansvar for egen helse og skyldfølelse, 8) rollen til egne sosiale nettverk, 9) oppfølging etter rehabiliteringsoppholdet, 10) rehabiliteringstilbud i kommunen.

Den fjerde analysefasen innebar revidering og omgruppering i kodekategoriene slik at det var mulig å finne fellestrekk og mønstre på tvers av datasettet og for å identifisere foreløpige temaer. Kodekategoriene ble organisert i tre hovedkategorier: 1) helseutfordring, 2) deltakernes syn på faktorer som påvirket gjennomføring av rehabilitering og opplevelse av mestring og 3) deltakernes syn på helsetjenester de hadde fått i forbindelse med rehabilitering. Hver hovedkategori bestod av flere elementer som ble kalt underkategorier (Tabell 2).

Tabell 2: Fase 4 i analyseprosessen: Hovedkategorier og underkategorier.

Hoved-kategori	Helseutfordring	Deltakernes syn på gjennomføring av rehabilitering	Deltakernes syn på helsetjenester de hadde fått i forbindelse med rehabilitering
Under-kategorier	<ol style="list-style-type: none"> 1. Helse-status 2. Innsikt i egen situasjon 3. Forventninger til rehabilitering 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansvar for egen helse og skyldfølelse 2. Kunnskap og erfaringer skaffet på Unicare Helsefort 3. Støtte fra egne sosiale nettverk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fastlegens rolle 2. Rehabiliteringsopphold på Unicare Helsefort 3. Oppfølging etter rehabiliteringsoppholdet 4. Rehabiliteringstilbud i kommunen

For å danne en god oversikt over koder i forskjellige kategorier på tvers av datasettet, ble kodene fra alle transkripsjoner organisert i tabellform (Tabell 3). På den måten var det lett å se hvilken kode hørte til hvilken deltaker.

Tabell 3: Et fragment fra tabellen som ble brukt for å organisere datamaterialet.
Hovedkategori 1, Helseutfordring

Deltaker	Helseutfordring		
	Helsestatus	Innsikt i egen situasjon	Forventninger til rehabilitering
D4	<p>Smerter 24/7, som begrenser meg så mye i hverdagen at jeg ikke klarer å komme i gang med å trene så mye som jeg skal gjøre at jeg kan holde meg ganske bra.</p> <p>Artrose.</p> <p>Depresjon som ledsager til langvarig smerte.</p>	<p>Jeg vet ikke om det er egentlig noe med den diagnosen min. I hvert fall tror jeg ikke at den som står høyest i kurs for å få hjelp.</p> <p>Jeg har fått følelse at de kan ikke gi så mye svar på det, de liksom gir smertestillende og henviser meg til fysioterapeut og sånne ting, men jeg tror de er ikke så flink å se hver person egentlig.</p> <p>Fordi om vi har den samme diagnosen, den oppfører seg vidt forskjellig hos hver enkelt person, tror jeg.</p>	<p>Vi trenger hver vår tilnærming. For noen gjør det veldig godt å trene veldig hardt og gjøre styrketrening, men noen får vondt av det, så må finne en trening som passer seg.</p> <p>Det gikk veldig bra, for at jeg var innstilt på det, når jeg først fikk den.</p>
D5	<p>Veier for mye, problemer med hofte, dårlig søvn.</p>	<p>Veier for mye</p>	<p>Å holde tritt med barnebarn, klare meg i jobben, ha overskudd for å være med familie og venner.</p>
D6	<p>Byttet hjerteklaff, KOLS, BT, kne, hofte, slankeoperert 2013</p> <p>Utfordring med bevegelse og balanse</p> <p>Sosial isolasjon</p>	<p>En syk mann</p>	<p>-</p>

D7	<p>BT, dia, prostata, dårlig sirkulasjon – kribling i føtter, ustabil balanse</p> <p>Depresjon, sosial isolasjon</p> <p>Mange spørsmål hvorfor så lite energi Kan ikke gå 1km, må stoppe og hvile</p> <p>Feit, ikke syk Jeg er syk</p>	<p>Helsen er kaputt, ingen vits å rehabilitere</p> <p>Hvis jeg ikke kommer på arbeid innen 3-5 år, er jeg psykisk på bunnen</p> <p>Med i NAV programmet «tilbake på arbeid», vil ikke på arbeid, men møte folk</p> <p>Utbrukt, batteriet er tomt</p>	<p>Ambivalens: ønsker på arbeid, men føler seg altfor syk, vil ikke arbeide, tror ikke han kan.</p> <p>Må komme på arbeid, være sammen med folk, da kan jeg være mer aktiv.</p>
----	--	--	---

I den sjette fasen ble fire temaer formulert. Et tema er en dypere mening som kommer fram i datasettet gjennom analyseprosessen og som har relevans i besvarelse av problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, 2013). Temaer som kom fram i analyseprosessen belyste deltakernes forhold til sine rehabiliteringsprosesser og var knyttet til deres behov i forbindelse med overgangen fra Unicare Helsefort til hverdagen hjemme. Undertemaer ble brukt for å bedre presentere innholdet:

- 1) Ansvar for egen helse og skyldfølelse
 - Eget ansvar for endring av levevaner og skyldfølelse
 - Kunnskap og erfaringer fra Unicare Helsefort
- 2) Behov for tilhørighet og sosial støtte
 - Opplevelse av tilhørighet og sosial støtte på Unicare Helsefort
 - Støtte fra egne sosiale nettverk
- 3) Behov for oppfølging etter rehabiliteringsopphold på Unicare Helsefort
 - Fastlegens rolle
 - Oppfølging fra Unicare Helsefort
 - Oppfølging fra helseveilederen
- 4) Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommuner

Kapittel 3 Resultater

I dette kapitlet ble temaene som kom fram i analyseprosessen brukt for å presentere resultatene og for å besvare problemstillingen.

- 5) Ansvar for egen helse og skyldfølelse
 - Eget ansvar for endring av levevaner og skyldfølelse
 - Kunnskap og erfaringer fra Unicare Helsefort
- 6) Behov for tilhørighet og sosial støtte
 - Opplevelse av tilhørighet og sosial støtte på Unicare Helsefort
 - Støtte fra egne sosiale nettverk
- 7) Behov for oppfølging etter rehabiliteringsopphold på Unicare Helsefort
 - Fastlegens rolle
 - Oppfølging fra Unicare Helsefort
 - Oppfølging fra helseveilederen
- 8) Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommuner

3.1. Ansvar for egen helse og skyldfølelse

3.1.1. Eget ansvar for endring av levevaner og skyldfølelse

Alle deltakerne hadde god innsikt i egen helsesituasjon, var motivert til å få startet opp rehabilitering, forventet «å få det til» (D2) og komme i bedre form. Deltakerne var enige om at endring av levevaner og vektreduksjon var helt nødvendige for å få et bedre liv. En av dem sa: «*jeg skjønnte at jeg måtte ned i vekt hvis jeg skulle fungere*» (D8). Deltakerne med fedme innså at varige endringer av levevaner etter oppholdet på Unicare Helsefort var hovedutfordringen for dem. De hadde forskjellige personlige mål som de ønsket å oppnå, slik som for eksempel «*å holde tritt med barnebarn*» (D5), «*klare seg i jobben*» (D8), «*ha overskudd for å være med familie og venner*» (D1, D5) eller «*komme i arbeid*» (D7). Deltakerne med langvarig smerte forventet ikke å bli smertefrie, men håpte mest å finne ut hvor mye de klarte

og «å få i gang trening og gode rutiner» (D9). Også de innså at hovedutfordringen var å fortsette med tilpasset trening og ikke gi opp når smertene forverret seg.

Alle deltakerne var fornøyd med rehabiliteringsoppholdet på Helsefortet. De som fikk rehabilitering på grunn av fedme mente at oppholdet var motiverende og en god start på de endringene som de ønsket å gjøre i sine liv. Det var også enighet om at de selv hadde et stort ansvar i endringsprosessen. En dame sa at hun var innstilt på å jobbe selv og gjøre en god innsats og fikk god nytte av oppholdet:

Når du kommer på Hysnes, da har du to valg. Du kan enten velge å høre på hva de sier eller du kan gå ned til butikken og fylle kofferten din med sjokolade, sitte på rommet og spise sjokolade. Det er jo det du velger å gjøre selv, hva du velger å høre, hva du velger å gjøre ut av det oppholdet. (...) Jeg bestemte meg for at dette her skal jeg klare og hørte hva de sa, (...), begynte å spise mindre og der har du jo de sunne valgene, du har jo buffet. Du kan velge å lesse på alt du vil, men du kan velge å ta litt mindre. De valgene har jeg tatt underveis (D8).

Deltakernes egen motivasjon og ønske om å lykkes, hadde en stor betydning for hvordan endringsprosessen kom i gang. De fleste deltakerne med fedme hadde gått ned i vekt ved å følge rådene om kosthold og fysisk aktivitet som de fikk på senteret. Flere snakket om valgene de tok underveis: «Jeg bestemte på første dagen jeg var der at dette skal jeg klare og la fra meg alt godteri og da var det slutt. Finito.» (D8). Samtidig ble det kommentert flere ganger at ikke alle som var på Helsefortet hadde tatt de valgene eller var i stand til å gjøre det. Fedme var grunnen til å være med i programmet, men underliggende årsaker, som for eksempel et dårlig selvbilde eller angst, kunne hindre dem i å lykkes med endringsprosessen. En deltaker sa: «Gruppen er viktig, hvordan den er sammensatt. Noen tilhørte kanskje en annen gruppe, til tross for at de var svære, skulle vært på angst, kanskje» (D1).

Rehabiliteringsopplegget for deltakerne med langvarig smerte hadde fokus på mestring av sin smertetilstand, ikke helbredelse. Deltakerne ønsket å finne ut hvor mye de klarte av fysisk aktivitet, å lære å bruke mentale verktøy for bedre å mestre dårlige dager og å starte opp med rutiner som kunne gi bedre helse. Også de mente at de hadde fått mye ut av oppholdet på senteret fordi de var innstilt på å lære. Én kvinne sa: «Jeg har funnet ut at jeg klarer mye mer enn jeg trodde. Hvis jeg ikke gjennomfører, da er det mye opp i hodet som bremser» (D4).

Deres utfordringer etter oppholdet var å fortsette med nye rutiner. De sa at varierende dagsform krevde mye tilpasning og fysisk aktivitet ble ofte valgt bort: «Jeg fikk komme i gang

på Hysnes (Helsefortet), men har kuttet ut en del, har sjonglert mye for å klare hverdagen» (D3).

Overgangen fra Helsefortet til hjem ble opplevd som vanskelig. Gjennom oppholdet hadde deltakerne hatt en mulighet til å ha fokus på seg selv og egne planer, men overgangen til en vanlig hverdag med familie og vanlige gjøremål opplevdes komplisert. Først hadde det gått bra, men etter hvert begynte de å falle tilbake til gamle rutiner, «*datt av med treningen*» (D1, D4), «*ble lat, mistet motivasjonen*» (D2). På senteret var dagen tilrettelagt, faste tider for måltider, læring og trening. Fokusendring fra en målbevisst endringsprosess på senteret til en vanlig hverdag opplevdes utfordrende. De fleste deltakerne mente at de selv hadde ansvar for å gjøre endringer i sine liv, men at de ikke klarte dette alene. En mann sa: «*Jeg ser at jeg har ansvar selv, men jeg trenger hjelp*» (D9). Én dame sa at hun hadde «*sviktet seg selv*» ved å ikke følge opp det som ble startet opp på senteret:

Jeg har sykkel, jeg sykler ikke. Jeg har vekter, bare løfter dem ikke. Jeg har noe å balansere på, jeg bruker den ikke. Hvem andre skal jeg skylde på enn meg selv? Så det er meg det går på. Da tenker jeg, fra neste uke skal jeg ... og så kommer neste uke og ingenting skjer og ikke neste uke heller (D1).

Flertallet mente at de var late, kunne passe på seg selv bedre og at grunnen til det at de mislyktes var «*opp i deres eget hode*» (D4). Noen prøvde å gjøre deler av det som var planlagt, men intensiteten i handlinger og motivasjonen hadde blitt betydelig redusert etter hjemkomsten og flertallet hadde glidd tilbake til gamle rutiner i løpet av kun noen få måneder etter oppholdet på Helsefortet. Kun én deltaker hadde klart å opprettholde fokuset og var målbevisst også seks måneder etter oppholdet. Hun forklarte det slik:

Og da tenker jeg hvorfor skulle jeg ødelegge alt dette jeg har klart å opprette. Jeg har jo snudd om, ikke sant. (...) Jeg har jo lagt om kostholdet mitt. Jeg kan jo ikke begynne å ødelegge. Jeg hører på dem på Helsefortet, de som sa at finn det som passer deg og da følg det. For det er ikke en slankekur, det er livsstilsendring (D8).

Overgangen fra Unicare Helsefort til hverdagen hjemme ble opplevd som utfordrende og de fleste deltakerne klarte ikke å oppnå sine rehabiliteringsmål. De mente at de selv hadde skyld i at de ikke hadde klart å gjennomføre de endringene som var nødvendige for å få bedre helse.

3.1.2. Kunnskap og erfaringer fra Unicare Helsefort

For de fleste deltakerne hadde veien til rehabiliteringssenteret vært en tidskrevende prosess. Det kunne ta lang tid før svaret kom, og ventetiden kunne oppleves frustrerende. For en deltaker (D7) hadde prosessen stoppet opp i flere måneder uten at han fikk noen forklaring. Deltakere var likevel stort sett fornøyd med prosessen fordi de fikk innvilget plass på Unicare Helsefort til slutt.

Deltakerne med langvarig smerte hadde vært i kontakt med helsevesenet mange ganger og sa at de følte seg ofte oppgitt fordi behandlingen ikke hadde gitt ønsket effekt. De hadde vært på utredning på flere steder i spesialisthelsetjenesten tidligere, bl.a. hos nevrologen og på Smerteklinikken. Alle ble henvist til Unicare Helsefort av fastlegen, men de fikk først avslag og fastlegen måtte søke flere ganger.

