



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2024 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Mennesker erfaringer med å bruke slankemedisin som behandling mot overvekt og fedme

Et paradigmeskifte innen behandling av overvekt og fedme?

Jonas Jeremiassen
Master i folkehelsevitenskap

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på to fine år på masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Tiden har virkelig gått fort, og vært fylt med mange gode og lærerike stunder. Denne masteroppgaven representerer slutten på en lang reise, og markerer et øyeblikk i livet mitt jeg alltid kommer til å være stolt av. Arbeidet med oppgaven har tidvis vært både frustrerende og kjipt, men mest av alt lærerikt og spennende.

Informantene mine fortjener en stor takk for at de valgte å stille opp og forteller om sine erfaringer og synspunkter. Jeg er svært takknemlig for at dere delte så åpent og ærlig om et tema som ikke alltid er så lett å snakke om. Uten dere hadde ikke denne masteroppgaven vært mulig.

Takk til veileder Hilde Sylliaas for veiledning og råd underveis i prosessen med arbeidet, og for at du har latt meg arbeide selvstendig med denne masteroppgaven.

Sist men ikke minst rettes en stor takk til familie, venner og medstudenter for oppmuntrende ord og støtte underveis i prosessen med denne oppgaven. Det har vært viktigere enn jeg noen gang kan gi uttrykk for.

Ås, mai 2024

Jonas Jeremiassen

Sammendrag

Bakgrunn: Overvekt og fedme er et økende globalt helseproblem. Nesten 2.5 milliarder mennesker er overvektige i dag, og antallet voksne med fedme har doblet seg siden 1990-tallet. I mange land forårsaker overvekt flere dødsfall enn hungersnød. Medikamentell behandling av overvekt og fedme har de siste par årene fått enorm medfart og økt popularitet i samfunnet og fagmiljøene som er reelt alternativ til å behandle overvekt og fedme. Omtalt som slankemedisin, har disse medikamentene vist seg å være svært effektiv for å oppnå vekttap gjennom å redusere sultfølelse. Slankemedisin representerer et etterlengtet alternativ i behandlingen av overvekt og fedme, og kan bli svært viktig i årene som kommer mot fedmeepidemien.

Formål: Formålet med denne masterstudien var å få innsikt og forståelse for hvilke erfaringer som finnes med å bruke slankemedisin hos mennesker mer overvekt og fedme. Det var også ønskelig å finne ut hvilken motivasjon som lå til grunn for å oppnå vektreduksjon, samt hvordan de kom i gang med behandlingen.

Metode: Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer ble benyttet i arbeidet med datainnsamling. Utvalget besto av totalt fire informanter. To av intervjuene ble gjennomført digitalt, og to fysisk. Intervjuene ble tatt opp med diktafon applikasjon på mobil enhet, og senere transkribert til tekst. Systematisk tekstkondensering av Malterud ble brukt for analyse av tekstmaterialet.

Resultat: Gjennom analysearbeidet kom det frem fire hovedtemaer, som igjen inneholder flere subgrupper. De fire hovedtemaene er: Et ønske om endring, Å starte med slankemedisin, Å bruke slankemedisin og Sosial støtte.

Oppsummering: Resultatene viser at informantene hadde like erfaringer med å bruke slankemedisin, men også med tydelige individuelle forskjeller. Motivasjon for å få til vektreduksjon var knyttet opp mot ønsket om et bedre liv med god helse og en kropp som ikke var til hinder for å gjøre det de ønsket av aktiviteter i livet. Slankemedisinen reduserte sultfølelse og ga mer kontroll over mat og måltidsaspektet i livene deres. Bivirkninger som kvalme og uvelhet varierte med medikamenttype. Deltakerne ønsket at nye medisiner som Wegovy og Saxenda skulle bli tilgjengelig gjennom blå resept ordningen, men mente det burde være kriterier for hvem som får dekt disse. Siden disse to medikamentene ikke dekkes på blå resept i dag var informantene villige til å betale selv, men erkjente at det ville gi en økonomisk belastning. Åpenheten om bruken av slankemedisin varierte, og virket å være avhengig av tidligere opplevd stigma. Informantene uttrykte en generell positiv holdning til slankemedisin som behandling mot overvekt og fedme.

Abstract

Background: Overweight and obesity are increasing global health problems today. Almost 2.5 billion people are overweight, and the number of adults with obesity has doubled since the 1990s. In many countries, overweight causes more deaths than famine. Pharmacological treatment of overweight and obesity has gained increased popularity and enormous momentum in both society and the professional communities alike, as a real treatment alternative to overweight and obesity. Referred to as anti-obesity drugs (AODs), these drugs have proven to be very effective in achieving weight loss by reducing the feeling of hunger. Weight loss medication represents a long-awaited alternative in the treatment of overweight and obesity and may become very important in the years to come against the obesity epidemic.

Purpose: The purpose of this master's study was to gain insight and understanding of the experiences associated with the use of anti-obesity drugs in people with overweight and obesity. It was also desirable to find out what motivation the participants had for achieving weight reduction, as well as how they started the treatment.

Method: Qualitative method with semi-structured interviews was used in the data collection process. The sample size consisted of a total of four informants. Two of the interviews were conducted digitally, and two physically. The interviews were recorded using a dictaphone application on a mobile device, and later transcribed into text. Systematic text condensation by Malterud was used for the analysis of the text material.

Results: The findings from the analysis process resulted in four main themes, which in turn contain several subgroups. The four main themes are: Wishing for change, Starting with anti-obesity medication, Using anti-obesity medication, and Social support

Summary: The results show that the informants had similar experiences with using weight loss medication, but also with clear individual differences. The motivation for achieving weight reduction was linked to the desire for a better life with good health and a body that was not an obstacle to doing the activities they wanted in life. Anti-obesity drugs reduced the feeling of hunger and gave more control over the food and meal aspects of their lives. Side effects such as nausea and discomfort varied with what type of medication the informants were using. The participants wanted new medications like Wegovy and Saxenda to be available through national health insurance, but believed there should be certain criteria for who gets these covered by the government. Since these two medications are not covered by the national health insurance today, the informants were willing to pay for it themselves, but acknowledged that it would be a financial burden. Openness about the use of weight loss medication varied, seemingly depending on previously experienced stigma. The informants expressed a generally positive attitude towards anti-obesity drugs as a treatment for overweight and obesity.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
2.0 Problemstilling	7
3.0 Bakgrunn	8
3.1 Tradisjonelle behandlingsmetoder for overvekt og fedme	8
3.1.1 Fedmekirurgi	8
3.2 Medikamentell behandling	9
4.0 Tidligere forskning	10
5.0 Teoretisk forankring	12
5.1 Stadier av endring – Den transteoretiske modellen.....	13
5.2 Motivasjon for endring – Selvbestemmelsesteorien	15
5.3 Empowerment	16
6.0 Metode.....	17
6.1 Den kvalitative metode.....	18
5.2 Forskerens forforståelse	19
6.3 Rekruttering av deltakere	20
6.3.1 Rekruttering.....	20
6.3.2 Deltakere	20
6.4 Intervjuguide	21
6.5 Intervjusituasjon	22
6.6 Transkribering – fra tale til tekst	23
6.7 Analyse – systematisk tekstkondensering	23
6.7.1 Helhetsinntrykk	24
6.7.2 Meningsbærende enheter.....	24
6.7.3 Kondensering av innholdet.....	24
6.7.4 Syntese gjennom sammenfatting av funn.....	25
6.8 Metodiske overveielser	26
6.9 Etikk	27
7.0 Resultat.....	28
7.1 Et ønske om endring.....	29

7.1.1	Motivasjon.....	29
7.1.2	Når man har prøvd alle tiltak.....	30
7.2	Å starte med slankemedisin.....	32
7.2.1	Nyheten som var slankemedisin.....	33
7.2.2	Oppstart på medisinen i samråd med fastlege.....	34
7.3	Å bruke slankemedisin	35
7.3.1	Endelig mett	35
7.3.2	Den positive effekten.....	37
7.3.3	Bivirkningene	38
7.3.4	Den økonomiske kostnaden	40
7.4	Sosial støtte	41
7.4.1	Støtte fra helsevesenet	42
7.4.2	Åpenhet om bruk	43
8.0	Diskusjon.....	44
8.1	Fra tanke til handling.....	45
8.2	Slankemedisin på godt og vondt	47
8.3	Den sosiale støtten i prosessen	49
8.4	Styrker og svakheter ved studien	51
8.4.1	Behovet for videre forskning.....	52
9.0	Oppsummering	53
	Referanseliste	55
	Vedlegg 1: Intervjuguide	65
	Vedlegg 2: Informasjon og samtykkeskjema	66

Tabeller i oppgaven:

Tabell 1: Oversikt over informantene med fiktive navn

Tabell 2: Fra meningsbærende enheter til kondensater

Tabell 3: De fire hovedtemaene og deres subgrupper

1.0 Innledning

Overvekt og fedme er et økende globalt helseproblem. Verdens Helseorganisasjon (WHO) anslår at 2.5 milliarder mennesker lever med overvekt i dag. Siden 1990 tallet har antallet voksne mennesker med fedme doblet seg på verdensbasis (WHO, 2024)¹. Mesteparten av verdens befolkning lever nå i land hvor overvekt og fedme tar livet av flere mennesker årlig enn hungersnød og feilernæring (WHO, 2021; Phelps et al., 2024). Særlig i den vestlige delen av verden har man siden slutten av andre verdenskrig sett en markant økning av overvekt og fedme i populasjonen. Årsaken til denne utviklingen er flerdelt, men økt levestandard, økonomisk vekst, og høy velstand kan sies å være noen av hovedårsakene til denne trenden (Meyer & Bergh, 2023; Oddy & Atkins, 2009, s. 1-2).