Deltakerne satte stor pris på muligheten for å starte opp rehabiliteringsprosessen under veiledning på rehabiliteringssenteret. De mente at det var viktig at de kunne *«være borte fra hverdagen og konsentrere bare på seg selv og programmet»* (D5). Alle mente at den gruppen hvor de havnet i, hadde hatt en viktig rolle for deres opphold.

Rehabiliteringsprogrammene til både personer med fedme og de med langvarig smerte bestod av arbeid i grupper og individuelt. Hovedsakelig innebar rehabiliteringen endring av levevaner. Deltakerne lærte om hvordan deres tanker og følelser påvirket deres atferd. De prøvde å komme i gang med rutiner som kunne påvirke deres helse på en god måte. De fikk undervisning innen ernæring, kognitiv terapi og fysisk aktivitet. Deltakerne fikk veiledning i trening og tilgang til gode treningsfasiliteter. Det ble jobbet aktivt med deres personlige mål og motivasjon til endring.

Alle deltakerne mente at kunnskapen de fikk på Unicare Helsefort ikke var ny for dem. Én dame sa: *«er du overvektig, har du vært gjennom mye, mye kunnskap om kosthold og bruk av energi»* (D8). Det samme gjaldt deltakerne med langvarig smerte. Ingen manglet kunnskap om sunn livsstil eller faktorer som påvirket deres smertesituasjon. Alle hadde hørt mye om kosthold og fysisk aktivitet og noen av dem mente at undervisning på Helsefortet var noe *«gjentakende»* (D7), ble opplevd som *«en rekke med ord»* (D1) og traff ikke bestandig målgruppen som ønsket. Samtidig satte de pris på en mulighet til å prøve kunnskapen ut i praksis og på individuell veiledning.

Den tilnærmingen og de mentale verktøyene som ble brukt på Helsefortet, passet bra for noen, men ikke for alle. Enkelte deltakere med langvarig smerte sa at programmet på Helsefortet hadde altfor faste rammer. De mente at alle smertepasienter var svært forskjellige, hadde forskjellig kapasitet og trengte mer individuell tilnærming. En av dem kommenterte:

Det var liksom – sånn er det. Du må ta bort det og det og. (...) Jeg vet sånn og sånn og sånn som kanskje er bra for meg, men det er noe helt annet å klare å utføre det. Det er ikke bare å si at det gjør du, det er bra. Jeg vet det, men det er ikke bestandig jeg klarer å gjøre noe med det (D3).

Deltakerne var enige om at det viktigste ved rehabiliteringsoppholdet på Unicare Helsefort ikke var ny kunnskap om helse, men å få en mulighet til å møte andre mennesker som hadde samme utfordringer, dele erfaringer og å starte opp endring av levevaner sammen med de andre.

3.2. Behov for tilhørighet og sosial støtte

3.3.1. Opplevelse av tilhørighet og sosial støtte på Unicare Helsefort

Flere nevnte at gruppesammensetningen kunne ha både positiv og negativ effekt på deres rehabiliteringsprosesser, men de fleste hadde klart å knytte bånd med de grupped medlemmer som påvirket deres rehabiliteringsarbeid bra. Forholdet til gruppen var opplevd som en faktor som «gjorde helheten og veide tyngst» (D4) og var viktigere for deltakerne enn forholdet til helsepersonellet på senteret eller teoretisk kunnskap de fikk i løpet av oppholdet. En deltaker fortalte:

Vi hadde det helt fantastisk sammen. Hvis en ikke klarte å komme seg fra rommet en dag, vi «bæcka» opp hverandre, vi ventet på hverandre, når vi skulle spise. Hvis noen trengte tid til å dusje og ordne seg eller hadde fått nedtur etter hard trening, så ventet vi. Det var helt fantastisk samhold (D4).

Også andre nevnte at de anstrengte seg mye mer når de trente sammen og at forpliktelser til gruppen var viktige for dem. En mann sa: «Jeg likte å være i gruppen, sa at de følte at jeg engasjerte meg 80-90 % sammen med de andre» (D7). Flere sa at de følte seg ganske isolert

på grunn av sine fysiske begrensninger. Følelsen av å være sett og hørt av andre som forstod deres situasjon og hadde hatt samme erfaringer skapte gruppetilhørighet og påvirket deres deltakelse og innsats på en god måte. Det ble også nevnt kritiske og negative holdninger i gruppen som kunne påvirke hele gruppen. En kvinne uttrykte det slik: «*Det var både positive og negative sider, utmattende og klingende forhold og negative holdninger fordi man egentlig hadde behov for noe annet*» (D1). Det var forskjellig dynamikk i de ulike gruppene, hvor sterkere medlemmer kunne oppleve å bli «*oppspist*» (D1) av de som trengte mer støtte. Flere kommenterte at oppholdet var veldig sosialt krevende og at de måtte «*skjerme seg*» (D4) for å få hvile.

Det var en enighet om at forholdet til den gruppen de havnet i på senteret, var av stor betydning. Forpliktelser til gruppen, opplevelse av felleskap og tilhørighet, gjensidig støtte og konkurranse var nevnt som positive elementer i deltakernes rehabiliteringsprosesser.

3.3.2. Støtte fra egne sosiale nettverk

Etter hjemkomsten fra Unicare Helsefort hadde de fleste deltakerne ikke fått aktiv hjelp til endring fra sine egne sosiale nettverk. Familien ønsket dem vel, men var ikke så opptatt av hva de gjorde for å oppnå sine mål. De fortsatt å leve som før og dette var en stor utfordring for deltakerne som kom hjem fra rehabiliteringssenteret med høy motivasjon og store planer.

På Helsefortet hadde deltakerne hatt fokus på sin egen helse, på sine tanker og følelser i forbindelse med sine utfordringer og på de endringene som de skulle gjøre for å få bedre helse og bedre liv. De hadde fått støtte fra personalet på senteret og opplevde tilhørighet til andre gruppe-medlemmer. De hadde fått servert sunn mat og det hadde vært god tid til trening, turer og refleksjoner. Alle deltakerne mente at de hadde følt seg motivert og opplagt når de kom hjem og var innstilt på å fortsette med gjennomføring av sine rehabiliteringsplaner. Hjemme opplevde de at de andre i deres sosiale nettverk ikke var så interessert i det de hadde vært gjennom og at det var deres privatsak hvis de ville endre sine levevaner. De sa at de opplevde at familiemedlemmer var positive og støttet dem verbalt, men ønsket ikke å delta selv i endringer.

Både deltakerne med fedme og de med langvarig smerte slet med å få til varige endringer i daglige rutiner. Deltakerne med langvarig smerte måtte i tillegg tilpasse seg stadig til dagens

form. De deltakerne som bodde alene, mente at de «*kunne hatt det lettere med familien rundt seg*» (D6). Samtidig opplevde de deltakerne som bodde sammen med familien det motsatte – familiemedlemmer var positive og motiverende, men ønsket ikke å endre rutiner sammen med dem. En deltaker med langvarig smerte uttrykte det slik: «*De gir jo deg de svarene du søker etter og så føler du at de blir lei av det her*» (D9). Også andre deltakerne med smerteproblematikk mente at familier ikke var så interessert og forstod ikke hvordan de hadde det. Helseproblemer tok mye plass i deres hverdag. De måtte velge bort mye sosialt for å klare å gjennomføre de viktigste gjøremål. En kvinne fortalte: «*Kan ikke være med på noe. Jeg velger bort venner, alt, for å klare det lille jeg må*» (D4).

Deltakerne klarte å holde fast i sine planer først, men ga opp etter hvert. Én dame sa at familien ikke mente noe vondt, men «*de forstod vel ikke helt hva jeg prøvde å oppnå, så det var mange kaker hver gang*» (D2). Noen prøvde å finne unnskyldninger, slike som for eksempel. «*tiden er annerledes, vi koste oss litt ekstra, vi er jo bare to*» (D1), med tanke på pandemi-situasjonen og sosial isolasjon. Oftest var det bare at de andre i familien fortsatte med de samme rutine som de hadde hatt sammen før rehabiliteringsoppholdet på Helsefortet. Det ble altfor komplisert å endre levevaner alene og altfor enkelt og fristende «*å falle tilbake til gamle synder*» (D5).

Når det gjaldt støtten fra resten av det sosiale nettverket, slik som venner eller bekjente, sa flere at de ikke brydde seg særlig om deres endring av levevaner. Én dame mente at «*folk har nok med seg selv, bryr seg ikke om hvordan du er eller har det*» (D5). En annen deltaker hadde gått kraftig ned i vekt i løpet av og etter oppholdet på Helsefortet. Hun sa at hun opplevde at venner og bekjente ikke likte hennes slankere utseende, og kom med negative kommentarer, som «*du ser ikke ut*», «*det er ikke deg*», «*ble gammel i ansiktet*», «*skrukket*», «*plinge*» (D1), noe som hun mente var svært skuffende. Hun sa: «*Så når jeg har lagt på meg nå, da er veldig mange veldig fornøyd*» (D1). En annen deltaker som sa at hun fortsatt følte seg å være sterk i viljen og fast bestemt på å lykkes, hadde smittet endringsstemningen over til både sine venner og kollegaer. På den måten skapte hun sin egen støttegruppe og sa at den gjensidige støtten i gruppen var viktig for å holde opp motivasjonen (D8).

Når deltakerne kom hjem fra Unicare Helsefort, mistet de den sosiale støtten de hadde fått fra andre gruppemedlemmer. De opplevde ikke like god forståelse og støtte fra sine egne familier og venner. De var enige om at det var svært vanskelig eller helt umulig å klare å endre levevaner alene, med kun egen viljestyrke som motor.

3.3. Behov for oppfølging etter rehabiliteringsopphold på Unicare Helsefort

3.3.1. Fastlegens rolle før og etter rehabiliteringsoppholdet

Det var enighet blant deltakerne om at fastlegen hadde hatt en avgjørende og en praktisk rolle når det gjaldt oppstarten av rehabiliteringsforløpet. Fastlegen hadde tatt tak i ting og henvist dem til utredning i spesialisthelsetjenesten eller søkt direkte om plass på Unicare Helsefort. Fastlegen var en diskusjonspartner når forskjellige rehabiliteringsalternativer ble vurdert og hans eller hennes aktive holdning og støtte var viktige for deltakere. Noe deltakere hadde tatt initiativet selv og startet opp en diskusjon om muligheter for rehabilitering. Hos de fleste var det fastlegen som anbefalte videre utredning og rehabilitering. De fleste mente også at fastlegen hadde gjort det som han/hun skulle, hadde vist interesse i deres utfordringer og «*hadde tatt affære*» (D5). Fastlegens interesse, entusiasme og engasjement virket motiverende for deltakere. En kvinne kommenterte at hun «*aldri hadde opplevd at fastlegen brydde så mye om henne*» (D5).

Deltakerne med langvarig smerte mente at fastlegen kunne ha vært mer aktiv i forhold til muligheter for rehabilitering. En av dem sa at «*litt flere forslag fra legen ville vært greit*» og at fastlegen «*gjorde det hun fikk beskjed om, ikke mer*» (D3). Også en annen deltaker med langvarig smerte sa at hun hadde opplevd at hun selv hadde jobbet mye for å få hjelp:

Han (fastlegen) er kjempegrei. Men jeg føler at jeg kanskje må jobbe veldig mye selv for å få undersøkt det jeg vil for at jeg kan bli litt mer trygg. Jeg har opparbeidet meg litt helseangst, og jeg tror at jeg har alt mulig annet når jeg har veldig mye smerter (D4).

Deltakerne med langvarig smerte hadde selv undersøkt og funnet ut om rehabiliteringsmuligheter og bedt fastlegen om å søke. Enkelte fikk ett eller flere avslag først. De hadde alle et langt sykdomsforløp bak seg, med mange undersøkelser og behandlinger hvor de ikke hadde oppnådd ønsket effekt. De sa at de opplevde at helsen og smertene tok stor plass i hverdagen. Alle ga uttrykk for at de periodevis opplevde å være frustrert, oppgitt og

deprimert. En av dem hadde fått et inntrykk av at langvarig smerte ikke virket til å være en populær tilstand hos behandlere:

Jeg vet ikke om det er egentlig noe med den diagnosen min. I hvert fall tror jeg ikke at den som står høyest i kurs for å få hjelp. Jeg har fått en følelse at de ikke kan gi så mye svar på det, de liksom gir smertestillende og henviser meg til fysioterapeut og sånne ting, men jeg tror de ikke er så flinke å se hver person egentlig (D4).

En annen deltaker som hadde levd med langvarig smerte i mange år fortalte om sin frustrasjon når det gjaldt behandlingsmuligheter: *«Jeg fikk høre at jeg hadde fått det som Norge hadde å tilby. Det var ikke så mye noen kunne gjøre»* (D9).

Deltakerne med fedme fortalte at de opplevde god støtte og engasjement fra fastlegens side. Dette gjorde ikke deltakerne med langvarig smerte. De siste sa at de opplevde at fastlegen gjorde som de ba om, men at de selv måtte ta initiativet og *«google fram»* (D4) til de tilbudene som kunne passe dem. Alle deltakerne med langvarig smerte hadde vært utredet i spesialisthelsetjenesten, prøvd ut forskjellige behandlinger og ikke fått tilfredsstillende effekt på noen av dem. De hadde også vært hos fastlegen mange ganger og sa at de opplevde at deres utfordringer ikke var så *«populære»* (D4) hos fastlegen og at *«de hadde fått allerede det som Norge hadde å tilby»* (D9).

Etter oppholdet på Helsefortet hadde kun få deltakere vært i kontakt med sine fastleger. Det var de personene som hadde flere kroniske sykdommer og trengte medisinsk behandling og oppfølging. Deltakerne mente at de ikke hadde behov for å kontakte fastlegen uten et konkret medisinsk problem og forventet ikke at fastlegen skulle ha en rolle i deres endring av levevaner. De sa at de gikk til fastlegen *«når de var syke»* (D2) eller *«trengte en sykemelding»* (D8) og ville ikke misbruke fastlegens tid. Fastlegen var ikke å betrakte som en ressurs i rehabiliterings-sammenheng.