I Norge har man siden starten av 1970-tallet sett en lignende trend som på verdensbasis. Tall fra de store nasjonale helseundersøkelsene som HUNT og Tromsøundersøkelsen underbygger dette, og det anslås at det i dag er en større andel nordmenn som klassifiseres med overvekt og fedme enn som normalvektig (FHI, 2021). For barn og ungdom mellom alderen 8 til 15 anslås det at en av seks har overvekt og fedme, men denne trenden har holdt seg relativt stabil siden 2010 (ibid.). I folkehelsemeldingen fra Stortinget er det fastslått at overvekt og fedme er en av de største utfordringene vi står ovenfor i samfunnet, og det er nødvendig med strukturelle tiltak på befolkningsnivå som skal gjøre mennesker i stand til selv å ta gode valg relatert til sin helse (Meld. St. 15, (2022-2023), s. 63-64).

Overvekt og fedme fører med seg en rekke negative helsekonsekvenser. På individnivå snakker man gjerne om økt risiko for en rekke følgesykdommer som diabetes type 2, hjerte og karsykdommer, høyt blodtrykk, kreft, muskel og skjelettlidelser og psykiske plager (FHI, 2021; Hjelmæsæth, 2007). På samfunnsnivå ser man årlig store kostnader relatert til behandling av helseplager som følge av overvekt og fedme. Disse kostnadene ble i 2019 beregnet til å være på 70 milliarder norske kroner, og medfører en enorm ekstrakostnad for samfunnet som helhet (Wasskog et al., 2019, s. 3). Overvekt og fedme er et stort helseproblem i befolkningen, og behovet for effektive behandlingstiltak har aldri vært større.

¹ Overvekt defineres med en kroppsmasseindeks (BMI) på over 25, og fedme med en BMI på over 30 (Meyer & Bergh, 2023)

De siste årene har medikamentell behandling mot overvekt og fedme blitt et populært alternativ, og bruken av disse medikamentene er hatt en markant økning som følge av lettere tilgang og dekt kostnad gjennom folketrygden (Ruiz et al., 2024; Hjelmesæth et al., 2022). Tall fra Apotekforeningen viser at omsetningen for de fire vanligste variantene av slankemedisin doblet seg i første kvartal av 2023 sammenlignet mot samme periode i fjor; noe som tilsvarer en økning fra 244 millioner til 540 millioner kroner i omsetning på ett år (Soldal, 2023). Omtalen av slankemedisin har vært omfattende i det norske nyhetsbildet de siste årene (Rydning 2023; Lilleeng, 2023; Stranden, 2023; Nymoene, 2023), og mange enkeltpersoner har stått frem og rapportert om svært gode resultater i forbindelse med bruk (Olsson et al., 2023; Killingbergtrø et al., 2024; Hassel & Johansen, 2023).

Denne masteroppgaven retter oppmerksomhet mot enkeltpersoner og deres historier med slankemedisin. Det er ønskelig å belyse temaet for å se hvilke erfaringer som finnes med å bruke disse medikamentene over lengre tid. Nyhetsbildet har i stor grad presentert glansbilder de siste årene, og det er ønskelig å undersøke om det foreligger et mer nyansert bilde og andre synspunkter blant mennesker som har erfart å bruke det.

2.0 Problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å få innsikt og forståelse for hvordan mennesker som sliter med overvekt og fedme erfarer å bruke slankemedisin som et tiltak for å gå ned i vekt.

Opgavens hovedproblemstilling er:

- *Hvilke erfaringer finnes med å bruke slankemedisin hos mennesker med overvekt og fedme?*

Det er ønskelig å få en dypere forståelse for hele prosessen knyttet til dette, og underproblemstillingen det er ønskelig å besvare i oppgaven er derfor:

- *Hvilken motivasjon hadde du for å få til vektreduksjon og hvordan kom du i gang med behandlingen?*

3.0 Bakgrunn

3.1 Tradisjonelle behandlingsmetoder for overvekt og fedme

Tradisjonelt sett har prinsippene for behandling av overvekt og fedme vært i tråd med nasjonale retningslinjer som sier at for å oppnå vektreduksjon må man spise mindre mengder mat og øke mengden fysisk aktivitet (Helsenorge, 2022; Helsedirektoratet, 2018, s. 38-51). De nasjonale retningslinjene og behandlingsgrunnlaget for overvekt og fedme er sterkt forankret i teori fra ernæringslære som omhandler energibalansmodellen (EBM) (Kværner et al., 2022). Grunnprinsippet er at for å kunne opprettholde en stabil vekt over tid er det viktig at energiinntaket ikke overgår energiforbruket (Hill et al., 2013). Gjennom årene har EBM vært utfordret av en rekke fagmiljøer innenfor ernæring og helse som mener at modellen ikke tar nok hensyn til underliggende biologiske mekanismer hos mennesker som gir grunnlag for vektoppgang (Hall et al., 2012; Ludwig et al., 2021). Prosessen med å legge om kostholdet og øke mengden fysisk aktivitet faller inn under det man kaller livsstilsendring, og er hovedtiltaket mennesker med overvekt og fedme har blitt anbefalt i alle år. For tilfeller av fedme der andre tiltak med livsstilsendring har visst seg å ha liten effekt har kirurgisk behandling også vært et behandlingsalternativ.

3.1.1 Fedmekirurgi

For individer med en kroppsmasseindeks (BMI) på over 40 har kirurgisk behandling lenge vært et alternativ for å kunne gå ned i vekt (NHI, 2021). Årlig gjennomføres det ca. 3000 slike operasjoner i Norge, og det er primært to metoder av kirurgi som benyttes; gastric bypass og gastric sleeve (Sandvik et al., 2018; Søreide, 2024). *Gastric bypass* operasjon innebærer et inngrep som fjerner deler av magesekken for å gjøre den mindre. Mesteparten av næringsopptaket i kroppen skjer i tolvfingertarmen og øvre del av tynntarmen og inngrepet forbikobler denne delen av fordøyelsessystemet. Dette medfører reduksjon i opptak av næringsstoffer og kalorier i kroppen, og gir økt metthetsfølelse (NHI, 2021). *Gastric sleeve* operasjon har lignende effekt, men er et mindre komplisert inngrep som ikke krever omkobling av tarmene. Normal tarmfunksjon opprettholdes i etterkant av inngrepet, men den delen av magesekken som gjenstår vil romme mye mindre mat. I likhet med gastric bypass fører en gastric sleeve operasjon til raskere metthetsfølelse. Operasjonene krever også endring av kosthold og porsjonskontroll i ettertid for å unngå tilbakefall (NHI, 2021, Sandvik et al., 2018).

Selv om disse inngrepene er effektive behandlingsmåter som ofte fører til varig vektreduksjon, er de også forbundet med både kortvarige og langvarige komplikasjoner i ettertid. Kroniske magesmerter, blodpropp, hjerte og lungeproblemer, vitaminmangel og i verste fall død er bare noen av disse (Hofsø et al., 2011; Doeland, 2023; Sandvik, 2018; Gulinac et al., 2023). Pasientene som gjennomgår slike inngrep vil kreve livslang oppfølging fra både helsevesenet og av seg selv i form av vektkontroll, blodprøver, kontroll av matinntak, fysisk aktivitet og ulike kosttilskudd (Helsenorge, 2022; NHI, 2021; Sandvik et al., 2018). Fedmekirurgi kan sådan sies å være et veldig omfattende tiltak for pasienten i lang tid før og etter selve inngrepet.

3.2 Medikamentell behandling

Medikamentell behandling av overvekt og fedme har hatt en stor oppgang i både interesse og bruk i Norge de siste tre til fire årene. Medikamentene ble tidlig kjent som *slankemedisin* på folkemunnen, og har siden det ble tilgjengelig på det norske legemiddelmarkedet sett årlig økning i omsetning (Soldal, 2023). Konseptet bak medikamentell behandling av overvekt og fedme er riktignok ikke nytt, og ser man over til USA har det vært forsket på og utviklet sulthemmende medisiner siden etter andre verdenskrig (Müller et al., 2021). I Norge så man også noe bruk av slike medikamenter i starten av årtusenskiftet, men et markant dropp i bruk fra 2009 og frem til 2017 (Ruiz et al., 2024).

For å få en forståelse for de ulike medikamentene som er tilgjengelig i Norge er det nødvendig med en gjennomgang. Fra 2017 var det primære medikamentet som var tilgjengelig for appetittregulering *Mysimba*. Medikamentet inneholder virkestoffene Naltreksjon og Bupropion som begge er med på å regulere sultfølelse og metthetsfølelse. Mysimba er administrert i tablettform og fås kun gjennom resept fra lege (Felleskatalogen, 2023a). I 2019 ble legemiddelet Semaglutid godkjent for bruk i behandling av diabetes type 2, og ble senere samme år innvilget på blå resept i Norge (Statens legemiddelverk, 2019). Semaglutid mot diabetes type 2 ble markedsført som *Ozempic* i Norge, og regnes ikke som behandlingsmiddel mot overvekt og fedme. Semaglutid inneholder hormonet GLP-1 og påvirker de delene av hjernen som er med på å regulere blodsukkeret og følelse av sult og metthet. GLP-1 hormonet finnes naturlig i kroppen og skilles vanligvis ut i tarmsystemet. Det er med andre ord det som

sørger for at mennesker føler seg mette etter et måltid, og fungerer vanligvis som en sperre for hvor mye mat vi kan konsumere (Nordeng, 2024; Norsk legemiddelhåndbok, 2023). Liraglutid har mange av de samme fysiologiske virkningsmekanismene som Semaglutid og etterligner også GLP-1 hormonet sin effekt i kroppen. Medikamentet Liraglutid har blitt markedsført som *Saxenda* i Norge, og er ansett som behandlingsmetode mot overvekt og fedme (Felleskatalogen, 2023b). *Saxenda* var tidligere å finne på blå resept, men ble fjernet i februar 2023 av Legemiddelverket fordi det ikke var kostnadseffektivt nok i forhold til effekten (Helfo, 2024). Semaglutid har i etterkant blitt videreutviklet for behandling av overvekt og fedme. Dette førte til at vi fikk slankemedisinen *Wegovy* på markedet i Norge i 2023, og siden det inneholder en større dose av Semaglutid har det visst seg å ha større effekt på vekttap enn alle de tidligere slankemedisinene på markedet (Ødegård, 2024; Wadden et al., 2021).

Samlet sett har vi per i dag fire ulike typer slankemedisin som er godkjent for bruk i Norge. Disse fire er markedsført under følgende navn (Helsenorge, 2023):

- Mysimba – Naltreksjon og bupropion. Tablettform.
- Saxenda – Liraglutid. Injeksjon under huden med sprøytepenn.
- Xenical – Orlistat. Tablettform.
- Wegovy – Semaglutid. Injeksjon under huden med sprøytepenn.

I løpet av 2024 vil man sannsynligvis også se tilgang på legemiddelet Tirzepatide i det Europeiske legemiddelmarkedet. Tirzepatide inneholder både GLP-1 hormonet (som Semaglutid) og GIP hormonet som også er med på regulering av blodsukker og sultfølelse i kroppen. Det er uvisst hvilket navn Tirzepatide vil markedsføres som i Europa, men i USA er det markedsført til behandling av diabetes type 2 som *Mounjaro* (Andressen, 2023; Berg, 2024).

4.0 Tidligere forskning

I dette kapitlet vil jeg se på tidligere forskning på menneskers erfaring med å bruke slankemedisin mot overvekt og fedme. Slankemedisin som konsept har historie langt tilbake i tid, og man har sett praktiske applikasjoner av medikamentene i bruk tidligere (Ruiz et al.,

2024). Det er dog rimelig å si at det er de siste par årene det virkelig har vekket oppmerksomhet hos den øvrige befolkningen og gjennomgått en liten revolusjon innenfor de helsefaglige miljøene (Hjelmesæth, 2022). Utviklingen har gått raskt de siste årene, og mye av den nåværende forskningen på området baserer seg på oppnåelig effektmål med de ulike typene slankemedisin som finnes på markedet. Vekttap på alt mellom 5% til 20% av total kroppsmasse er så langt dokumentert (Ghusn et al., 2022; Müller et al., 2022; Tchang et al., 2021; Alruwaili et al., 2021; Tveito, 2023; Wilding et al., 2021). I takt med utviklingen av nye medikamenter driver også flere av de store legemiddelfirmaene og gjennomfører kliniske forsøk for å fastslå effektiviteten og mulige applikasjoner (Backman, 2023; Chakhtoura et al., 2023; Beaney, 2023).

Det forskes i stort omfang på både effektiviteten til disse medikamentene og mulige bivirkninger. Det er dog i mye mindre grad gjort kvalitativ forskning på området som søker å forstå mennesker opplevelse og erfaringer av å bruke slike medikamenter. Psarou og Brown gjennomførte i 2010 en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer for å utforske synspunktene og erfaringene til overvektige pasienter som fikk forskrevet slankemedisin fra primærhelsetjenesten (Psarou & Brown, 2010). Studien ble gjennomført i samarbeid med Cambridge University i England og besto av totalt 31 deltakere som hadde minst to måneders erfaring med å bruke slankemedisin fra de siste to årene. Alle informantene hadde en BMI på over 27 kg/m² og gjennomsnittsalderen var 53 år.

Hovedfunnene fra studien var flere og varierte, men ble oppsummert i ulike kategorier. Motivasjonen informantene hadde for å søke hjelp til å gå ned i vekt handlet i stor grad om bekymringer knyttet til egen helse. Noen av informantene hadde også problemer med eget kroppsbilde og utseende, og ønsket å endre på dette. Blant informantene i studien var det en generell oppfatning av at slankemedisin burde kombineres med livsstiendrende tiltak for det best mulige resultatet. Graden av ambivalens varierte mellom ekstrem skepsis og overveldende optimisme til medikamentene. Noen av informantene hadde bedre forståelse for hvordan medikamentene virket direkte inn på kroppen, men dette varierte basert på kompleksiteten til medisinen. Informantene hadde ulike erfaringer med å bruke slankemedisin som baserte seg på oppnådd vekttap, opplevde bivirkninger og kvaliteten på oppfølgingen de fikk fra helsetjenestene. De som gikk ned i vekt med slankemedisin hadde en tendens til å tilpasse seg

og fortsette med behandlingen, mens de som hadde mindre suksess med vekttapet enten avsluttet behandlingen eller prøvde et nytt medikament. Informantene hadde avslutningsvis flere tanker om hvordan oppfølgingen fra primærhelsetjenesten kunne forbedres når de gikk på slankemedisin som behandling. Dette inkluderte blant annet mer informasjon, bedre støtte og trygging, og et bedre individuelt tilpasset opplegg for hver enkelt (Psarou & Brown, 2010).

Før dette ble det i 2006 gjennomført en kvalitativ studie av Ogden og Sidhu på overvektige pasienter som brukte Orlistat. Målet var å utforske deres forpliktelse og videre engasjement for å gjennomføre livsstilsendringer (Ogden & Sidhu, 2006). Studien ble gjennomført med semistrukturerte dybdeintervjuer av 12 forskjellige deltakere som hadde brukt slankemedisinen Orlistat i løpet av det siste året. Ni av deltakerne brukte fortsatt medikamentet når studien ble gjennomført. Resultatet fra studien kunne sammenfattes i noen hovedfunn. Motivasjonen for å gå ned i vekt varierte mellom informantene i studien, men gjenspeilte seg hovedsakelig i to grunner. Den første var informantenes opplevelse av å ha dårlig selvbilde og selvfølelse med nåværende kropp, og den andre var at vekten representerte en fare for redusert livskvalitet og helse i fremtiden. Opplevelse med bivirkninger som følge av behandlingen med medikamentet var også et av hovedfunnene til Ogden og Sidhu.

De deltakerne som opplevde sterke bivirkninger av medikamentet uttrykte en helhetlig negativ erfaring, og hadde størst tendens til å avslutte behandlingen med slankemedisin tidlig. Dette var gruppen som primært var motivert av lavt selvbilde for å få til vektreduksjon. For deltakerne som var motivert av ønsket om bedre helse og livskvalitet så man en tendens til å tolerere bivirkningene bedre, og en større evne til å oppnå varig atferdsendring i forhold til livsstil. Deltakernes erfaring med å bruke slankemedisin var i stor grad preget av deres motivasjon for å gå ned i vekt, opplevelse av bivirkning, og forståelse for årsaken til hvorfor de var overvektig (Ogden & Sidhu, 2006).

5.0 Teoretisk forankring

Store livsstilsendringer som vektreduksjon, regelmessig fysisk aktivitet og endret kosthold er som regel omfattende endringsprosesser i livet til personen som forsøker å gjennomføre det

uavhengig av hvilke hjelpemiddel man har til rådighet i prosessen. Det er derfor viktig å forstå mekanismene bak det som fører til endring gjennom å se på både motivasjon og forutsetning. I dette kapitlet vil det bli presentert noen aktuelle teorier som kan være med på å besvare problemstillingen min. Som med alle endringsprosesser i mennesker liv er det ulike stadier man går gjennom. Den transteoretiske modellen til Prochaska og DiClemente fra 1982 belyser disse ulike fasene man gjennomgår i forbindelse med større endringer i livet, (Prochaska & DiClemente, 1982) og jeg ser på dette som et relevant teoretisk rammeverk for å belyse problemstillingen. Det er også aktuelt å komme innom motivasjonsaspektet med livsstilsendringer via selvbestemmelsesteori presentert av Deci og Ryan (2000). Empowerment begrepet er også en sentral del av helsefremmende arbeid, og er viktig del av det å gjøre mennesker i stand til å mestre egen helse (WHO, 1998; NOU, 1998; Askheim & Starrin, 2007).