3.3.2. Oppfølging fra Unicare Helsefort

En viktig del av rehabiliteringsprogrammet på Helsefortet var å forberede deltakerne til hverdagen etter oppholdet. Hensikten med å veksle døgnopphold med hjemmeperioder var å

tilby deltakerne god veiledning og praktisk øving på senteret samt utprøving av lærte teknikker hjemme. Primærkontakten på Helsefortet fulgte deltakere opp telefonisk i løpet av hjemmeperioder. Mens deltakerne i fedmegruppen fikk telefonoppfølging over flere måneder, ble deltakerne i smertegruppen fulgt opp bare i løpet av de to ukene når de var hjemme mellom to døgnopphold. De hadde ikke noe kontakt med personalet på Helsefortet når deres seks-ukers program var gjennomført. Telefonoppfølgingen fra primærkontakten var beskrevet som «hyggelig» (D6, D5), men «*passet dårlig i hverdagen*» (D5) og hadde ikke hatt noen stor betydning for deltakerne. Alle sa at det viktigste for dem var å være på Helsefortet og å møte de andre gruppemedlemmene. På grunn av corona-pandemien fikk deltakerne med fedme tilbud om digitale oppfølgingsuker i stedet av fysiske oppmøter. Deltakerne var forståelsesfulle, men mente at de ikke fikk det samme utbyttet av digital oppfølging som av å være på rehabiliteringssenteret. En deltaker sa: «*Kommer ikke til å svare på digital oppfølging fra Unicare. Gammel dame, vet du, er sta*» (D1). En annen deltaker (D5) mente at digital oppfølging ikke kunne tilpasses arbeidslivet.

Alle deltakerne fikk informasjon og tilbud om oppfølging fra helseveileder i kommunen etter oppholdet på senteret. De fikk ikke mye forklaring om hva denne oppfølging gikk ut på: «*... det ble spurt om jeg ville snakke med helseveilederen og jeg skrev under på det. Jeg var litt usikker hva det ville gjøre med meg, men takket ja*» (D4).

På spørsmålet om personalet hadde fokus på hele rehabiliteringsprosessen eller mest på deres eget tilbud svarte en kvinne:

Jeg tror jo at det er kjempebra med en sånn rehabilitering, men jeg tror nok at når jeg, når den gruppen min har gått ut av døra, da har de en ny gruppe. Jeg tror ikke at de tenker så mye på oss som har gått (D4).

Flere mente at personalet på senteret hadde mest fokus på sitt eget behandlingstilbud og var ikke så opptatt av tiden etterpå. Overgangen hjem var forberedelse og motivering til å få deltakerne til å fortsette med det som ble startet opp på senteret. En kvinne beskrev overgangen til hverdagen slik: «*Fikk plan fra Helsefortet, beskjed om å registrere mat og trening, bruke appen, og informasjon om helseveileder*» (D8).

Oppfølging fra Unicare Helsefort etter hjemkomsten ble beskrevet som hyggelig, men ikke av stor betydning. Den kunne oppleves som avbrytende i hverdagen og ble ikke betraktet som en viktig ressurs etter rehabiliteringsoppholdet.

3.3.3. Oppfølging fra helseveileder

Alle deltakerne fikk tilbud om videre oppfølging av helseveileder i hjemkommunen etter oppholdet på Unicare Helsefort. De fleste deltakerne fikk fort kontakt med helseveilederen og hadde møtt helseveilederen en eller flere ganger. Enkelte hadde flere kroniske sykdommer som trengte medisinsk oppfølging og hadde vært hos fastlegen flere ganger etter rehabiliteringsoppholdet. De fleste hadde minimal kontakt med fastlegen.

Deltakerne med langvarig smerte satte stor pris på kontakt med helseveileder fordi rehabiliteringsprogrammet på Helsefortet ikke inneholdt oppfølging for smertepasienter etter oppholdet. De var vant til å «*slite alene*» (D3) og stadig tilpasse aktivitet og sosialt liv til dagens form. De mente at det var svært vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet og trengte «*å bli pushet*» (D4) og motivert av en fagperson som kjente dem og deres situasjon. De visste at smerter kom til å øke med trening, men at på lang sikt ville de oppnå bedre fysisk form og bedre kontroll over kroppen. De hadde erfart god effekt av treningen på Helsefortet, men klarte ikke å overtale seg selv å trene over smertegrensen. Én mann mente at hans familien var blitt lei av å høre om hans helseproblemer (D9). Han sa at han trengte hjelp for å holde fast på det han hadde lært på senteret. Han uttrykket det slik:

Treningen går ikke så bra. Der sliter jeg litt, vet ikke helt hvordan å komme i gang. Trenger noen som pusher meg. Jeg vet jo at smertene blir verre når jeg begynner å trene. Tilbudet er jo der (treningssenter og personlig trener), men det koster mer enn jeg har. (...) Må komme ut selv og ta initiativet mens du vet at det er tungt. Du har ikke noe tidsplan, tuller bare rundt. En kontaktperson og avtalte møter ville være bra (D9).

Deltakerne med fedme mente også at de trengte støtte for å holde opp motivasjon. En deltaker sa at han anstrengte seg 80 – 90 % på Helsefortet, hjemme ble det fort 50 – 60 % og at han ikke klarte mer enn 30 % en måned senere (D7). Flere ønsket å ha «*kontrollpunkter*» (D5, D8, D7, D6) hos helseveilederen. De ønsket å bli veid, ta en prat og å føle at noen brydde seg. En deltaker pekte på kontinuitet i tjenesten som en viktig faktor som kan ha betydning for tjenestemottakere. Hun hadde møtt helseveilederen etter oppholdet på Helsefortet, mens fysioterapeuten hadde fulgt henne opp gjennom hele rehabiliteringsprosessen:

Jeg synes at hvis du skal ha noen hjelp av den personen etterpå, da må han være der før. Han må være der før jeg startet på Hysnes, så ville han ha visst hva jeg holdt på med hele veien, for fysioterapeuten var der før og etter (D8).

Hun mente at hun ikke fikk det samme tillitsfulle forholdet til helseveileder som hun hadde til den fysioterapeuten som kjente alle hennes utfordringer.

På grunn av ulike årsaker fungerte ikke helseveiledningstjenesten like bra ved alle tilfeller. Det var tydelig at diskontinuitet i tilbudet hadde påvirket noen prosjektdeltakere negativt og deres opplevelse med oppfølging i kommunen var varierende. En av dem kommenterte: «*Jeg er overlatt til meg selv. Takket ja til å møte en person i kommunen, tenkte at korona har skylden, at det ikke var noe*» (D1). En annen person sa at hun var «*altfor lenge på egen hånd, da begynte det å gå galt igjen*» (D5). Året 2020 var utfordrende for mange mottakere av helsetjenester. Helseveiledningstjenesten er et interkommunalt prosjekt i implementeringsfasen. Utviklingsarbeid og tjenesteutøving var hindret av corona-pandemien i stor grad.

En deltaker beskrev hjemkomsten fra rehabiliteringssenteret som «*litt brutal*» (D2). Hun sa at de opplevde at det var vanskelig å fortsette med planen fra Helsefortet fordi der kom man «*til dekket bord og alt var tilrettelagt*» (D2), mens hjemme måtte hun gjøre alt selv. Hun ønsket kontakt med helseveileder, fordi hun trodde at hun ville klare å anstrenge seg mer hvis hun hadde forpliktende avtaler med noen: «*Det er likere å ha en avtale mellom to folk enn med meg selv bare. For da må du holde den*» (D2). Flere andre deltakere med fedme ga også uttrykk for at overgangen fra Helsefortet til hjemmet var vanskelig. Først hadde det gått bra, de følte seg flinke, men mistet etter hvert både fokus og motivasjon.

Deltakerne var enige om at for å lykkes med endring av levevaner, og for å få mest nytte ut av rehabiliteringsoppholdet på Helsefortet, trengte de oppfølging etter oppholdet. De trengte noen som kunne «*holde dem litt i nakkeskinnet*» (D5), hjalp dem med å holde opp motivasjonen og «*brydde seg om hvordan det gikk med dem*» (D1). De fleste deltakerne fikk fort kontakt med helseveilederen etter hjemkomsten og tilbudet var godt tatt imot. De sa at tjenesten fungerte som den skulle. Enkelte deltakere mente at tjenesten ikke fungerte optimalt og savnet tettere kontakt med helseveileder.

Det er viktig å poengtere at samarbeidsprosjektet mellom Unicare Helsefort og Fosen-kommunene innebar tilbud om oppfølging fra helseveilederen etter oppholdet på senteret opp til ett år. I denne studien ble deltakerne bedt om å evaluere helseveiledningstjenesten etter

bare kun noen få møter med helseveilederen. Det kan tenkes at det kunne vært lettere for deltakerne å evaluere nytten i tilbudet på et senere tidspunkt.

3.4. Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommunen

Flere deltakerne fant det vanskelig å finne passende treningsformer når de kom hjem fra Unicare Helsefort. På rehabiliteringssenteret følte de seg trygge sammen med andre som hadde samme utfordringer. Senere likte de ikke å trene på treningscenter sammen med de som var «*fit*» (D1). En av dem sa:

Når du er så stor da er det ikke bare-bare å gå til treningscenteret. Det er ikke det. For du føler deg størst av alle der. Jeg har gått ned nesten 30 kg, men jeg føler meg veldig stor enda. Jeg får meg ikke til å gå på treningscenteret enda (D8).

Det å føle seg altfor stor, svak, å være i dårlig form og ikke som de andre var alvorlige barrierer for flere deltakerne og hindret dem i å delta i vanlige kollektive treningstilbud. Flere mente at aktivitetstilbud organisert i kommunal regi var svært begrenset. Samtidig var ikke treningscenter og veiledning av en personlig trener et alternativ for de fleste på grunn av dårlig økonomi. Flere sa at de følte også at eksisterende gruppetilbud ikke passet dem som hadde dårlig helse. De nevnte at de «*var i altfor dårlig form*» (D7), «*ble hengende etter og mistet lysten*» (D6) i å gå sammen med andre. Flere mente at det var svært ensomt å ha de helseplagene de hadde og at de trengte en kontaktperson som kunne hjelpe dem å holde opp motivasjonen (D3, D4, D6, D7, D9).

På spørsmålet om hva slags forventninger de hadde til helsetilbudet i kommunen svarte de fleste deltakerne at tilbudet om helseveileder var viktig for dem når de kom hjem fra Helsefortet. Samtidig var de noe nølende når det gjaldt forventninger til andre kommunale tilbud og helsetjenester. En deltaker uttrykket det slik: «*Jeg har ikke noen forventninger. Det har bestandig vært som det er*» (D2). Generelt mente deltakerne at helsepersonell samarbeidet greit og gjorde det så godt de kunne, men at det var økonomiske rammer i kommunene som skapte utfordringer til gode helsetjenester. En deltaker formulerte sitt syn på helsetjenester på følgende måte:

Jeg har et inntrykk av at helsepersonalet samarbeider og snakker samme språk.
Problemet er at tilbudet i helsevesenet er blitt dårligere. Det som fungerer bra, blir nedlagt, blir for dyrt. Det er problemet (D9).

Kapittel 4 Diskusjon

I dette kapitlet ble resultatene i studien drøftet opp mot tidligere forskning og teori. Fra resultatene kom det fram at de fleste deltakerne sa at de opplevde overgangen fra rehabiliteringssenteret til hverdagen hjemme som utfordrende. Fire temaer, som viste seg å være betydningsfulle for deltakerne ved gjennomføring av deres rehabiliteringsplaner, ble diskutert:

- 1) Ansvar for egen helse og skyldfølelse,
- 2) Behov for tilhørighet og sosial støtte,
- 3) Behov for oppfølging etter rehabiliteringsoppholdet på Unicare Helsefort,
- 4) Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommunen.

Til slutt ble oppgavens kvalitetskriterier med hensyn til pålitelighet, gyldighet, refleksivitet og generaliserbarhet diskutert.

4.1. Ansvar for egen helse og skyldfølelse

De fleste deltakerne i denne studien sa at motivasjonen for å endre levevaner gikk ned når de kom hjem fra Helsefortet. Kun få måneder etter oppholdet hadde de delvis eller helt gått tilbake til de samme gamle rutiner og levevaner som før oppholdet. Deltakerne sa at de selv hadde skylden for ikke å ha klart å gjennomføre rehabiliteringsplanen og for ikke å ha benyttet kunnskapen og erfaringene fått på Unicare Helsefort bra nok. De mente at de hadde sviktet seg selv og var late.

Rehabiliteringsopphold på Helsefortet var ikke den første gangen deltakerne forsøkte å ta tak i sine helseutfordringer. De hadde både gode og dårlige erfaringer med sine tidligere forsøk ved å endre levevaner. Personer med fedme hadde tidligere erfaringer med vekttap, men hadde også opplevd tilbakefall og vektøkning. Personer med langvarig smerte hadde prøvd ut forskjellige behandlingsmetoder. Deltakerne opplevde god helseeffekt fra rehabiliteringsprogrammet på Helsefortet. De fleste var skuffet over at de hadde klart å opprettholde denne effekten kun en kort stund og mente at de selv hadde skylden for ikke å ha lyktes.

Forskning om fedmebehandling viser at endring av levevaner som medfører varig vektnedgang er svært krevende (Van Baak & Mariman, 2019, MacLean et al., 2015a, 2015b, Maclean et al., 2011, Crawford, Jeffery & French, 2000). Et konsekvent funn er at flertallet av mennesker som går ned i vekt som resultat av medikamentell behandling og atferdsendring legger på seg igjen over tid (Anderson, Konz, Frederich & Wood, 2001, Byrne et al, 2003, Burgess et al., 2017). Kroppen har sterke fysiologiske forsvarsmekanismer som motvirker vektnedgang og gjør den enkeltes forsøk til å holde den lavere vekten svært utfordrende. (Hjelmesæth, et al., 2007, MacLean et al., 2011, MacLean et al., 2015a). Psykologiske og sosioøkonomiske faktorer kan skape barrierer til varige atferdsendringer (Byrne et al, 2003, Burgess et al., 2017).