5.1 Stadier av endring – Den transteoretiske modellen

Psykologene James Prochaska og Carlo DiClemente var tidlig på 80-tallet interessert i å forstå hvordan mennesker klarer å skape en atferdsendring relatert til en vane i livet. De oppdaget at alle så ut til å gjennomgå denne prosessen i ulike stadier på veien mot varig endring (Prochaska & Velicer, 1997; Sørensen & Iversen, 2001; Pérez, 2022). Reisen gjennom disse stadiene har svært sjelden vist seg å være en lineær prosess, og psykologene fant ut i sin forskning at de aller fleste vil bevege seg gjennom de ulike stadiene og hoppe mellom de flere ganger på veien mot en varig endring (Prochaska & DiClemente, 1982). Prosessen med å gjennomgå en livsstilsendring som skal føre til permanent vekttap tar som regel lang tid, og for mange vil det være vanskelig å få til en suksessfull endring ved første forsøk. Den transteoretiske modellen (TTM) deles inn i totalt seks ulike stadier i prosessen mot varig endring, og omtales ofte som et endringshjul (ibid.). Overvekt vil bli brukt som eksempel underveis.

Foroverveielse er det første stadiet i endringshjulet, og kjennetegnes ved at personen ikke er av den oppfatning av at de har et problem eller trenger forandring i livet sitt. En person med overvekt vil i dette stadiet ikke vurdere å endre på kosthold eller bli mer fysisk aktiv for å gå ned i vekt. Korban og Bonsaksen (2014) uttrykker at negative erfaringer med slike tiltak fra tidligere av kan fungere som en barriere i dette stadiet (s. 37). Manglende informasjon om både utførelse av tiltakene og potensiell helsegevinst ved å oppnå vektreduksjon er et viktig aspekt av stadiet med foroverveielse (Sørensen & Iversen, 2001).

Deretter følger fasen med *overveielse*. På dette stadiet av endringshjulet vil personen være klar over at overvekt ikke er gunstig, og det kan foreligge en interesse for å gjøre noe med det (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37). Stadiet preges også av en slags ambivalens hos personen som ønsker å gå ned i vekt, med vinging mellom grunner til å gjennomføre endring og grunner til å fortsette som før. Personen vil se fordelene av vektreduksjon og tenke på det som en positiv endring, men samtidig være for komfortabel med nåværende situasjon til å ta et endelig valg og endring. Det er ikke uvanlig å havne tilbake på foroverveielse i dette stadiet (Prochaska & DiClemente, 1992; Pérez, 2022; Korban & Bonsaksen, 2014).

Det tredje stadiet er *forberedelse*. Beskrevet som et veiskille som enten fører til handling eller retur til det første stadiet. Personen med overvekt vil i denne fasen være klar for å handle på beslutningen om å gå ned i vekt, og er i gang med å undersøke ulike tiltak og praktiske handlinger som må til (Pérez, 2022). Stadiet preges av å lete etter løsninger, og personen er også mer mottakelig for hjelp fra en utenforstående tredjepart som f.eks. fastlege eller frisklivssentral. Det fjerde stadiet i prosessen med å skape varig endring heter *handlingsfasen*. Stadiet følger som regel kort tid etter forrige steg, og defineres av at oppbygd motivasjon og intensjon fra tidligere settes ut i praksis. For personen med overvekt vil dette være konkrete endringer i kostholdet og økende grad av fysisk aktivitet (ibid.). Utprøvelse og bruk av hjelpemidler (f.eks. slankemedisin) for å klare vektnedgang er også en del av dette stadiet. Utfordringer gjennom dette stadiet er å unngå tilbakefall, og holde seg til tiltakene til tross for opplevde negative konsekvenser med prosessen innledningsvis (Korban & Bonsaksen, 2014).

Det femte stadiet i endringshjulet er *vedlikehold*, og vil for personen med overvekt innebære at endringene som er gjennomført fortsetter i tiden fremover. Mange av endringen relatert til kosthold, fysisk aktivitet og bruk av hjelpemidler er rutinebasert nå, og blitt en naturlig del av hverdagen. Faren for tilbakefall er dog til stede, og særlig i møte med uforutsette utfordringer. Det kan f.eks. være når oppfølgingen fra helsevesenet stopper, eller tilgangen på anvendt hjelpemiddel brått forsvinner (Sørensen & Iversen, 2001). Skulle dette skjer havner man i det siste stadiet av endringshjulet som er *tilbakefall*. Dette er enten midlertidig eller langvarig og er ikke ansett som en fullstendig avbrytelse fordi man tar meg seg viktig erfaring og kunnskap

fra de tidligere stadiene (Prochaska & DiClemente, 1992; Miller & Rollnick, 1991; Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37.)

Modellen til Prochaska og DiClemente har opp igjennom årene vist seg å være svært nyttig som verktøy for å forstå endringer relatert til helseatferd, og har blitt grunnlaget for behandlinger med fokus på livsstilsendring som røykeslutt, vektreduksjon, kosthold, fysisk aktivitet og alkoholbruk (Sørensen & Iversen, 2001; O'Connel & Velicer, 2009).

5.2 Motivasjon for endring – Selvbestemmelsesteorien

Motivasjon er en svært viktig del av enhver endringsprosess, og omtales ofte som selve drivkraften mennesker har til å gjennomføre handlinger, oppgaver og aktiviteter relatert til en prosess (Ryan & Deci, 2000). På samme tid er det ikke slik at all type motivasjon er lik, og det er heller ikke uvanlig å snakke om motivasjon som en kvantifiserbar mengde istedenfor typen motivasjon som finnes. Kvaliteten på motivasjonen kan også ha stor betydning for om endringer lar seg gjennomføre i praksis (Olafsen, 2018, s. 54-55). Selvbestemmelsesteorien til Ryan og Deci er et resultat av forskning på motivasjon fra 80-tallet, og tar utgangspunkt i at mennesket som organisme har et medfødt psykologisk behov for å vokse og endre seg (Ryan & Deci, 2000). Teorien legger til grunn at tre psykologiske behov må være oppfylt for at individet skal oppleve motivasjon og velvære. Disse tre er selvbestemmelse, mestring og tilhørighet (Ryan & Deci, 2017; Bolstad, 2022)

Selvbestemmelse (autonomi) handler om at individet opplever bestemmelsesrett over eget liv, og selv er ansvarlig for egne handlinger og egen atferd. *Mestring* (kompetanse) innebærer at individet opplever å ha tilstrekkelige ferdigheter til å håndtere spesifikke oppgaver og lære nye ting. Gjennom å mestre noe opplever man som regel en glede og positiv forsterkning knyttet til oppgaven. Det tredje psykologiske behovet fra selvbestemmelsesteorien er *tilhørighet*. Dette går ut på at individet har et grunnleggende behov for å oppleve tilhørighet og samhold med andre mennesker. Følelsen av å være knyttet til andre og oppleve både støtte og forståelse utenfra er sentralt. Når disse tre psykologiske behovene er oppfylt vi man være i stand til å oppleve *indre motivasjon* (Ryan & Deci, 2000; Meland & Sandal, 2021; Gagné & Deci, 2005).

Den indre motivasjonen defineres som noe iboende i alle mennesker, og er et ønske og en vilje til å oppnå egen tilfredshet. Ifølge Ryan og Deci (2000) er den indre motivasjonen mektig og gjennomgripende, og ofte helt avgjørende for å få til en vedvarende endring. Den er heller ikke preget av press eller styring utenfra, og beskrives i sin helhet som et forhold mellom en selv og en bestemt oppgave eller endring (Ryan & Deci, 2002). Graden av selvbestemte valg i forbindelse med en endring spiller en stor og avgjørende rolle for at den indre motivasjonen skal opprettholdes, og for livsstilsendringer som helhet er det nødvendig med en følelse av autonomi og selvvalg (Ryan & Deci 2000).

Selv om den indre motivasjonen fremstår såpass viktig som den gjør skal man ikke glemme den ytre motivasjonen og dens plass i en endringsprosess. Ryan og Deci (2000) definerer den ytre motivasjonen som all motivasjon som ikke stammer fra en selv. I en prosess med vektnedgang kan dette ofte være fastlege, terapeut, familie og andre som uttrykker forventninger og krav til personen som er i en endringsprosess. Selve motivasjonen er følgelig å innfri disse tredjepartenes forventninger, og på et hvis glede de gjennom å opprettholde tiltakene i endringsprosessen (ibid.). Om målet med en livsstilsendring bare er å tilfredsstille mennesker rundt deg, uten et eget ønske om endring, anses graden av autonomi som lav og den ytre motivasjonen av dårlig kvalitet. Andre faktorer som tilhørighet og kompetanse er også viktige aspekter ved den ytre motivasjonen, og kan ofte være avgjørende for utfallet av livsstilsendringer.

5.3 Empowerment

Begrepet *empowerment* kom som et resultat av WHO sin utarbeidelse av Ottawa-charteret i 1986, og står i dag som et sentralt og viktig begrep innen helsefremmende arbeid (NOU, 1998; Sørensen, 2002; Catford, 2011). Empowerment er en prosess som handler om å sette mennesker i stand til å håndtere faktorer som påvirker egen helse (WHO, 1986). Begrepet kan brukes både på individnivå og samfunnsnivå, og legger til grunn to ulike dimensjoner. Den *individuelle psykologiske dimensjonen* handler om at individer blir mer bevisste på hvilke ressurser de er i besittelse av, opplever økt mestring og blir bedre egnet til å få kontroll over eget liv. Den *relasjonelle dimensjonen* handler i større grad om samhandling og kommunikasjon mellom

mottakere av helsetjenester (pasienter) og fagfolkene som sitter på kunnskapen (Vågan & Olsson, 2018).

Empowerment er godt iverksatt som strategi i de nordiske helsetjenestene, og er viktig i møtet med mennesker som sliter med langvarige og kroniske helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2018; Askheim & Starrin, 2007; Sørensen, 2002; Finbråten, 2009). Dette inkluderer livsstilsendring, og for denne gruppen vil empowerment innebære å få kunnskap og informasjon om årsakssammenhengen bak helsesituasjonen de befinner seg. Det vil også innebære en stor grad av myndiggjøring ovenfor egen helse, og det er vesentlig at personen selv er med på å bestemme over tiltak og endringer som igangsettes (NOU, 1998, s. 274).

Prinsippene som Empowerment bygger på er i stor grad hva lavterskeltilbud som de norske Frisklivssentralene benytter i møte med mennesker som ønsker å endre levevaner. *Motiverende intervju* (MI) er et eksempel på en metode som brukes, og består av en konstruktiv samtale om motivasjon, endring og mestring, hvor målet er at personen skal overtale seg selv om at endring skal skje (Helsedirektoratet, 2017). MI er ikke basert på spesifikke teorier, men bruker fra prinsippene som ligger til grunn i både Empowerment og den Transteoretiske modellen til Prochaska og DiClemente (Helsedirektoratet, 2022b). Mæland uttrykker også viktigheten av det å trekke seg unna som fagpersonell i prosessen med endring hos pasienter og brukere, og på den måten overføre makt og ansvar til dem (Mæland, 2021).

6.0 Metode

Følgende kapittel vil redegjøre for fremgangsmåten jeg har benyttet for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Kvalitativ metode ble tidlig i arbeidet valgt som det mest passende studiedesignet, og for datainnsamling ble det dermed besluttet at semistrukturerte dybdeintervjuer av enkeltindivider var mest hensiktsmessig for å kunne besvare problemstillingen. For analyse av selve dataene har Malteruds (2017) Systematiske tekstkondensering vært benyttet.

6.1 Den kvalitative metode

Den kvalitative metode egner seg godt til å svare på spørsmål som omhandler menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger til noe de har vært en del av. Som Malterud påpeker er kvalitativ metode egnet for å finne nyanser og levende kunnskap i dynamiske prosesser som for eksempel utvikling og samhandling (2017, s. 30-31). I og med at formålet med masteroppgaven var å få forståelse for hvordan mennesker med overvekt og fedme erfarer å bruke slankemedisin, var det en kvalitativ tilnærming som egnet seg best.

Rådata er samlet inn gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer av enkeltpersoner. Dybdeintervjuer av personer egner seg godt når erfaringene og opplevelsene man ønsker å få innsikt i har vært gjennom en dypere overveielse og ettertanke hos informantene som intervjuer. Rike og beskrivende svar i dybdeintervju kommer som følge av at man gir personen tid og rom til komme med dette (Malterud, 2017, s. 133). Det er også viktig at informantene opplever at intervjuet er en trygg arena for fritt å kunne fortelle om sine erfaringer og meninger. Som Kvale og Brinkmann (2022) uttrykker er det ikke nødvendigvis vanskelig å intervjuer noen, men det er utfordrende å gjøre det skikkelig (s. 20-21). For å gjøre det skikkelig og på en måte som sikrer en god opplevelse og nyttige utsagn er det en del ting å ta hensyn til på forhånd. Utarbeidelse av en intervjuguide og iscenesettelse av intervjuet er to viktige aspekter Kvale og Brinkmann påpeker (2022, s. 156-157).

I arbeidet med masteroppgaven utarbeidet jeg en intervjuguide som skulle fungere som et verktøy for å styre samtalene. Oppsettet for denne var en semistrukturert guide inndelt i forskningsspørsmål og intervjuer spørsmål. Kolonnen med forskningsspørsmål fungerte som et overordnet tema for hver del av samtalen og intervjuer spørsmålene var mer konkrete, men med mulighet for åpne svar. I forkant av intervjustart brukte jeg tid på å informere om både formålet med masteroppgaven og anonymisering av informantenes persondata. Meningen med en slik briefing før selve intervjuet var å få informantene til å føle seg trygg og svare på eventuelle spørsmål personen måtte ha.

5.2 Forskerens forforståelse

Som Malterud påpeker vil forskeren selv alltid påvirke forskningsprosessen og resultatene (2017, s. 41). Kvalitativ forskning er intet unntak, og tolkningsgrunnlaget man tar med seg inn i et forskningsprosjekt er det Malterud kaller for *forforståelse*. Denne forforståelsen vil være med på å påvirke hvordan man som forsker samler inn og tolker dataene, og er ikke nødvendigvis en dårlig ting for forskningsprosjektet så lenge man er bevisst på dette (2017, s. 44). Som en del av prosessen med å være bevisst på egen rolle i forskningen, ønsker jeg å synliggjøre min egen forforståelse av temaet.

Gjennom min erfaring med å jobbe som fysioterapeut hadde jeg god kunnskap til helse problematikken som er overvekt og fedme. I utøvelse av mitt yrke har jeg jobbet direkte med pasienter som har vært i en livsstilendrende fase hvor målet var vektreduksjon. Dette oversettes direkte til det Malterud kaller for «feltkunnskap» (2017, s. 155), og er noe jeg føler har vært uvurderlig i arbeidet med denne masteroppgaven. Det at jeg valgte slankemedisin som tema skyldes i stor grad et ønske om få mer innsikt i hvordan bruken av slankemedisin påvirker personen underveis. Temaet har i tillegg hatt stor mediedekning i det norske nyhetsbildet de siste tre årene med uttalelser fra både fagmiljøet og enkeltpersoner. Ønsket mitt med denne masteroppgaven var å danne et mer nyansert bilde om bruken av slankemedisin som går forbi fokuset på antall kilo vekt nedgang som er mulig å oppnå.

Min forforståelse var riktignok at svært mange opplevde suksess av å bruke slankemedisin for vektreduksjon, og at bruken av slike medikamenter hadde økt betraktelig. Ut over dette hadde jeg ingen dypere kunnskap om slankemedisin eller hvordan det påvirker mennesker som bruker det over en lengre periode. Jeg hadde også veldig lite kunnskap om prosessen med å komme i gang med det og hva som avgjorde om man kunne begynne på medisinen. I tillegg anser jeg overvekt og fedme som en av vår tids største folkehelseutfordringer, og ønsket å danne meg et bilde av om slankemedisiner kan være en nøkkelfaktor i å få løst dette i fremtiden.

6.3 Rekruttering av deltakere

6.3.1 Rekruttering

Som Malterud påpeker er man avhengig av utvalgsstrategier for å få data om fenomenet man vil utforske (2017, s. 57). Jeg viste ganske tidlig av at jeg ønsket å intervju mennesker som sliter med overvekt og fedme om deres erfaring med å bruke slankemedisiner. Jeg satte tidlig noen inklusjonskriterier for å kunne delta som informant i masteroppgaven, og disse var at informantene måtte være over 18 år og ha brukt minst en form for slankemedisin i en periode på over fem måneder sammenhengende. Hvilken type slankemedisin informanten hadde erfaring med å bruke var ikke viktig for utvalget.

Rekrutteringsprosessen startet i desember/januar med å sende ut e-post til ulike Frisklivssentraler i Akershus fylke for å høre om de kunne være behjelpelig med rekruttering av informanter. I e-posten som ble sendt ut var det informasjon om hvem jeg var samt hensikt og formål med selve masteroppgaven. Jeg stilte spørsmål om de visste om noen kandidater som hadde erfaring med å bruke slankemedisin, og ellers om de hadde tips til andre måter jeg kunne nå frem til en slik målgruppe på. Rekrutteringen viste seg å være en del vanskeligere enn først antatt, og etter en måned med generelt dårlig respons og en del frem og tilbake følte jeg at det var behov for å gå litt bredere til verks. Jeg sendte derfor ut flere e-poster, og inkluderte denne gangen frisklivssentraler i både Akershus, Østfold, Oslo og Innlandet. Responsen var også denne gangen noe laber, og det var et stort antall frisklivssentraler jeg aldri hørte noe fra. Det var likevel noen som svarte tilbake og uttrykte både interesse for temaet og ønske om å være til hjelp, inkludert en tidligere student på Folkehelsevitenskap som jobbet med mennesker med overvekt og fedme på en Frisklivssentral. Aktuelle informanter kom gradvis gjennom februar og mars, og jeg tok kontakt med de fortløpende mens jeg gjennomførte intervjuer. Det så lenge ut til å bli totalt fem informanter, men i siste halvdel av mars måtte dessverre den femte informanten avlyse planlagt intervju. Jeg endte derfor opp med fire informanter totalt som ønsket å delta i forskningsprosjektet mitt.