Mennesker med langvarig smerte sliter også med å opprettholde effekten av rehabiliteringen over tid. Forskning viser at personer med muskel- og skjelettsmerter har stor nytte av trening, men for å oppleve redusert smertenivå på lang sikt, må de stadig trene over smertegrensen (Geneen et al., 2017, Malterud, 2010, Karjalainen et al., 2001, Guzman et al., 1999, Goldenberg et al., 2004, Wigers & Finset, 2007). Opplevelsen av økende smerter i forbindelse med trening kan gjøre rehabiliteringsprosessen utfordrende. Det er lett å miste motivasjonen og falle tilbake til en passiv livsstil som kan forsterke symptomene (Malterud, 2010).

I lys av Banduras sosialkognitiv teori kan to hovedelementer, mestringstro (perceived self-efficacy) og mestringsforventning (outcome expectation), trekkes fram i forbindelse med endring av helseatferd og levevaner (Bandura, 1986). Bandura definerer mestringstro som menneskets vurdering av egne evner for å organisere og utføre handlinger som er nødvendige for å oppnå ønsket resultat. Mestringstro er tett knyttet til mestringsforventning, eller menneskets forventninger om utfallet som er knyttet til hans eller hennes handlinger. (Bandura, 1986). Mestringstroen påvirkes av den enkeltes egne tidligere mestringserfaringer (performance attainments), erfaringer fra å observere andre i samme situasjon (vicarious experiences of observing the performances of others), anerkjennelse fra andre og diverse former for sosial støtte som gir dem bekreftelse på at de har de evner som trengs (verbal persuasion and allied types of social influences that one possesses certain capabilities) og de fysiologiske tilstander som mennesker er i når de vurderer sine evner, styrker og sjanser til å lykkes (physiological states from which people partly judge their capableness, strength, and vulnerability to dysfunction) (Bandura, 1986, s. 399). Tidligere positive erfaringer med endring av levevaner øker den enkeltes sjanser for å nå sine mål ved nye forsøk. Opplevelsen av å kunne gjøre noe selv for å påvirke helsen positivt kan gi økt mestringstro

(Helsedirektoratet, 2018). Samtidig hvis man ikke klarer å etterleve anbefalt behandling eller helseråd, kan det forårsake opplevelse av avmakt, selvbebreidelse og skam (Fjerstad, Berge & Bull-Hansen, 2020, Liu et al., 2017). Dårlige erfaringer, skyldfølelse, skam og skuffelse over sine egne evner kan redusere mestringstroen og det er lettere å gi opp endringsarbeidet (Bandura, 1986). Følelsen av å være mislykket er en dårlig mestringserfaring som kan gjøre at mennesker blir skeptiske til nye forsøk på endring av levevaner og rehabilitering. Dette kan igjen føre til stadig større utfordringer i forbindelse med helse.

Ifølge Goffman (1975) er det å dele normative forventninger i samfunnet en viktig forutsetning i et sosialt liv. Å mislykkes med å oppfylle disse forventningene kan ha direkte påvirkning på den enkeltes integritet. Mennesker som opplever at de på en eller annen måte ikke er bra nok eller ikke klarer å leve opp til forventningene i samfunnet kan føle skam (Goffman, 1975). De kan føle at de alene bærer ansvaret for å lykkes. Mennesker med fedme blir ofte utsatt for stigmatisering på grunn av deres kroppsstørrelse (Brewis et al., 2011, Brewis et al., 2018). Årsaken til deres helseutfordring og et avvik fra det normale er ofte knyttet til deres negative personlige egenskaper (Brewis et al., 2011, Rønold, 2020). Det er vel dokumentert at personer som opplever stigmatisering og diskriminering på grunn av sin vekt, kan lide av en stor emosjonell belastning. Dette kan føre til depresjon og videre utvikling av fedme (Puhl & Suh, 2015, Brewis et al., 2011, Duarte et al., 2017). Generalisering og stigmatisering hindrer behandling av fedmepasienter (De Lorenzo et al., 2020).

Mennesker med langvarig smerte har ofte nedsatt arbeidsevne, mange er uføre eller i fare for å bli det. I mange tilfeller finnes det ikke synlige manifestasjoner av smerter på den sykes kropp, mens funksjonsevnen kan være sterkt nedsatt. Forskning viser at mennesker med langvarig smerte ofte føler skam, skyld, har et dårlig selvbilde og at de stadig er nødt til å overbevise omgivelser, både helsepersonell og private relasjoner, at de virkelig er syke (Turner-Cobb, Michalaki & Osborn, 2015, Werner, Isaksen & Malterud, 2004, Närvänen & Åsbring, 2002). De kan også oppleve at de mister sin sosiale rolle, både i familien og på arbeidsplassen, har dårlig samvittighet og føler seg å «være i veien» (Baillya et al., 2015, Froud et al., 2014).

I store deler av den vestlige verden er kropp det dominerende symbolet på menneskets identitet. Slankhet er assosiert med helse, intelligens, attraktivitet og selvdisiplin. Overvekt og fedme er uønsket og forbundet med stygghet, lav intelligens og moralsk svikt, slik som mangel på selvkontroll, sosial uansvarlighet og latskap (Brewis et al., 2011). Risiko for

sykdom knyttes ofte til usunne levevaner, mangel på viljestyrke, kunnskap eller motivasjon (Vaule, 2012). På denne måten standardiseres mennesker og forventes at en og samme modell for et godt liv, «den norske helsetrøyen» passer alle like bra (Fugelli, 2004). Forskning viser at helsepersonell deler de samme negative stereotyper om personlige egenskaper til mennesker med fedme som resten av samfunnet (Brewis, Sturtz Streetharan & Wutich, 2018, Album et al., 2017, Foster, et al., 2003, Rønold, 2020). Frykten for å bli kritisert eller vurdert negativt kan gjøre at mennesker med fedme, langvarig smerte eller andre helseplager som kan knyttes til levevaner ikke søker om hjelp.

Mens troen på menneskets personlige ansvar for sine helsevalg er rådende blant allmennheten (Lund, Sandøe & Lassen, 2011, Stavrum, 2016), viser forskning at årsaker til såkalte livsstilssykdommer kan være betydelig påvirket av sosioøkonomiske faktorer (Marmot, 2005). Dermed krever forebyggende helsearbeid strukturelle endringer i samfunnet og i helsevesenet (Tulatz, 2019, Bodai et al., 2018). Mange mennesker kan mangle den individuelle kontrollen som er nødvendig for å endre livsstil og kan ikke holdes moralsk ansvarlige for å mislykkes (Brown, Maslen & Savulescu, 2018, Marchman Andersen et al., 2013). Sosial promotering av den enkeltes eget ansvar for sunn livsstil kan føre til moralisering og stigmatisering av personer som ikke lykkes med endring av levevaner. Mer oppmerksomhet bør rettes mot utvikling av nærmiljøer som muliggjør gode helsevalg framfor å belaste enkelte individer med ansvar og skyld for dårlig helse (Brown et al., 2018, Tulatz, 2019, Følling, 2020).

Deltakerne i denne studien fortalte at de hadde skyldfølelse fordi de ikke hadde klart å endre sine levevaner til tross for oppholdet på rehabiliteringssenteret. Skyldfølelse og skam kan øke opplevelsen av avmakt og håpløshet og gjøre at mennesker mister troen på sine evner til å gjøre gode helsevalg. Det er viktig at de helsearbeidere som jobber med forebygging og rehabilitering er bevisst på at personer som har mislyktes i sine forsøk på å endre sin helseatferd kan være altfor skyldbetyngt, skamfulle og beskjedne for å be om mer hjelp.

4.2. Behov for tilhørighet og sosial støtte

I studiens resultater kom det fram at den største forskjellen mellom oppholdet på rehabiliteringssenteret og hverdagen hjemme var knyttet til den sosiale støtten deltakerne fikk fra sine omgivelser. Deltakerne var enige om at forholdet til de andre på Unicare Helsefort, og som hadde samme helseplager, hadde større betydning for dem enn ny kunnskap, veiledning eller forholdet til helsepersonalet på Helsefortet. Støtten fra andre og interaksjon i løpet av oppholdet spilte en viktig rolle i deltakernes rehabilitering. Deltakerne utvekslet erfaringer, støttet og oppmuntret hverandre. De sa at de opplevde at de ikke stod alene med sine utfordringer, var inkludert i en gruppe av likesinnede personer og hadde et felles mål. Forpliktelser til gruppen og gruppestøtte var nevnt som svært viktige faktorer i deres rehabiliteringsprosesser. Etter hjemkomsten fikk de fleste lite støtte fra sine egne sosiale nettverk. Deltakernes familier og venner støttet deres endringer av levevaner i en viss grad, men involverte seg ikke aktivt i endringsprosessen. Deltakerne sa at det var utfordrende eller umulig å endre levevaner når familier ikke var motivert til å endre sine rutiner sammen med dem. Enkelte fortalte om negative kommentarer fra venner og bekjente i forbindelse med vektnedgang, endring i utseende og nye levevaner. Enslige deltakere mente at de ikke lyktes med endring fordi de ikke hadde noen som kunne støtte dem.

Den store betydningen av gruppestøtte i endring av levevaner understrekes også i funnene fra andre studier (Borge et al., 2012, Dalen, 2019). Positiv støtte fra venner viser seg å være viktig for et fysisk aktivt liv (Harvey & Alexander, 2012). For å forbedre resultater til livsstils-intervensjoner kan det være hensiktsmessig å hjelpe individer å styrke deres individuelle og sosiale ressurser og evnen til å bruke dem (Følling et al., 2016). Sosial støtte er nevnt som hovedelement ved vedlikehold av sunne levevaner (Murray et al., 2013). Holdninger og handlinger til familiemedlemmer og venner kan enten støtte endring eller sabotere den. Spesielt kostholdsendringer er utfordrende når kun en person i familien ønsker endring (Sriram et al., 2018). Brukere med langvarig smerte opplever god hjelp av selvhjelpsgrupper som via støttende miljø, gjensidig motivering og humor kan bidra til normalisering av nye levevaner (Finlay, Peacock & Elander, 2018). Det er godt dokumentert at ensomhet og opplevelse av sosial isolasjon kan påvirke helse relatert atferd negativt. Enslige eldre har mer passiv livsstil, mer usunt kosthold og større alkohol- og tobakksbruk enn de som bor sammen med noen (Kobayashi & Steptoe, 2018, Scrempft, Jackowska, Hamer & Steptoe, 2019). Mangel på sosial støtte kan ha en helseskadelig effekt (Mæland, 2020b). Å bli sett og

verdsatt, samt å oppleve at noen bryr seg, er viktig for personens identitet, selvbilde og velvære (Mæland, 2020b).

Mennesker som føler seg stigmatisert i samfunnet som «svake», «syke», «uføre» eller «arbeidsledige» kan slappe av, være lojale og autentiske sammen med andre i gruppen de føler tilhørighet til (Goffman, 1975). Ifølge Bandura (1986) kan mestringstroen øke betydelig ved interaksjon med andre i samme situasjon, også hos de som ikke har egne gode erfaringer med måloppnåelse fra før. Støtte og anerkjennelse fra andre som uttrykker sin tro på den enkeltes evner kan gjøre at også den som har lav mestringstro anstrenger seg mer når vanskeligheter oppstår, og har dermed større sjanse for å lykkes med endringer (Bandura, 1986). Ifølge Kwasnicka et al. (2012) startes endringer av levevaner opp når man føler seg sterk, håpefull og optimistisk. I løpet av endringsprosessen kan det være mindre gode perioder når det oppleves stress, man blir lei og føler seg svak. På slike svake tidspunkter er det lett å gi opp og gli tilbake til gamle rutiner. Det er da mange har mest behov for støtte fra andre personer. Bekreftelse og anerkjennelse kan bidra til at man får mestringstroen forsterket igjen (Kwasnicka, 2012).

Et kjennetegn på familier, sosiale nettverk eller grupper er et felles mål (Renolen, 2008). I en familiesammenheng kan det være et mål å ha et godt liv sammen, i vennegjengen kan målet være å kose seg, i jobbsammenheng kan det være en felles arbeidsoppgave. I denne studien forandret gruppestrukturen seg for deltakerne etter hjemkomsten. De mistet støtten fra gruppen de hadde hatt på Helsefortet og returnerte til sine vanlige sosiale nettverk. Mens de var på Helsefortet hadde deltakerne all fokus på egen helse og et kollektivt mål sammen med andre gruppemedlemmer. Sosiale nettverk hjemme hadde ikke fokus på helse, men på arbeidsliv, fritidsaktiviteter og andre daglige gjøremål. Deltakerne ga uttrykk for at de sa at de opplevde at de nærmeste var positive om deres rehabiliteringsmål, men ønsket ikke å endre sine egne rutiner. Endring av levevaner ble ikke ønsket velkommen som noe nytt og positivt i hverdagen, men mer som et trussel mot trygghet og stabilitet i hjemmesituasjonen. Ifølge Kurt Lewins (1951) endringsteori (Theory of Change) er vaner en sosialt akseptert atferd som er svært motstandsdyktig mot endring. Motstand på gruppenivå er ikke et tegn på uvilje eller negativitet, men et tegn på gruppens motstandskraft mot ustabilitet. Vaner og rutiner i det daglige livet, uansett om de er sunne eller usunne, er en måte å opprettholde stabilitet i livet. Normer og standarder i en gruppe er en kilde til motstand mot endring hos det enkelte gruppemedlemmet (Kwasnicka et al., 2016, Darnton, 2008, Lewin & Cartright, 1951). Holdninger og innstillinger stammer fra normer i den eller de referansegruppene som

mennesker har. De er formet av en aktiv deltakelse i en gruppe, og endringene må også skje gjennom gruppen (Renolen, 2008). Mennesker er ikke villige til å stå alene og avvike fra gruppens normer. Hvis holdningsendring hos et individ er et mål, må hele gruppen endre holdning (Renolen, 2008).