6.3.2 Deltakere

Jeg intervjuet informanter som alle hadde over fem måneder samlet erfaring med å bruke slankemedisin. Tre av informantene hadde erfaring med å bruke mer enn en type slankemedisin,

og kun en av deltakerne hadde sluttet helt å bruke det i dag. Aldersspennet var fra 30 til 70 år, og utvalget besto av to kvinner og to menn.

Tabell 1: Oversikt over informantene med fiktive navn

Navn	Alder	Type slankemedisin	Periode
Martin	50 årene	Saxenda	12 måneder
Trine	30 årene	Mysimba Wegovy	5 måneder
Lars	50 årene	Saxenda Wegovy	9 måneder
Hege	60 årene	Ozempic Wegovy	6 måneder

6.4 Intervjuguide

Stram eller løst strukturering av selve intervjuet skjer gjerne med et forhåndsskrevet manuskript, som regel en intervjuguide (Kvale og Brinkmann, 2022, s. 162). I sin enkleste form består en intervjuguide av en liste med spørsmål og temaer forskeren ønsker å komme innom i løpet av samtalen. For mitt prosjekt ble intervjuguiden først og fremst laget med utgangspunkt i problemstillingen jeg ønsket å belyse. Spørsmålene og de overordnede temaene ble formet av både teori og forskning på feltet, samt min erfaring og kunnskap om dette fra før av.

For å bedre kunne skape struktur og tydelige skiller ble intervjuguiden delt inn i ulike temaer (se vedlegg 1). Disse temaene var:

- Motivasjon for livsstilsendring
- Introdusert for slankemedisin
- Hvordan det er å bruke det
- Opplevelse av støtte

Etter en innledende forklaring om formål og anonymisering, var de første spørsmålene på intervjuguiden ment som enkle og åpne for at informantene lettere kunne begynne å fortelle. Intervjuguiden ble laget som semistrukturert, og lagt opp slik at interessante utsagn fra intervjupersonen kunne utforskes dypere (Kvale og Brinkmann, 2022). Jeg var påpasselig med å bruke uttrykk som «er det greit at jeg spør om» og «går det fint å prate om» før spørsmål som var av en mer sensitiv natur. Dette gjaldt særlig når jeg spurte informantene om de kunne snakke litt om bakgrunn og årsak for hvorfor de sliter med overvekt. Rekkefølgen på spørsmålene kunne også endres underveis i intervjuet uten at dette skapte nevneverdige problemer for resten av intervjuet.

6.5 Intervjusituasjon

Kontakt med informantene i forkant av selve intervjuene foregikk primært over telefon og sms. De fleste av informantene var i jobb og hadde forpliktelser i forhold til familie, og det var derfor vanskelig å få til fysiske intervjuer med alle. To av intervjuene ble gjennomført digitalt over Teams, og to ble gjennomført fysisk hjemme hos informantene selv. Alle intervjuene var over en time i lengde, med det lengste på omtrent 1 time og 25 minutter. Det var også tid før og etter intervjuene til småprat.

I tråd med Kvale og Brinkmann (2022) er det lurt å starte et intervju med en kort briefing. Det var viktig for meg at informantene hadde all informasjon de trengte for å kunne føle seg komfortabel i intervjusituasjonen. Jeg informerte derfor på nytt om hvem jeg var, temaet for selve intervjuet, samtykke og rettigheten til å trekke seg fra prosjektet når som helst uten å oppgi grunn. Jeg var påpasselig med å gjøre korte oppsummeringer underveis til informantene for å se om jeg hadde forstått det de sa, og avsluttet intervjuene med å spørre om de ønsket å utdype eller legge til noe vi ikke hadde snakket om. Det å ha intervjuguiden som støtte underveis opplevdes fra min side som betryggende, og en fin måte å skape struktur på underveis i samtalen med informantene.

Jeg oppfattet også at det å nevne min bakgrunn som fysioterapeut med erfaring fra overvekt og fedme behandling, gjorde at informantene følte seg lettere til rette i samtalen. Det skapte også en generelt bedre flyt i samtalen med at informantene kunne si «dette kjenner vel du til» eller

«ja du har sikkert hørt om» når de kom innom temaer som utprøvde tiltak og kontakt med helsevesenet. Mennesker med overvekt og fedme møter tidvis mye stigmatisering og skam fra både helsevesenet og samfunnet (Ueland, 2019), og det var viktig for meg å skape tillit til informantene ved å uttrykke min forståelse av overvekt og fedme som et komplisert og sammensatt helseproblem som har mange årsakssammenhenger. Jeg opplevde informantene som svært åpne i intervjuene, og de delte både gode og mindre gode erfaringer fra livene sine. De digitale intervjuene ble gjennomført uten nevneverdige problemer, dog med en og annen insidens hvor lyden kuttet eller bildet ble dårlig og informanten ble spurt om å gjenta det de hadde sagt.

6.6 Transkribering – fra tale til tekst

Prosessen med å overføre samtaler og intervjuer til tekst er noe Malterud kaller for transkribering, og er en viktig forutsetning for den kvalitative analysen som kommer senere i arbeidet (Malterud, 2017, s. 77-78). For å best mulig oppnå nærhet til datamaterialet ble intervjuene transkribert fortløpende i etterkant av hvert intervju. Transkripsjonen var ordrett fra det som ble sagt i intervjuet, men for å ivareta informantenes anonymitet ble riktignok stedsnavn erstattet med tilfeldige navn. Ordrett transkripsjon av tale til tekst vil alltid føre til en fordreining av hendelsen ifølge Malterud (ibid.) og er omfattende arbeid, men jeg opplevde at dette var helt nødvendig for å sikre at informantenes ord og mening ble gjengitt på en mest mulig autentisk måte.

6.7 Analyse – systematisk tekstkondensering

For å kunne analysere dataene var det metoden med systematisk tekstkondensering som ble benyttet. I tråd med Malterud sin forklaring er dette en metode som egner seg særdeles godt til analyser hvor det er viktig å være både systematisk og ryddig i arbeidet for å få frem resultatene (2017, s. 97). Analyseprosessen gjennomføres trinnvis og består av følgende:

1. Danne et helhetsinntrykk av materialet
2. Finne meningsbærende enheter
3. Kondensering av innholdet i de meningsbærende enhetene
4. Syntese gjennom sammenfatning av funn

6.7.1 Helhetsinntrykk

For å få et helhetsbilde av datamaterialet er det viktig å lese gjennom det transkriberte sidene man sitter igjen med. Jeg begynte med å lese gjennom hvert intervju, og noterte meg mulige temaer underveis som fortalte noe om informantenes erfaringer med å bruke slankemedisin for å gå ned i vekt. Basert på førsteinntrykket jeg satt igjen med var det disse hovedtemaene som skilte seg ut: ikke så sulten, motivasjon for endring, økonomisk bekymring, mål og ønsker i livet, kontakt med fastlege, støttespillere og tidligere tiltak. Per Malterud kan ikke slike foreløpige temaer regnes som ferdige resultater siden de ikke var videreutviklet gjennom systematisk refleksjon og tolkning enda, men de var det første intuitive og databaserte steget for videre analyse av materialet (2017, s. 100).

6.7.2 Meningsbærende enheter

Trinn to av analyseprosessen besto av å finne meningsbærende enheter med å gå gjennom hver setning av transkripsjonen linje for linje. De meningsbærende enhetene skal være med å belyse problemstillingen, og her jobbet jeg med å finne utdrag fra teksten som kunne knyttes til de foreløpige temaene fra første trinn i analysen. Dette var i likhet med transkriberingen omfattende arbeid, og merketusj ble brukt aktivt på de meningsbærende enhetene. Etter at jeg hadde markert meningsbærende enheter begynte jobben med å plassere disse i kodegrupper, og disse var: motivasjon for vektreduksjon, behandlingsstart, effekt på sult og metthet, bivirkninger og støtte og stigma. Dette trinnet innebar det Malterud kaller for dekontekstualisering og handler om å ta ut deler av materialet og se på det sammen med annet materiale som forteller noe om det samme (2017, s. 100-105).

6.7.3 Kondensering av innholdet

Tredje trinn i analyseprosessen besto av å abstrahere det sorterte innholdet fra forrige trinn. Materialet hvor jeg ikke hadde funnet meningsbærende enheter ble lagt til side. De meningsbærende enhetene ble kodet inn i fem ulike kodegrupper, og kondensater ble utviklet basert på de meningsbærende enheten. Kondensater er kunstige sitater som på en enklere og mer oversiktlig måte beskriver innholdet av de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105-108). Eksempel på dette arbeidet kan sees fra utdraget i tabellen under.

Tabell 2: Fra meningsbærende enheter til kondensater

Subgruppe: Nyheten som var slankemedisin	
Meningsbærende enhet	Kondensat
<p>«Eller hadde kanskje lest litt om det i media og sånn, men det virket så fjernt og nytt enda at jeg tenkte ikke på det som et alternativ. Liksom alltid vært en sånn drøm på en måte, at det bare er å ta en pille så blir man en muskelbunt, men det er jo fantasi da.» - Martin</p> <p>«Hun hadde stort utbytte av det. Hadde selv ikke hørt om slankemedisin før hun nevnte det. Så det var med det utgangspunktet at jeg begynte å se på det her til meg selv da.» - Lars</p> <p>«Jeg hørte om det opprinnelig fra en kollega på jobben. Hun hadde gått på det en god stund og hatt veldig god effekt. Hun hadde gått ned sånn sakte men sikkert 20 kg på et år.» - Hege</p>	<p>Jeg hadde hørt litt om det gjennom media og nyheter som mange andre, men det virket så fjernt og nytt enda da. Det var egentlig gjennom kolleger og familie at jeg virkelig fikk øynene opp for fenomenet slankemedisin, og begynte å tenke om det kunne være et alternativ for meg.</p>

6.7.4 Syntese gjennom sammenfatting av funn

I det siste trinnet av analysen rekontekstualiserte jeg funnene fra de tidligere analysetrinnene. Dette ble gjort for å gi grunnlag til nye beskrivelser og begreper som letter kan gi en helhetlig forståelse av materialet til andre lesere (Malterud, 2017, s. 108-110). Denne delen av analyseprosessen endte med fire hovedtemaer som hver hadde egne subgrupper under seg.

Tabell 3: De fire hovedtemaene og deres subgrupper

Hovedtema	Subgruppe
Et ønske om endring	<ul style="list-style-type: none"> • Motivasjon • Når man har prøvd alle tiltak
Å starte med slankemedisin	<ul style="list-style-type: none"> • Nyheten som var slankemedisin • Oppstart på medisinen i samråd med fastlege
Å bruke slankemedisin	<ul style="list-style-type: none"> • Endelig mett • Den positive effekten • Bivirkningene • Den økonomiske kostnaden
Sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte fra helsevesenet • Åpenhet om bruk

6.8 Metodiske overveielser

Malterud påpeker at de viktigste kvalitetskriteriene i kvalitativ forskning er refleksivitet, relevans og validitet (2017, s. 18). Refleksivitet innebærer at man som forsker er selvkritisk til egne fremgangsmåter, tolkninger og konklusjoner. Skal forskningsprosessen tilføre noe nytt om et tema man har kjennskap til, er det viktig å være åpen for både tvil og ettertanke. Dette innebærer blant annet at man er bevisst på og åpen om den forforståelsen man går inn i et prosjekt med (Malterud, 2017, s. 19). Underveis i prosjektet var jeg påpasselig med å bevare min nøytralitet i rollen som forsker. Dette innebar en aktiv holdning til det å unngå ledende spørsmål under intervjuene, og samtidig unngå at man svarte bekreftende på det informantene sa. Intervjuguiden var til hjelp her, men særlig det siste punktet opplevdes som utfordrende. Enkelte av informantene var svært nysgjerrig på hva de andre informantene hadde sagt og erfart i tidligere intervju, og spurte om det. Dette var potensielt noe som kunne føre til at informanten ble ledet i retning av andre informanternes mening, og dere egne tanker utvannet. Løsningen ble å uttrykke at dette kan vi snakke om i etterkant av intervjuet, og jeg opplevde at informantene aksepterte det.

Relevans handler i stor grad om hva forskningen og resultat kan brukes til i ettertid (Malterud, 2017, s. 21-22). Slankemedisin er fortsatt er relativt nytt konsept innen behandling av overvekt og fedme i Norge. Håpet mitt for denne masterstudien har hele tiden vært at den skal være med på å gi et mer nyansert bilde av hvordan mennesker med overvekt og fedme erfarer å bruke slankemedisin; både oppturer og nedturer er like viktige aspekter. Kanskje kan oppgaven bidra til mer innsikt i hvorfor slike medikamenter har blitt så populære de siste årene, og være til i hjelp i vurderingen om man skal begynne å bruke de. Informantenes historier har vært sentrale, og det er deres meninger som er viktige i spørsmålet om slankemedisiner kan være løsningen på folkehelseproblemet som er overvekt og fedme.

Som Malterud påpeker er det ikke et mål at kvalitativ forskning skal være allmenngyldig. I slike kvalitative studier vil utvalget alltid være for lite til at man kan generalisere resultatene til en større del av befolkningen (2017, s. 63-66). God informasjonsstyrke gjennom et strategisk utvalg kan likevel danne et godt grunnlag for kunnskapsutvikling og innsikt utover studiens originale kontekst. Dette er dog ikke avhengig av antall individer i materialet, og graden av overførbarhet bestemmes ikke av antall informanter (Malterud, 2017, s. 63). Planen var å gjennomføre fem intervjuer totalt, men siden den siste informanten meldte avbud var det endelige antallet informanter fire. Til tross for dette følte jeg at informasjonsstyrken var god nok etter disse fire dybdeintervjuene. Av hensyn til masteroppgavens omfang og tidsbegrensing var det også riktig valg å ikke lete etter en ny femte informant så sent i prosessen.

6.9 Etikk

Som Malterud påpeker er ivaretagelse av informantenes integritet svært viktig, og dette gjelder naturligvis både under datainnsamlingen (intervju) og senere i analyse og fortolkningsprosessen (2017, s. 211-218). Vektreduksjon og livsstiendringer er for mange en veldig personlig og sårbar prosess. Kropp og helse er også sensitive temaer som kan være svært vanskelig å åpne seg opp om til fremmede mennesker. Dette var noe jeg brukte tid på å reflektere rundt i forkant og i etterkant av intervjuene. Jeg var også veldig bevisst på hvordan jeg valgte å ordlegge meg underveis. Jeg opplevde at min fagbakgrunn som helsepersonell var til hjelp her. Informantene ble også på forhånd opplyst om at de ikke trengte å svare på spørsmål de ikke ønsket. Dette var dog ikke et problem underveis, og alle informantene delte åpent og ærlig om sine erfaringer og opplevelser med slankemedisin og prosessen rundt å bruke slike medikamenter.

Siden prosjekt innebar å samle inn persondata var det nødvendig med skriftlig samtykke fra hver av informantene (se vedlegg 2). Samtykkeskjema står sentralt i Helsinkideklarasjonen, og omhandler etiske retningslinjer i medisinsk forskning (Førde, 2014). Derfor ble samtykkeerklæring sendt ut til informantene i god tid før intervjuet, noe som skulle sikre at de hadde anledning til å lese gjennom og gjøre seg kjent med innholdet i skjemaet før de signerte. Jeg informerte både skriftlig og muntlig før selve intervjuene om prosjektets formål, oppbevaring av lydopptak, anonymisering og retten til når som helst å trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn. Personopplysninger og andre detaljer som potensielt kan kompromittere anonymiteten til informantene har blitt endret i ettertid, og dette inkluderer fiktive navn på informantene.

Masterprosjektet mitt ble også meldt inn til SIKT og godkjent (Ref.nr. 184971). For opptak av selve intervjuene ble Nettskjema sin mobilapp Diktafon benyttet. Dette er et godkjent verktøy for innsamling og lagring av sensitive personopplysninger utviklet av Universitet i Oslo, og er dermed i tråd med NMBU sine retningslinjer for datainnsamling.

7.0 Resultat

Følgende kapittel vil presentere funnene jeg har kommet frem i arbeidet med denne oppgaven. Gjennom analyse og bearbeiding av datamaterialet har jeg landet på fire hovedtemaer:

1. Et ønske om endring
2. Å starte med slankemedisin
3. Å bruke slankemedisin
4. Sosial støtte

Hver av disse hovedtemaene består igjen av mindre subgrupper som alle vil bli presentert som egne overskrifter under hovedkategoriene.

7.1 Et ønske om endring

Denne hovedkategorien vektlegger hvilken motivasjon informantene hadde for å få til vektreduksjon og endring av livsstil. Alle de fire informantene fortalte om tidligere erfaring med å gå ned i vekt, og gikk i detalj om tidligere tiltak de hadde prøvd ut. For tre av de fire informantene var vekt og kosthold noe de hadde strevd med stort sett hele sitt voksne liv, og som ofte hadde opphav og årsak helt tilbake til barndom og oppvekstår. For den siste informanten var de ekstra kiloene kommet gradvis som følge av et møte meg veggen for over ti år siden. For denne informanten førte dette til en lengre periode med sykemelding som følge av utbrenthet. Informantene var alle ærlige og åpne om sine bakgrunner og årsaker til hvorfor de har utfordringer med vekt og kosthold i dag. Selv om deres bakgrunn ikke nødvendigvis er av særlig relevans for denne oppgavens tema og problemstilling, er det nok en påminner om at overvekt og fedme ofte skyldes komplekse og varierte årsakssammenhenger, og fortjener å behandles utfra en forståelse om dette.