Forholdet til sine grupper på Helsefortet var en viktig støttende faktor for deltakerne i denne studien. Samtidig hadde sosiale nettverk hjemme, familie og venner som ikke var opptatt av endring, demotiverende virkning. Gruppepress fra det nærmeste sosiale nettverket mot endring kunne motvirke den enkeltes ønske om å endre levevaner. Deltakerne beskrev hvordan de sakte, men sikkert gled tilbake til gamle vaner, slik som familiens kosestunder med godteri foran TV eller kaker på vennebesøk. Mangel på støtte fra sine nærmeste gjorde endringen av levevaner utfordrende og kunne bidra til at deltakerne mistet motivasjonen etter hjemkomsten. Ved planlegging av oppfølging etter rehabiliteringsoppholdet av personer med fedme og personer med langvarig smerte er det viktig at helsepersonell er bevisst på at endring av levevaner er vanskelig uten engasjement fra nærmiljøer. Involvering av familiemedlemmer i endringsarbeidet og etablering av selv-hjelps grupper i kommunen kan være noen av tiltakene som kan støtte mennesker i deres rehabiliteringsprosesser.

4.3. Behov for oppfølging etter opphold på Unicare Helsefort

For å sørge for en sømløs overgang fra Helsefortet til hverdagen hjemme fikk alle deltakerne et tilbud om oppfølging fra en helseveileder i deres hjemkommune. De fleste deltakerne hadde kommet raskt i gang med oppfølging fra helseveileder. De ga uttrykk for at tjenesten var nyttig. Et fåtall som ikke kom i kontakt med helseveileder eller opplevde lengre pauser i oppfølgingen, fortalte at de følte seg glemt og forlatt. Kontinuitet i tjenesten var nevnt som nødvendig for å bygge opp tillitsfulle relasjoner med en fagperson. Alle deltakerne innså at deres egen motivasjon og innsats var viktigst for gjennomføring av rehabiliteringsplanen, men at de ikke klarte å opprettholde fokus og motivasjon bra nok alene. De ga uttrykk for at de trengte oppfølging etter hjemkomst, men at det var vanskelig for dem å evaluere helseveilederens rolle eller tjenestens nytteverdi etter kun få samtaler. De fleste deltakerne

hadde minimal kontakt med fastlege. Telefonisk og digital oppfølging fra Unicare Helsefort var beskrevet som hyggelig, men ikke særlig nyttig.

Ifølge nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (Helsedirektoratet, 2011) skal både behandling og rehabilitering av fedme koordineres av fastlegen. Det samme gjelder behandling og rehabilitering av personer med langvarig smerte eller andre kroniske sykdommer (Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2012). Av resultatene i denne studien kom det fram at deltakerne satte pris på fastlegens initiativ i oppstarten av rehabiliteringsprosessen. Samtidig forventet de ikke oppfølging fra fastlegen etter rehabiliteringsoppholdet, så lenge det ikke var medisinsk nødvendig.

Tiden etter opphold på rehabiliteringssenter kan være avgjørende om brukere oppnår sine mål eller faller tilbake til gamle, ofte helseskadelige vaner (Sevild, Niemic, Bru, Dyrstad & Lunde Husebø, 2020). Multifaktorielle livsstilsprogram med redusert kaloriinntak, økt fysisk aktivitet og kognitiv terapi med oppfølging i minst 6 til 12 måneder, er sett på som nødvendige for å oppnå varige resultater ved endring av levevaner (Semlitch, Stigler, Jeitler, Horvath & Siebenhofer., 2019, Gómez & Martínez-Marcos, 2018, Helsedirektoratet, 2011). En studie om mennesker med diabetes type-2 visste at de som deltok i et to-årig oppfølgingsprogram i primærhelsetjenesten fikk færre tilbakefall enn de som ikke fikk oppfølging (Lean et al., 2019). Fedmepasienter som fikk individuell oppfølging i mer enn ett år, fikk bedre resultater og større vektnedgang (Coughlin et al., 2016, Look, 2014) enn de som fikk oppfølging opp til ett år eller som ikke fikk oppfølging (Pekkarinen, Kaukea & Mustajoki, 2015, Coughlin et al., 2016).

Brukermedvirkning, anerkjennelse fra en fagperson, sosial støtte og mestringsstøtte er noen av elementene som kan bidra til vellykket endring av levevaner (Salemonsens, Førland, Hansen & Holm, 2020). I kommuner som har etablert frisklivssentraler, er forebyggende tiltak og rehabiliterings-aktivitet organisert rundt dem. Mye av norsk forskning om oppfølging av fedmepasienter i primærhelsetjenesten er også knyttet til frisklivssentraler. En del brukere av frisklivssentraler har lavere sosioøkonomisk status og det er påvist behov for intervensjoner rettet mot lav mestringsstro og sosial støtte. (Samdal et al., 2018). De fleste er henvist på grunn av overvekt, fysisk inaktivitet, kostholdsendringer og muskel- og skjelettplager (Bjurholt, 2014). Frisklivssentralen er ikke en lovpålagt tjeneste og etablering av et slikt tilbud er spesielt utfordrende i små kommuner (Ekornrud & Thonstad, 2016). Kontinuitet i tjenesten er

viktig for å bygge opp tillitsfulle relasjoner mellom tjenestebrukeren og fagpersonen (Sagsveen et al., 2018). Det er fortsatt lite kunnskap om tiltak ved livsstilsentraler eller andre tiltak i primærhelsetjenesten kan ha langsiktig effekt på brukernes endring av levevaner (Salemonsens, Hansen, Førland & Holm, 2018, Orrow, Kinmonth, Sanderson & Sutton, 2012). To systematiske oversikter viser resultater med god effekt av tverrfaglig oppfølging av fedmepasienter i USA. Bedre resultater er blitt oppnådd i studier hvor fastleger samarbeidet med andre fagpersoner, slike som for eksempel ernæringsfysiolog, helsepedagog og psykolog, enn i studier hvor fastlegen alene stod for behandlingen og oppfølgingen (Tsai & Wadden, 2009, Wadden, Butryn, Hong & Tsai, 2014). En annen amerikansk studie foreslo en evidensbasert og standardisert samarbeidsmodell. Her hadde fastlegen ansvar for medisinsk oppfølging, mens andre fagpersoner bidro med intensiv veiledning om målsetting, selvmonitorering og problemløsning samt hjalp brukeren med å finne fram til passende tiltak og ressurser i nærmiljøet (Fitzpatrick et al., 2016). Systematiske forskningsoversikter om behandling og oppfølging av personer med langvarig smerte har også funnet evidens på den gode effekten av tverrfaglige biososiale intervensjoner i nærmiljøet (Kamper et al., 2014, van Erp, 2019). Norske frisklivssentraler, primærhelseteam og helseveiledningstjeneste på Fosen bruker lignende metoder og følger tverrfaglighets-prinsippet ved forebyggende tiltak og rehabiliteringsarbeid i primærhelsetjenesten.

For helsearbeidere i primærhelsetjenesten er det viktig å være bevisst på at mennesker kan ha forskjellige behov i forskjellige stadier av endring og at alle opplever endringsprosesser forskjellig (Kasila et al., 2020, Prochaska & DiClemente, 1983). Kwasnicka et al. (2016) påstår at de fleste endringsteorier er fokusert på initiering av atferdsendring, ikke på endringer som varer over tid. Faktorer som motiverer mennesker til å starte med å endre levevaner er forskjellige fra de faktorer som er betydningsfulle i vedlikeholdsfasen når nye rutiner skal bli en norm i hverdagen (Sørensen & Graff-Iversen, 2001, Prochaska & Di Clemente, 1983). For eksempel er motivasjon i startfasen ofte påvirket av ytre faktorer, slike som lavere vekt, bedre utseende eller bedre helse. I vedlikeholdsfasen blir mennesker bedre motivert av indre faktorer, for eksempel av gleden fått av den nye rutinen, tilfredsstillende resultater samt av endring i holdninger, meninger og identitet (Kwasnicka et al., 2016). Endring i selvregulering er en prosess fra impulsive spontane valg mot målbevisste valg hvor mennesker lærer å mestre vanskelige situasjoner som tidligere kunne vært årsaken til tilbakefall til gamle vaner. Nye rutiner må bli repetert så mange ganger at de blir automatiske vaner. Vanedannelse er et resultat av vellykket selvregulering over tid (Kwasnicka et al., 2016). I vedlikeholdsfasen er

det spesielt viktig hvilke psykiske og fysiske ressurser den enkelte har tilgjengelig. Sosial støtte fra omgivelser får mye større betydning (Kwasnicka et al., 2016, Darnton, 2008, Renolen, 2008).

De fleste som får innvilget rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten har slitt med sine helseutfordringer i flere år. På Helsefortet fikk deltakerne en teoretisk innføring i endringsarbeid, kunnskap om egne tilstander, mestringsstrategier og verktøy som de kunne benytte seg av. De fikk starte opp rehabiliteringsprosessen under veiledning av helsepersonell og med støtte fra andre i gruppen. De kom hjem med en rehabiliteringsplan laget på senteret og med et mål om å innføre nye og sunnere rutiner i det daglige livet. Deltakerne ga uttrykk for at oppfølging etter hjemkomst var svært viktig. Å bli overlatt til seg selv på dette tidspunktet ville vært svært uheldig med tanke på videreføring av rehabiliteringsplanen. Deltakerne som ikke fikk god nok oppfølging fra helseveileder sa at de følte seg glemt og at ingen brydde seg om dem.

Hvis mottakere av helsetjenester skal få full nytte av den helsehjelpen de har fått i spesialisthelsetjenesten er det viktig med oppfølging etter hjemkomst. Intensjonen til helseveiledningstjenesten på Fosen er å sikre en trygg overgang fra rehabilitering i spesialisthelsetjenesten til hverdagen hjemme. I utvikling av tjenesten må det tas hensyn til både teoretisk kunnskap om endringsmekanismer hos den enkelte og i grupper, samt de erfaringene som brukere har fått i sine rehabilitering-prosesser. Ut fra resultatene i denne studien kan det konkluderes med at brukeres personlige sosiale nettverk ikke alltid kan støtte dem godt nok. Støtten fra helseveileder kan innebære en mulighet for individuelle samtaler for å hjelpe tjenestemottakere til å holde opp motivasjonen. Helseveileder kan også bidra til tilrettelegging av arenaer for interaksjon med andre i lignende situasjon.

4.4. Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommunen

Deltakerne i denne studien mente at helsetilbud som passet deres behov var svært begrenset i kommunen. Etter hjemkomst hadde de fleste hatt utfordringer med å finne passende aktivitetstilbud i kommunene. De hadde fått inntrykk av at eksisterende tilbud var rettet mot personer som var sykere og eldre enn de eller hadde andre utfordringer. Noen deltakere sa at

de følte seg altfor syke og svake for å klare å delta i organiserte aktiviteter. Opplevelsen av å ikke være i god nok form, å være for store eller for svake, samt å ha dårlig råd skapte barrierer for dem og de ønsket ikke eller kunne ikke delta i aktiviteter designet for friske mennesker. Deltakerne var ikke optimistiske når det gjaldt muligheter til forbedring og utvikling av helsetilbud i kommunen. De ga uttrykk for at de økonomiske rammene i kommunen var såpass presset at utvikling av nye tjenester og tilbud ikke var aktuell og eksisterende gode helsetilbud stadig ble lagt ned på grunn av finansieringsvansker.

Den positive effekten av livsstilsrelaterte tiltak innen rehabilitering av personer med fedme og personer med langvarig smerte er godt dokumentert (Bullard, et al., 2019, Fletcher et al., 2018, Malterud, 2010, Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, Helsedirektoratet, 2011). Forskning viser også at de beste resultatene oppnås når brukere får tverrfaglig oppfølging i nærmiljøet (Tsai & Wadden, 2009, Wadden et al., 2014, Fitzpatrick et al., 2016, Kamper et al., 2014, van Erp, 2019, Lean et al., 2019).

Mennesker med akutt- eller nyoppdaget sykdom og etter skade blir best tatt vare på av rehabiliteringstjenesten. Samtidig er det en rekke brukergrupper, blant annet personer med fedme og personer med langvarig smerte, som ikke får dekket sine rehabiliteringsbehov. Utfordringer med kapasitet, kompetanse, organisering og økonomi er nevnt som hovedårsaker til dårlig rehabiliteringstilbud for disse brukergruppene (Linge et al., 2014).

I førende helsepolitiske dokumenter legges det vekt på helsetjenester som skal forebygge, begrense og rehabilitere sykdom framfor behandle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, 2013, 2015, 2017). Kommunene er pålagt å tilrettelegge for forebygging og begrensnings av sykdommer og rehabilitering (Folkehelseloven, 2011, §4, Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3, Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §1, §3). I praksis kommer mennesker med kroniske helseproblemer som er ferdigbehandlet eller rehabilitert i spesialisthelsetjenesten hjem til et veldig begrenset helsetilbud i mange norske kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette er en utfordring fordi disse personene ofte ikke er friske nok til å benytte seg av folkehelseiltak tiltenkt hele befolkningen, og ikke syke nok for å trenge akutt helsehjelp eller omsorgstjenester. Ifølge prosjektrapporten om rehabilitering i Midt-Norge (Linge et al., 2014) er det store variasjoner mellom kommunene hva angår ressurser i form av kapasitet og kompetanse innen rehabiliteringsområdet. For brukere betyr det at tilgjengelighet, kvalitet og omfang på tjenestene varierer avhengig av bosted.

I helsevesenet vurderes det daglig hvilke brukere som skal få tilgang til hvilke helsetjenester, hvilke pasientgrupper skal prioriteres og hvem som må vente. Hovedkriterier for slike prioriteringer er nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) Det skal vurderes i hvilken grad ønsket tiltak kan forlenge brukerens livslengde, øke livskvalitet, forbedre funksjon eller redusere plager. Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorlighetsgraden av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra risikoen for død eller funksjonstap, graden av funksjonstap og de plager tilstanden medfører. Tiltaket som er mest kostnadseffektiv skal prioriteres. Prioriteringskriteriene gjelder for hele helsetjenesten ved beslutningssituasjoner på både klinisk nivå, gruppenivå og på administrativt og politisk nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Prioritering av helsetjenester vurderes oftest ut fra brukerens behov der og da. Hvis tiltakets nytte, kostnader og tilstandens alvorlighetsgrad skulle vurderes i livsløpsaksje ville det være tydelig at personer med fedme og personer med langvarig smerte, eller med andre kroniske helseplager, bør ha større prioritet ved tildeling av helsehjelp, også i primærhelsetjenesten. Disse tilstandene medfører et stort funksjonstap, redusert arbeidsevne og nedsatt livskvalitet. Forverring kan forårsake store fysiske og psykiske plager for den enkelte, uførhet og behov for kostbare helsetjenester. Ved tidlig helsefaglig støtte, brede diagnoseuavhengige tiltak og veiledning kan denne brukergruppen ha et stort rehabiliteringspotensial.

Dessverre er organisering og strukturer i primærhelsetjenesten preget av ressursmangel. Dette fører til at lovpålagte oppgaver prioriteres og at utvikling og drift av helsefremmende og forebyggende tjenester blir nedprioritert (Rønnevik et. al., 2020). Helsepolitisk fokus på forebygging og begrenning av sykdommen samt rehabilitering har lite verdi før det blir et faktum via bevisst endring av holdninger hos helsepersonell. Det er helsepersonell som har kunnskap og makt til å avdekke brukernes behov, fremme forebyggingstankegangen og påvirke politikere ved ressurstildeling.

Etablering av helseveiledertjenesten i Fosen-kommunene er et forsøk på å forbedre oppfølging av mennesker med kroniske helseutfordringer og støtte dem i deres helsefremmende og rehabiliteringsarbeid. Det er en stor fare for at mennesker som mottar gode helsetjenester i spesialisthelsetjenesten, men ikke tilbys fortsettelse av behandling og oppfølging i kommunen, ikke oppnår sine rehabiliteringsmål.

Fra resultatene i denne studien kom det fram at overgangen fra rehabiliteringssenteret til hverdagen hjemme var vanskelig for deltakerne, og at de hadde behov for videre oppfølging.

Det kom også fram at helseveiledningstjenesten må videreutvikles og at helseveilederen alene ikke kan kompensere for manglende eller svært begrenset tilbud for denne brukergruppen i kommunen. Det trengs mer kunnskap om hva slags intervensjoner disse personene har mest behov for, og hvor mye hjelp bør være tilgjengelig for å få optimal nytte uten å umyndiggjøre dem eller undervurdere deres egne ressurser.

4.5. Metodediskusjon

Kvalitative metoder er basert på en felles forståelse om forskning som en systematisk og refleksiv prosess av samling, organisering og fortolkning av datamaterialet samt utvikling av kunnskap (Malterud, 2001). Kriteriene som ofte brukes for å vurdere kvaliteten på kvalitativ forskning er pålitelighet, gyldighet, refleksivitet og generaliserbarhet (Tjora, 2017a, 2017b). Forskeren må være forberedt på å stille seg selv kritiske spørsmål rundt funn og fortolkning. Det skal vurderes om studien har forsket det den skulle, hvordan konteksten kan ha påvirket forskning, tenke i hvilken grad en annen forsker kunne ha oppnådd lignende resultater, reflektere over forskerens rolle og forforståelse i forskningsprosessen, samt vurdere om prosjektets funn har relevans utover det aktuelle prosjektets rammer (Malterud, 2001, Tjora, 2017a).

4.5.1. Gyldighet

Forskningens gyldighet er knyttet til spørsmålet om resultatene gir svar på problemstillingen (Tjora, 2017a). Problemstillingen i denne oppgaven var: Hva slags erfaringer har personer med fedme og personer med langvarig smerte i forbindelse med overgangen fra rehabilitering i spesialisthelsetjenesten til hverdagen hjemme. Ved besvarelse var søkelyset på deltakernes opplevelser knyttet til helsetjenester de hadde fått og deltakernes syn på de faktorer som hadde påvirket deres rehabiliteringsprosesser. Gyldighet kan være pragmatisk eller kommunikativ (Kvale, 1997, Tjora, 2017a). Pragmatisk gyldighet er relevant for denne

studien som er en del av evalueringen av et pågående prosjekt om helsetjenesteutvikling i regionen. Forskning kan ses på som en form for demokratisk erkjennelsesprosess og brukermedvirkning hvor deltakere aktivt bidrar til endringsarbeidet (Tjora, 2017a). Samhandling og ansvarsfordeling mellom tjenesteutøvere ved overganger fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, ble nevnt som utfordringer allerede i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Målet med denne studien var å bidra til forbedring og endring i helsetilbudet rettet mot kronisk syke. Deltakernes erfaringer i henhold til deres rehabilitering er viktig informasjon for kommuneledere ved strategisk planlegging av folkehelsearbeid og ressursfordeling.

Kommunikativ gyldighet betyr at forskeren bevisst forholder seg til eksisterende teorier, perspektiver og tidligere forskning som er gjort om samme tema eller har brukt samme metoder (Tjora, 2017a). Forskning som er blitt gjort tidligere om personer med fedme og personer med langvarig smerte bekrefter resultatene i denne studien. Disse er tilstander hvor behandling og rehabilitering er knyttet til endringsprosesser som krever tid. For å oppnå varige resultater er det nødvendig med lang oppfølging og delt ansvar mellom brukeren selv og helsepersonell. Kommunehelsetjenesten har ikke hatt en tydelig rolle i en slik oppfølging. Resultater fra denne studien bekrefter at det er et stort forbedringspotensial for utvikling av helsetjenester i kommunen dersom målet er å forebygge forverring av kroniske helsetilstander og redusere framtidige kostbare pleie- og omsorgstjenester.

4.5.2. Pålitelighet

Kvalitativ tilnærming gir en mulighet til å skaffe et nyansert bilde av kompliserte fenomener og å studere deltakernes forståelse og beskrivelse av disse. Den er forklarende og fleksibel, men også subjektiv og gir ikke entydige svar til forskningsspørsmålene (Braun & Clarke, 2013). Ifølge Burr (2015) forsøker ikke sosialkonstruktivistisk forskning å identifisere den eneste sannheten.

Forskerens bakgrunn og forforståelse, beskrevet i kapittel 3.2., kan ha påvirket datautviklingen i en viss grad. En annen forsker med en annen bakgrunn og et annet mål kan ha funnet andre sammenhenger og løftet fram andre momenter enn disse som har virket betydningsfulle for denne studien. Hensikten med denne studien var å utforske hvordan

deltakerne opplevde overgangen fra rehabiliteringssenteret til hjemkommunen og evaluere nytteverdien i den nyetablerte helseveiledningstjenesten. For å øke pålitelighet i studien, ble det bevisst tatt avstand fra Fosen-prosjektet og deltakerne ble bedt om å evaluere alle ledd og faktorer i rehabiliteringsforløpet, ikke bare den konkrete tjenesten.

Det ble valgt å bruke tematisk analyse for å bearbeide datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, 2013). Analyseprosessen ble nøye beskrevet for å vise hvordan datamateriale ble utviklet. Siden Braun & Clarke presenterte sin modell for bruk av tematisk analyse i 2006, har denne analysemetoden vært mye brukt. Fordeler ved tematisk analyse er at den passer forskjellige teoretiske tilnærminger og kan derfor brukes i mange forskjellige studier. Metoden gir en «oppskrift» på hvordan organisere store datamengder, samt identifisere og studere forskjellige temaer. Som ulempe er det nevnt at metodens fleksibilitet og store datamengder kan føre til utydelige sammenhenger. (Braun & Clarke, 2006, Nowell et al. 2017).

En svakhet ved tematisk analyse er at den ikke er egnet for å analysere språk (Braun & Clarke, 2006, Nowell, Norris, White & Moules, 2017). Sosialkonstruktivister påstår at språk er «tankens» nødvendige forutsetning og ikke bare et verktøy vi bruker for å konstruere våre sosiale og psykologiske verdener. Språk har praktiske konsekvenser for mennesker og har konstruktiv makt (Burr, 2015). Fra sosialkonstruktivistisk standpunkt ville diskursanalyse være en bedre egnet analysemetode. Samtidig er problemstillingen i denne studien ikke rettet mot deltakernes psykologiske prosesser, men mot deres erfaringer i forhold til helsetjenester. Derfor er uttrykk og ord de bruker ikke av så stor interesse som temaer som kommer fram i samtaler.

4.5.3. Utvalg

Ifølge Tjora (2017a, s. 130) er hovedregelen for utvalg i kvalitative intervjustudier at deltakere av ulike grunner kan uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet. Det kan stilles et spørsmål om et utvalg på ni deltakere kan gi tilstrekkelig data for å besvare problemstillingen. Dette kan vurderes ifølge modellen til Malterud, Siersma og Guassora (2015) som foreslår å ta følgende momenter i betraktning: studiens mål, hvor spesifikk er målgruppen, hvor mye teori som finnes om temaet, kvaliteten på intervjuene og hvilken analysestrategi som blir brukt. Denne studien handler om helsetjenesteutvikling på Fosen, et

ganske avgrenset forskningsområde. Målgruppen er også spesifikk og avgrenset - personer med fedme og personer med langvarig smerte som har vært på rehabiliteringsopphold på Helsefortet. Med et avgrenset forskningsområde og en spesifikk målgruppe må ikke utvalget være veldig stort. Det finnes mye teori om behandling av disse brukergruppene, men lite om deres forhold til helsetjenester i kommunen. Forskning rundt helhetlige sykdomsforløp har oftest fokus på spesialisthelsetjenesten og gjelder brukergrupper i senere faser av sykdommen (Grimsmo et al., 2016). Generelt finnes det veldig lite forskning om helsetjenesteutvikling i primærhelsetjenesten. For å bidra med ny kunnskap i dette området ville det vært hensiktsmessig med flere deltakere i studien. Forskeren i denne studien har lite erfaring med intervjuing av deltakere, men god erfaring med målrettede pasientsamtaler og kunnskap om kronisk syke. Det kan konkluderes at med et utvalg på ni personer ble det skaffet data med god nok informasjonskraft for å besvare problemstillingen.

4.5.4. Generaliserbarhet

Generaliserbarhet beskriver forskningens relevans utover de enhetene som er undersøkt i en studie (Tjora, 2017a). Målet med denne studien var å få en bedre innsikt i hvilke behov personer med fedme og personer med langvarig smerte hadde i forhold til sine rehabiliteringsprosesser, og med den kunnskapen bidra til utvikling av helsetjenester i Fosen-regionen. Studien er knyttet til et utviklingsprosjekt på Fosen. Samtidig er problematikken i forbindelse med forebygging av sykdom, rehabilitering og helhetlig oppfølging av mennesker med kroniske helseutfordringen aktuell i mange kommuner i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018, SSB, 2018, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, Samdal & Meland, 2020).

Fedme og langvarig smerte er helsetilstander som har hyppig forekomst og store helsekonsekvenser for de som er rammet og for samfunnet generelt (Folkehelseinstituttet, 2018, SSB, 2018). Kunnskap om disse brukergruppene kan ha relevans også til mennesker med andre kroniske tilstander som, med mer systematisk og helhetlig helsefaglig oppfølging, kan forebygge forverring av helse. På den måten har informasjon fra et lite utvalg av personer med fedme og personer med langvarig smerte relevans i forhold til utvikling av diagnoseuavhengige tverrsektorielle behandlings- og rehabiliteringsforløp.

5. Konklusjon

Fedme og langvarig smerte er helsetilstander som har en svært høy forekomst i Norge. Disse er tilstander som står for et stort helsetap og forårsaker sterkt redusert livskvalitet for de som er rammet. Mange sliter med sine utfordringer i mange år, mange opplever nedsatt arbeidsevne og blir uføre i relativt ung alder. Dette medfører store kostnader for samfunnet i form av tapt arbeidskraft, men også i økende behov for kostbare helse- og omsorgstjenester. Endring av levevaner er grunnmuren for både fedme- og smertebehandlingen. Forskning viser at kun et fåtall lykkes med varige endringer. De fleste som har fått veiledning til endring av levevaner og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten faller tilbake til gamle rutiner kun kort tid etter at de er kommet hjem.

Målet med denne studien var å få bedre innsikt i hvilke behov personer med fedme og personer med langvarig smerte hadde i forbindelse med overgangen fra rehabilitering i spesialisthelsetjenesten til hverdagen i hjemkommunen. Studien skal bidra til utvikling av mer brukervennlige helsetjenester i kommuner.

Fra resultatene kom det fram at de fleste deltakerne opplevde at overgangen fra rehabiliteringssenteret til hjem var vanskelig. Fire temaer kom fram:

1) Ansvar for egen helse og skyldfølelse

De fleste deltakerne sa at de opplevde at motivasjonen for å endre levevaner gikk ned når de kom hjem fra Helsefortet. Kun få måneder etter oppholdet hadde de delvis eller helt gått tilbake til de samme levevanene som før oppholdet. Deltakerne sa at de selv hadde skylden for ikke å ha oppnådd sine mål og for ikke å ha benyttet den kunnskapen og erfaringene fra Helsefortet bra nok. De ga uttrykk for at de hadde sviktet seg selv og var late.

2) Behov for tilhørighet og sosial støtte

På rehabiliteringssenteret hadde deltakerne god sosial støtte av andre i samme situasjon. Dette gjorde dem motiverte og økte deres mestringstro. Denne sosiale støtten fra likesinnede og opplevelsen av tilhørighet mistet de når de kom hjem etter oppholdet. Deres egne sosiale nettverk var ikke aktivt støttende og villige til å endre sine rutiner i takt med deltakernes rehabiliteringsmål. Deltakerne mente at det var svært utfordrende eller umulig å få til endring av levevaner alene. Mangel på den sosiale støtten ble nevnt som et av årsakene til at de fleste deltakere gled tilbake til gamle helseskadelige rutiner.

3) Behov for oppfølging etter rehabiliteringsopphold på Unicare Helsefort

Alle deltakerne innså at deres egen motivasjon og innsats var viktigst ved gjennomføring av rehabiliteringen, men at de ikke klarte å opprettholde fokus og motivasjon bra nok alene. De ga uttrykk for at de trengte oppfølging etter hjemkomst. Deltakerne mente at oppfølging fra helseveileder var viktig og nødvendig, men sa at funksjonens nytteverdi var vanskelig å evaluere etter kun få samtaler. Et fåtall deltakere fikk mangelfull oppfølging fra helseveileder. De sa at de opplevde å være forlatt til seg selv og at ingen brydde seg om dem.

4) Behov for et bedre rehabiliteringstilbud i kommunen

Etter hjemkomst hadde de fleste deltakere hatt utfordringer med å finne passende aktivitetstilbud i kommunen. De hadde fått inntrykk av at eksisterende tilbud var rettet mot brukere som var sykere og eldre enn dem eller hadde andre utfordringer. Noen deltakere sa at de følte seg altfor syke for å klare og delta i organiserte aktiviteter. Opplevelsen av ikke å være i god nok form, å være for store eller for svake, samt dårlig råd skapte barrierer for dem og de ønsket ikke eller kunne ikke delta i aktiviteter designet for friske mennesker.

Fosen-prosjektet og den nyetablerte helseveiledningstjenesten er et forsøk på å forbedre oppfølging av kronisk syke i primærhelsetjenesten. Tjenesten skal sørge for at mennesker som er ferdigbehandlet eller rehabilitert i spesialisthelsetjenesten ikke blir stående alene med uoverkommelige helseoppgaver. Denne studien ble gjennomført i et lite utvalg av personer med fedme og personer med langvarig smerte som deltok i et rehabiliteringsprogram på Unicare Helsefort og var bosatt på Fosen. Studien ga bedre innsikt i behovene til deltakerne, men var altfor liten til å kunne konkludere om helseveiledningstjenesten er den riktige veien å gå. Resultatene peker likevel i retning av at oppfølging fra en helseveileder i kommunen kan bidra til en bedre måloppnåelse hos personer med fedme og personer med langvarig smerte. Det er et stort behov for både kvantitativ og kvalitativ forskning om kronisk syke som er i et tidlig sykdomsforløp, om tjenesteutvikling i primærhelsetjenesten samt nyttekostnadsanalyser av forskjellige intervensjoner.

Litteraturliste

- Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Nord. Med.*, 106 (1991), pp. 232-236
- Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc. Sci. Med.*, 66, pp. 182-188
- Album, D., Johannessen, L. E. F. & Rasmussen, E. B. (2017). Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Social Science & Medicine*, Volume 180, May, Pages 45-51,
- Anderson, J. W., Konz, E. C., Frederich, R. C., & Wood, C. L. (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 74(5), 579–584.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet, statistikkseksjonen (2020). *Notat: Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2015*. Hentet 15.09.20 fra : <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>
- Baillya, F., Foltz, V., Rozenberga,S., Fautrel, B. & Gossec, L. (2015). The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role: A qualitative study. *Joint Bone Spine* 82; 437–441.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. NJ: Prentice-Hall, Onc.
- Bjurholt, K. F. (2014). *Evaluering av norske frisklivssentraler – en prospektiv intervensjonsstudie*. (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet, NTNU, Trondheim
- Bodai, B.I., Nakata, T. E., Wong, W. T., Clark, D. R., Lawenda, S., Tsou, C., ... Campbell, T. M. (2018). Lifestyle Medicine: A Brief Review of Its Dramatic Impact on Health and Survival. *Perm J*. 22:17-025. doi: 10.7812/TPP/17-025.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*, 3, 77-101.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research. A practical guide for beginners*. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington DC: SAGE
- Bonathan, C., Hearn, L., & Williams, A. C. (2013). Socioeconomic status and the course and consequences of chronic pain. *Pain Manag*, 3(3), 159-162
- Booth, H. P., Prevost, T. A., Wright, A. J. & Gulliford, M. C. (2014). Effectiveness of behavioural weight loss interventions delivered in a primary care setting: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*, Dec; 31(6):643-53. doi: 10.1093/fampra/cmu064
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. forskning nr 1; 7: 14-22 doi: 104220/sykepleienf.2012.0024
- Brandkvist, M, Bjørngaard, J. H., Ødegård, R.A., et al. (2019). Quantifying the impact of genes on body mass index during the obesity epidemic: longitudinal findings from the HUNT Study. *BMJ* 2019; 366: l4067.

- Brewis, A., Sturtz Streetharan, C. & Wutich, A. (2018). Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Globalization and Health* <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0337-x>
- Brewis, A. A., Wutich, A., Falletta-Cowden, A. & Rodroguéz-Soto, Is. (2011). Body Norms and Fat Stigma in Global Perspective. *Current Anthropology* Volume 52, Number 2. DOI: 10.1086/659309
- Brown, R. C. H., Maslen, H. & Savulescu, J. (2018). Responsibility, prudence and health promotion. *Journal of Public Health*, Vol. 41, No. 3, pp. 561–565, doi:10.1093/pubmed/fdy113
- Bullard, T., Ji, M., An, R., Tringh, L., Mackenzie, M. & Mullen, S. P. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*; May 24;19(1):636. doi: 10.1186/s12889-019-6877-z.
- Burr, V. (2015). *Social Constructionism*. East Sussex/New York, Routledge
- Burgess, E., Hassmen, P. & Pumpa, K. L. (2017). Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: a systematic review. *Clin Obes* Jun; 7(3):123-135. doi: 10.1111/cob.12183.
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27(8), 955–962. doi:10.1038/sj.ijo.802305
- Caplan, G. & Caplan, R. B. (2000). The Future of Primary Prevention. *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 21, No. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1023/A:1007062631504>
- Coughlin, J.W., Brantley, P.J., Champagne, C.M., Vollmer, W.M., Stevens, V.J., Funk, K., Dalcin, A.T.,... Appel, L. J. (2016). The Impact of Continued Intervention on Weight: Five-Year Results from the Weight Loss Maintenance Trial. *Obesity*, 24, 1046–1053. Doi:10.1002/oby.21454
- Crawford, D., Jeffery, R. W., & French, S. A. (2000). Can anyone successfully control their weight? Findings of a three year community-based study of men and women. *International Journal of Obesity*, 24(9), 1107–1110. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1038/sj.ijo.0801374> <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801374>
- Dalen, M. (2019), *Opplevelser av mestringstro hos personer med sykkelig overvekt som mottar konservativ behandling*. (Masteroppgave). OsloMet-Storbyuniversitetet.
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R., & Fredwall, T. E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom: En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/249903>
- Darnton, A. (2008) GSR Behaviour Change Knowledge Review. Reference Report: An overview of behaviour change models and their uses. Centre for Sustainable, Development, University of Westminster
- De Lorenzo, A., Romano, L., Di Renzo, L., Di Lorenzo, N., Cennamo, G. & Gualtieri, P. (2020). Obesity: A preventable, treatable, but relapsing disease. *Nutrition*, 03, Vol.71, p.110615-110615. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.110615>

Det norske revmatikerforbundet. *Utfordringer med behandlingen og rehabilitering i dag*. Hentet 17.3.21 fra: <https://www.revmatiker.no/om-nrf/for-tillitsvalgte/politisk-pavirkning/hvilke-saker-skal-vi-arbeide-med/remus-rapporten/utfordringer-med-behandling-og-rehabilitering-i-dag/>

Duarte, C., Matos, M., Stubbs, R.J., Gale, C., Morris, L. & Gouveia, J.P., et al. (2017). The Impact of Shame, Self-Criticism and Social Rank on Eating Behaviours in Overweight and Obese Women Participating in a Weight Management Programme. *PLoS ONE* 12(1): e0167571. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167571>

Ekornerud, T., Thonstad, M. (2018). Ei kartlegging og analyse av førebyggende og helsefremjende arbeid og tilbud i norske kommuner i perioden 2013-2016 (A mapping and analysis of prevention and health promotion interventions in Norwegian municipalities from 2013 to 2016). (Statistisk Sentralbyrå). Hentet 12.12.20 fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/358702?_ts=16557397138

Elfhag, K. & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*, 6(1), 67-85. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x

Garsjø O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte: en introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001

Geneen, L. J., Moore, R.A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A. & Smith, B. A. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*; 2017(1): CD011279. doi: 10.1002/14651858.CD011279.pub2

Goldenberg, D.L., Burckhardt, C., Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*; 292: 2388–95; doi:10.1001/jama.292.19.2388

Goffmann, E. (1975). *Stigma*. Copenhagen: Gyldendanske Bokhandel, Nordisk Forlag

Gómez, J. M. P. & Martínez-Marcos, M. (2018). Overweight and obesity: effectiveness of interventions in adults. *Enferm Clin* :65-74. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.06.005

Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 02 / 2016 (Volum 2)

Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2018). Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36:2, 152-160, DOI:10.1080/02813432.2018.1459167

Gupta, H. (2014). Barriers to and Facilitators of Long Term Weight Loss Maintenance in Adult UK People: A Thematic Analysis. *Int J Prev Med*, 5(12), 1512-1520.

Guzmán, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001;322:1511–6.

Finlay, K. A., Peacock, S. & Elander, J. (2018). Developing successful social support: An interpretative phenomenological analysis of mechanisms and processes in a chronic pain support group. *Psychol Health*. Jul;33(7):846-871. doi: 10.1080/08870446.2017.1421188.

- Fitzpatrick, S. L., Wischenka, D., Appelhans, P. M., Pbert, L., Wang, M., Wilson, D. K. & Pagoto, S. L. (2016). An Evidence-based Guide for Obesity Treatment in Primary Care. *Am J Med.* Jan;129(1):115.e1-7. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.07.015.
- Fjerstad, E., Berge, T. & Bull-Hansen, B. (2020). Sykdomsskam. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 57, nummer 1, side 32 – 27.
- Fletcher, G. F., Landolfo, C., Niebauer, J., Ozemek, C., Arena, R. & Lavie, C. J. (2018). Promoting Physical Activity and Exercise: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol*; Oct 2;72(14):1622-1639. doi: 10.1016/j.jacc.2018.08.2141.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten – kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2019). Helhetlig pasientforløp i hjemmet. Hentet 21.09.20 fra: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet-og-hva-er-viktig-for-deg/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Overvekt og fedme i Noreg. Hentet 12.12.20 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet 12.12.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. (2012). Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (FOR-2012-08-29-842). Hentet 12.12.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B. & Kessler, A. (2003). Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obes Res.*11:1168-1177.
- Froud, R., Patterson, S., Eldridge, S., Seale, C., Pincus, T., Rajendran, D., Fossum, C. & Underwood, M. (2014). A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskeletal Disorders*, Hentet 12.02.21 fra <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/50>
- Fugelli, P. (2004). Verdier og strategier i det forebyggende helsearbeidet. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 13–14; 124
- Følling, I.S., Solbjør, M., Helvik, A.S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Fam Pract*; 16: 73
- Følling, I.S., Solbjør, M., Midthjell, K., Kulseng, B. & Helvik, A.-S. (2016). Exploring lifestyle and risk in preventing type 2 diabetes-a nested qualitative study of older participants in a lifestyle intervention program (VEND-RISK). *BMC Public Health* 16, 876. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3559-y>

- Følling, I.S. (2020). Overvekt – livsstil eller mangel på livssjanser? *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0852
- Harvey, I. S., Alexander, K. (2012). Perceived social support and preventive health behavioral outcomes among older women. *J Cross Cult Gerontol*. Sep; 27(3):275-90. doi: 10.1007/s10823-012-9172-3.
- Heikkinen, J., Honkanen, R., Williams, L., Leung, J., Rauma, P., Quirk, S. & Koivumaa-Honkanen, H. (2019). Depressive disorders, anxiety disorders and subjective mental health in common musculoskeletal diseases: A review. *Maturitas*; Sep; 127:18-25. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.05.011.
- Helse- og omsorgsdepartement (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008 - 2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet (2011a). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjeneste*. IS-nummer: IS-1735. Hentet 12.12.20 fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_attachement/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf
- Helsedirektoratet. (2020, 10. desember). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 10.12.20 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/gjennomgang-av-definisjonen-av-habilitering-og-rehabilitering>
- Helsedirektoratet. (2019a). Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam>
- Helsedirektoratet. (2019b). Primærhelseteam – pilotprosjekt. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primarhelseteam-pilotprosjekt>
- Helsedirektoratet. (2011b). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud* (IS- 1896). Hentet 12.12.20 fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmllui/bitstream/handle/11250/2495600/IS-1896.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helsedirektoratet (2018). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder*. Hentet 16.03.21 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team#ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>
- Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet 29.01.21 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. (Meld. St. 34, 2015–2016) Hentet 27.01.21 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34, 2012 - 2013) Hentet 07.12.20 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26, 2014 – 2015). Hentet 12.12.20 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering* (2017–2019). Hentet 12.12.20 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15, 2017–2018). Hentet 22.01.21 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=omsorgstjenesteloven>

Hjelmesæth, J. (2007). Sykelig fedme på alvor. *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 1; 127

Hjelmesæth, J., Hofsvang, D., Handeland, M., Johnson, L. K. og Sandbu, R. (2007). Livsstilsbehandling av sykelig fedme. *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 18; 127 2410-2

Ingram, E., Ledden, S., Beardon, S., Gomes, M., Hogarth, s., McDonald, H., Osborn, D. P. & Sheringham, J. (2020). Household and area-level social determinants of multimorbidity: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. Nov 6; jech-2020-214691. doi: 10.1136/jech-2020-214691.

Johannessen, L. E. F., Album, D. & Rasmussen, E. B. (2020). Do nurses rate diseases according to prestige? A survey study. *J Adv Nurs*. Jul; 76(7):1691-1697. DOI: 10.1111/jan.14394

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy I kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget

Johnson, J.M. (2002). In-Depth Interviewing. I Gubrium, J. E. & Holstein, J.A. (2002). *Handbook of Interview Research. Context & Method*. California: Sage Publications Inc.

Juritzen, T., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). Myndiggjøringens forførende makt. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.). *Makt på nye måter* (s. 122 – 137). Oslo: Universitetsforlaget.

Järvinen, M. (2017). Symbolsk interaksjonisme som analysestrategi. I M. Järvinen, & N. Mik-Meyer (red.) *Kvalitativ analyse. Syv tradisjoner*. København: Hans Reitzels Forlag

Kamper, S. J., Apeldoorn, A.T., Chiarotto, A., Smeets R.J., Ostelo, R.W., Guzman, J., van Tulder, M.W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back

pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Sep 2;(9):CD000963. doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.

Karialainen, K. A., Malmivaara, A., Van Tulder, M.W., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., et al. (1999). Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adult. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD001984

Kasila, K., Vainio, S., Punna, M., Lappalainen, P., Lappalainen, R., Kaipainen, K., & Kettunen, T. (2020). Individual differences in processes of lifestyle changes among people with obesity: an acceptance and commitment therapy (ACT) intervention in a primary health care setting. *Prim Health Care Res Dev.* 2020;21:e12.

Knardahl, S. (2001). Langvarig smerte – gjør vi alt galt? *Tidsskr Nor Lægeforen*; 121: 2620–3.

Kobayashi, L. C. & Steptoe, A. (2018). Social Isolation, Loneliness, and Health Behaviors at Older Ages: Longitudinal Cohort Study. *Ann Behav Med.* May 31;52 (7):582-593. doi: 10.1093/abm/kax033.

Kvale S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychol Rev.* 2016;10(3):277–96

Lean, M. E. J., Leslie, W.S., Barnes, A.C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., et al. (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*, Volume 7, Issue 5, Pages 344-355 [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30068-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30068-3)

Lewin, K. & Cartwright (red.). (1952). *Field theory in social science: selected theoretical papers*. London: Tavistock

Leung, A.W. Y., Chan, R. S. M., Sea, M. M. M. & Woo, J. (2017). An Overview of Factors Associated with Adherence to Lifestyle Modification Programs for Weight Management in Adults. Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14, 922

Linge, O., Gjørde, S., Standal, J. E., Berge, A. B., Overå, H., Haugan, N., ... Thorsvik, D. (2014). *Prosjektrapport. Rehabilitering I Midt-Norge*. Helse Midt-Norge/KS

Liu, N. F., Brown, A. S., Younge, M. F., Guzman, S. J., Close, K. L. & Wood, R. (2017). Erratum. Stigma in People With Type 1 or Type 2 Diabetes. *Clinical Diabetes*;35:27–34. DOI: 10.2337/cd16-0020

Loef, M. & Walach, H. (2012) The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, Volume 55, Issue 3, September 2012, Pages 163-170, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>

Look, A.R.G. (2014). Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: The look AHEAD study. *Obesity*, 22, 5–13. doi:10.1002/oby.20662

Lund, T.B., Sandøe, P. & Lassen, J. (2011). Attitudes to Publicly Funded Obesity Treatment and Prevention. *Obesity*, 1580-1585. Doi:10.1038/oby.2011.84

- Løhre, A. & Grimsmo, A. (2015). *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)*. (Sluttrapport). Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2581543>
- MacLean, P. S., Higgins, J. A., Giles, E.D., Sherk, V. D. & Jackman, M. R. (2015a). The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. Review. *Obes Rev*; Feb;16 Suppl 1(Suppl 1):45-54; DOI: 10.1111/obr.12255
- MacLean, P.S., Bergouignan, A., Cornier, M.-A. & Jackman, M. R. (2011) Biology's response to dieting: the impetus for weight regain..Review. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. Sep; 301(3): R581-600. doi: 10.1152/ajpregu.00755.2010
- MacLean, P.S., Wing, R.R., Davidson, T., Epstein, L., Goodpaster, B., Hall, K. D. Levin, B.E., ... Ryan, D. (2015b).. NIH working group report: innovative research to improve maintenance of weight loss. *Obesity*, 23:7-15, doi:10.1002/oby.20967
- Majlesi, J. (2019). Patients with Chronic Musculoskeletal Pain of 3–6-Month Duration Already Have Low Levels of Health-Related Quality of Life and Physical Activity. *Current Pain and Headache Reports*; 23: 81.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001, 358(9280):483–488.
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskr Nor Legeforen*; 130: 2356 doi: 10.4045/tidsskr.09.0828
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2015). Sample size in qualitative interview studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*; 26: 1753–60. DOI: 10.1177/1049732315617444
- Marchman Andersen, M., Oksbjerg Dalton, S., Lynch, J., Johansen, C. & Holtug, N. (2013). Social inequality in health, responsibility and egalitarian justice. *Journal of Public Health*, Volume 35, Issue 1, March 2013, Pages 4–8, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt012>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: 1099–104
- McLean, G., Gunn, J., Wyke, S., Guthrie, B., Watt, G. C. M., Blane, D. N. & Mercer, S. W. (2014). The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. Jul;64(624):e440-7. doi: 10.3399/bjgp14X680545.
- Murray, J., Craig, C. L., Honey, S. & House, A. (2012). A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change. *BMC Cardiovasc Disord*;12:120
- Murray, J, Fenton, G., Honey, S., Bara, A.C., Hill, K. M. & House, A. (2013). A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk. *BMC Cardiovasc Disor*. 2013;13:48.
- Mundal, A. (2018). *Flest til fastlegen på grunn av muskel- og skjelettlidelser*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 13.12.20 fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-til-fastlegen-pa-grunn-av-muskel-og-skjelettlidelser>
- Mæland, J. G. (2020a). Livssjanser og kontroll: psykososiale forklaringer på helseulikheter. I J. G. Mæland (Red.). *Sykdommers sosiale røtter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Mæland, J. G. (2020b). Jo mer vi er sammen ... Sosial kontakt og samhold beskytter mot sykdom. I J. G. Mæland (Red.). *Sykdommers sosiale røtter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Nguyen, N., Champion, J. K., Ponce, J., Quebbemann, B., Patterson, E., Pham, B., ... Favretti, F. (2012). A Review of Unmet Needs in Obesity Management. *OBES SURG* (2012) 22:956-966, DOI 10.1007/s11695-012-0634-z
- Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D. E. & Moules, N.J., (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Thrustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, Volume 16: 1-13. DOI: 10.1177/1609406917733847
- Norsk elektronisk legehåndbok. *Retningslinjer for smertebehandling I Norge*. (2003). Hentet 13.04.21 fra: <https://nevrologi.legehandboka.no/imagevault/publishedmedia/eqny6pop4xvcut9557ai/6273-2-retningslinjer-for-smertebehandling-i-norge.pdf>
- Närvänen A.L. & Åsbring, P. (2002). Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualitative Health Research*; 12:148 – 60.
- Nørredam, E. & Album, D. (2006). *Forskelle og uligheder i sygdom og sundhed – hvilken rolle spiller prestisje?* I Vallgård, S. & Koch, S. (red). (2006) *Forskel og lighed i sundhed og sygdom – udfordringer, eksempler, perspektiver*. København: Munksgaard Danmark
- Oranius, T., Koskela, T., Koho, P., Pohjolainen, T., Kautiainen, H., Haanpää, M. & Hurri, H. (2018). Anxiety and depression are independent predictors of quality of life of patients with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Health Psychology* 18(2) 167–175; DOI:
- Orow, G., Kinmonth, A.-L., Sanderson, S. & Sutton, S. (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. *Bmj*. 344:e138910.1177/1359105311434605
- Pettersen, R. & Wyller, T. B. (2007). Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 5; 127: 600–3
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390–5
- Puhl, R., Suh, Y. (2015) Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep*; 4: 182–90. DOI 10.1007/s13679-015-0153-z
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rønold, I.T. (2020). – Veldig mange stempler tjuke mennesker som dumme. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0856
- Rønnevik, D.-H. (2019). Den store misforståelsen om forebygging og helsefremming. *Dagens Medisin*. Hentet 12.12.20 fra: <https://www.dagensmedisin.no/blogger/dag-helge-ronnevik/2019/02/14/den-store-misforstaelsen-om-forebygging-og-helsefremming2/>
- Rønnevik, D.-H., Pettersen, B. & Grimsmo, A. (2020). Fastlegens rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid- som utøver og lyttepost (Rapport). Hentet 12.12.20 fra: <https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-enedelig-nett.pdf>

- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13:121
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H. & Bratås, O. (2019). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at Healthy Life Centre in Norway. *Health Expect.* 22(2):226-34.
- Salemonsens, E., Hansen, B. S., Fjørland, G. & Holm, A.L. (2018). Healthy Life Centre participants perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived “wrong” lifestyle - a qualitative interview study. *BMC Obesity*. 5(1):42.
- Salemonsens, E., Fjørland, G., Hansen, B. S. & Holm, A. L. (2020). Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres—A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. *Health Expectations*; 23:1376–1386. DOI: 10.1111/hex.13129
- Samdal, G. B. & Meland, E. (2020). Frisklivssentralene har kommet for å bli; hvilke følger bør forskningen få for arbeidet i fremtiden? *Fysioterapeuten*. Hentet 12.12.20 fra: <https://fysioterapeuten.no/fagessey-frisklivssentraler-samdal/frisklivssentralene-har-kommet-for-a-bli-hvilke-folger-bor-forskningen-fa-for-arbeidet-i-fremtiden/128697>
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G.E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T.H. & Mildestvedt, T. (2018). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2018;46(7):774-81.
- Semlitsch, T., Stigler, F. L., Jeitler, K., Horvath, K. & Siebenhofer, A. (2019). Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obes Rev*, Sep; 20(9):1218-1230. doi: 10.1111/obr.12889.
- Sevild, C. H., Niemiec, C. P., Bru, L. E., Dyrstad, S. M. & Lunde Husebø, A. M. (2020). Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: a qualitative study. *BMC Public Health* 20:1006.
- Schrempft, S., Jackowska, N., Hamer, M. & Steptoe, A. (2019). Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*. Jan 16;19(1):74. doi: 10.1186/s12889-019-6424-y.
- Sriram, U., Morgan, E. H., Graham, M. L., Folta, S.C. & Seguin, R.A. (2018). Support and Sabotage: A Qualitative Study of Social Influences on Health Behaviors Among Rural Adults. *The Journal of Rural Health*, 34, 88–97, doi: 10.1111/jrh.12232
- Statistisk sentralbyrå (SSB) Hentet 1.10.20 fra <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>
- Stavrum, G. (2016, 11. mars). Nordmenn flest dør ikke av ulykker og tilfeldige sykdommer. Vi tar livet av oss med en usunn livsstil. Hentet 13.02.21 fra: <https://www.nettavisen.no/artikkel/nordmenn-dor-tidligere-av-selvpafor-te-plager/s/12-95-3423201890>
- St. Olavs hospital. (03.02.2015). *Standardisert pasientforløp: Sterke langvarige smerter som ikke skyldes kreft. Hovedforløp*. Hentet 21.09.20 fra: https://data.stolav.no/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_20721/index.html

- Stranden, E., Gundersen, I. F., Getz, L., Kirkengen, A. L., Hagen, K. B. & Mjølstad, B. P. (2020). Belastende livserfaringer blant pasienter med sykkelig overvekt. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0103
- Svensson, R. (2001). *Samfunn, medisin, sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Sørensen, M. & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 6; 121: 720–4
- Tamayo, T., Herder, C. & Rathman, W. (2010). Impact of early psychosocial factors (childhood socioeconomic factors and adversities) on future risk of type 2 diabetes, metabolic disturbances and obesity: a systematic review. *BMC Public Health*, 10:525
- Tjora, A. (2017a). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Tjora, A. (2017b). Emergens: Konseptutvikling og generalisering i kvalitativ forskning: Refleksjoner og eksempler. Affiliation: Sosiologisk Poliklinikk, Notat1/2017, NTNU. DOI: 10.13140/RG.2.2.16720.30728
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. Innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskr Nor Legeforen*. doi: 10.4045/tidsskr.18.0274
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007
<http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Tulatz, K., (2019). Obesity, political responsibility, and the politics of needs. *Med Health Care Philos*. Jun;22(2):305-315. doi: 10.1007/s11019-018-9877-3
- Tsai, A.G., Wadden, T.A. Treatment of Obesity in Primary Care Practice in the United States: A Systematic Review. (2009) *J GEN INTERN MED* 24, 1073–1079.
<https://doi.org/10.1007/s11606-009-1042-5>
- Turner-Cobb, J. M., Michalaki, M. & Osborn, M. (2015). Self-conscious emotions in patients suffering from chronic musculoskeletal pain: a brief report. *Psychol Health*; 30(4):495-501. doi: 10.1080/08870446.2014.991735
- Unicare (2020) Unicare Helsefort. Hentet 22.11.2020 fra
<https://unicare.no/tjenester/rehabilitering/vare-enheter/unicare-helsefort/>
- UiO/Institutt for helse og samfunn, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. (2019). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport II*. Hentet 12.12.20 fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/Evaluering%20av%20pilotprosjekt%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternative%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20II.pdf/> /attachment/inline/d369913c-4582-4ffb-8324-f4f6a638c941:161211414affcd2ee3ecae69d272b6c347ff5083/Evaluering%20av%20pilotprosjekt%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternative%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20II.pdf

UiO/Institutt for helse og samfunn, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. (2021). *Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport III*. Hentet 02.02.21 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d6a2b553763d42d7a9e9d98b1b786630/pht-statusrapport-januar-2020.pdf>

Van Baak, M. A. & Mariman, E. C. M. (2019). Dietary Strategies for Weight Loss Maintenance. A review. *Nutrients*, 11, doi:10.3390/nu11081916

Van Erp, R. M. A., Huijnen, I. P. J., Jakobs, M. L. G., Kleijnen, J., Rob J E M Smeets, R. J. E. M. (2019). Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *Pain Pract.* Feb; 19(2):224-241. doi: 10.1111/papr.12735.

Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fagbokforlaget.

Vaule, M. B. (2012). *Folkehelsepolitiske diskursive dimensjoner og kommunale frisklivssentraler. Hvordan «skaper» og gir diskurser retning til innsatsen på folkehelsefeltet og de kommunale frisklivssentralene? En studie med diskursanalytisk tilnærming* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo og Akershus.

Wadden, T.A., Butryn, M.L., Hong, P.S. & Tsai AG. (2014). Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings: a systematic review. *JAMA*. 2;312(17):1779-1791.

Werner, A., Isaksen, L. W. & Malterud, K. (2004). «I am not the woman who complains of everything»: Illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Soc Sci Med*; 59: 1035-45. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.12.001.

Wigers, S. & Finset, A. (2007). Rehabilitering ved kroniske myofascielle smertetilstander. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 5; 127

World Health Organization/WHO. *Obesity and Overweight*. Hentet 15.09.20 fra: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>