7.1.1 Motivasjon

Alle de fire informantene ga uttrykk for at deres nåværende vekt var en begrensning for hvilke aktiviteter de kan gjøre og hvilket liv de ønsket å leve med tanke på både jobb og familie. Vekten var kommet gradvis over tid, og hadde i økende grad lagt restriksjoner på dem i livet. Hege nevner blant annet at *«Jeg ser definitivt at disse kiloene hindrer meg fra å leve det livet jeg vil leve. Jeg er bare i 60 årene liksom. Det blir for tidlig å kaste inn håndkleet nå»*.

Målet med å få til en vektreduksjon var for informantene grunnet i ønsket om å returnere til tidligere hobbyer som før hadde gitt stor glede og mening i livet. For noen av deltakerne var dette ulike hobbyer og fritidssysler som krevde at kroppen tålte en større mengde fysisk aktivitet.

«Jeg har to hobbyer; jakt som nevnt, og i tillegg liker jeg å kjøre motorsykkel. Kjøpte meg MC klær, som jeg nå ikke kommer inn i. Så det ødelegger også for meg. Jeg er også glad i å kunne gå litt tur i skog og mark, men det får jeg heller ikke til.» - Martin

For Trine (som er i 30 årene) var det ikke bare det å mestre jobb eller returnere til hobbyer som var motivasjonen for å gå ned i vekt, men også et ønske om å kunne stifte familie og få barn. Hun ga uttrykk for at hun ønsker å være der for barna sine under aktivitet og lek uten at kroppen skal være til hindre for dette. Hun nevnte blant annet «*For jeg er enslig nå, og hvis jeg skal få et barn, så vil jeg jo være der for barnet mitt. At det ikke skal være sånn "å nei, moren din orker ikke å løpe etter den ballen". Vanlig aktivitet skal ikke slå meg ut.*»

Muskel og skjelettlidelser som følge av for mange kilo på kroppen var også noe informantene hadde erfart. Det var et håp fra samtlige at vektreduksjon vil gi et liv som til daglig var preget av mindre smerter og vondter i kroppen, og samtidig gi mindre slitasje på ledd og muskler over tid.

«Siste året nå har jeg hatt så mye vondt i knærne og bena mine. Det begrenser veldig min aktivitet, og derfor må jeg ned i vekt. Legen sa 30 kg, men begynner med 20 kg i alle fall. Om jeg reduserer vekten min med 10% så minsker det belastningen på knærne mine med 50%. I mitt case så tenker jeg at nå som jeg ikke har betennelser lenger vil det å gå ned i vekt høyne min livskvalitet og vitalitet i forhold til jobb og det hele.» - Hege

Informantene ga uttrykk for at mat og måltider gjennom livet hadde vært brukt som en måte å regulere følelser på. Både gode og vonde følelser kunne bli møtt med store porsjoner mat som både premie og trøst. For de var det et sterkt ønske om å ha et normalt forhold til kosthold, og at måltider skal kunne være en hyggelig opplevelse istedenfor en måte å håndtere oppturer og nedturer på.

«(...) det handler bla. om hvordan maten ser ut, og konteksten rundt det å spise. Å spise er ofte en hyggelig ting sant. Det er mange ting som avgjør, og for meg så er min motivasjon for å spise og drikke mer enn jeg bør, at det er konsentrert "meg tid". Bruker mat som premie når jeg har gjort noe bra, og det man kaller for trøst når jeg har utfordringer. – Lars

7.1.2 Når man har prøvd alle tiltak

Alle fire informantene hadde lang erfaring med det å prøve å gå ned i vekt og legge om livsstilen. De hadde på ulike tidspunkter i denne prosessen vært innom mange forskjellige tiltak

som strekte seg fra dietter og matkurs til PT-oppfølging, apper på telefonen. Trine nevnte dette «Ja, fordi man har jo prøvd så mye forskjellig opp igjennom årene. Apper og dietter, PT-trening, EasyLife, HerbaLife, Keeto, Grethe-Rode og masse andre ting».

De hadde alle prøvd og lyktes flere ganger med å gå ned i vekt opp igjennom årene, men alltid måtte forholde seg til at kiloene kom tilbake gradvis når de sluttet med en diett eller av andre årsaker falt ut av opplegget de fulgte. Martin snakket om hvordan han hadde hatt veldig god suksess med å følge en bestemt diett over en lengre periode: «Havnet på 150 kg nesten. Så begynte jeg med noe som heter lavkarbo diett. Og da gikk jeg ned til 110 kg faktisk. Det funket veldig bra». Informantene hadde alle erfart at slike store livsstilsendringer alltid krever mye tid, tilrettelegging og prioritering. Det kan for mange sammenlignes med det å ha en ekstra fulltidsjobb ved siden av den egentlige jobben, og skulle det skje noe uforutsett i livet er det ofte utfordrende å klare og holde seg til opplegget man følger. For en av informantene var prosessen med jobbsøking noe som førte til at det ble utfordrende å følge kostholdet hun ønsket å ha.

«Ja, det jeg gjorde var jo å legge om kostholdet. Fjerne sukker og karbohydrater fra kostholdet. Gikk egentlig litt ned; gikk vel nesten 5 kg ned av meg selv når jeg startet med dette. Skjedde litt ting med jobben da og måtte ut å søke ny jobb. Matopplegget raknet noe, men jeg holdt meg til kostholdet, om ikke helt 100%, så i alle fall 90%». – Hege

Fysisk aktivitet og trening var også tiltak alle informantene hadde ekstensiv erfaring med for å bedre livsstilen og gå ned i vekt. Dette var både trening på egenhånd, men også organisert gruppetrening sammen med andre mennesker. Mange av deltakerne hadde oppfølging fra en Frisklivssentral og fulgte opplegg der med ukentlige utetreninger og sirkeltreninger. Informantene snakket om gleden av å være i aktivitet og bevege seg, og hadde god forståelse for alle de positive prosessene som skjer i kroppen både under og etter trening. Likevel opplevde de at det tidvis er vanskelig å motivere seg tilstrekkelig for å klare og gjennomføre en økt eller gruppetime. En av informantene snakket om paradokset med å ha glede og nytte av å gjennomføre fysisk aktivitet, men på samme tid ikke klare å få det til.

«Det er en svart samvittighet dette med fysisk trening. Fortsatt. Etter nyttår har jeg begynt å slite med ryggsmarter, så jeg går til fysioterapeut og trener styrke. Går også å trener på

treningssenter en gang i uken ca. i tillegg til hos fysio. Ironien er at jeg har stor glede av å trene nesten uansett hva slags trening det dreier seg om; i alle fall kondisjonstrening, tur i friluft, og styrketrening på gymmen. Jeg er veldig tilhenger av det der med endorfiner, og igjen psykologi da. Skjer så mye psykologisk når man trener og etterpå. Bearbeider ting og sånn. Men jeg får ikke til, sliter med å gjennomføre aktiviteten.» - Lars

Det å være knyttet til et opplegg fra Frisklivssentral eller en Overvektsklinikk innebar også en hel del kursing om kosthold og mat for informantene. Disse kursene var som regel obligatoriske og en stor del av den tette oppfølgingen de fikk fra disse institusjonene. Oppfølging og deltakelse fra Frisklivssentral eller Overvektsklinikk kunne åpne dørene for en henvisning til et lengre intensivt opphold på institusjoner som spesialiserer seg på overvekt og fedme. En av informantene snakker om prosessen relatert til kursing og muligheten for videre oppfølging.

«Nei altså jeg har tidligere vært gjennom en hel haug med kurs gjennom Overvektsklinikken. Føler at visse ting av matkurs kan jeg godt, men samtidig er det som regel påfyll med noe jeg ikke kan. Disse kursene er obligatoriske for deg. Blir man sendt av gårde på et sånn opphold skal man trene hver dag og kurses så å si hver dag. Da er det fokus på mat og trening generelt, og så skal man komme hjem til det og plusse det på arbeidslivet ditt i ettertid.» -

Trine

Lars snakket også om deltakelse på slike kurs og tilbud om å dra på et lengre opphold ved institusjon tidligere. I motsetning til de andre informantene var han mer skeptisk som følge av varierende resultat tidligere: *«Det var i alle fall på Ullevål kurset fant sted. Det har jeg egentlig dårlig erfaring med. Jeg gikk ned, men det funket ikke for meg i lengden. Jeg har også vært kandidat for sånne opphold, blant annet oppe ved Hamar, hvor man blir sent på sånn leir, og kommer ut derifra som slank utgave om alt går etter planen.».*

7.2 Å starte med slankemedisin

For informantene var veien fra å høre om fenomenet slankemedisin til å begynne med det selv ikke så rett frem som mange kanskje har fått inntrykk av at det er. I takt med økt popularitet og bredere dekning i det norske nyhetsbildet var det vanskelig for informantene å huske nøyaktig

når de hadde hørt om det, men hadde generelle tanker om at det måtte ha vært fra mediene og nyheter om det i 2021. Det opplevdes som veldig fjernt og nytt på dette tidspunktet, og deltakerne hadde tanker rundt dette med at de hørte litt om det her og der fra ulike steder og personer. For å komme i gang med behandlingen og få tilgang på slankemedisin var det møte og samtale med fastlegen som sto sentralt.

7.2.1 Nyheten som var slankemedisin

Medikamentell behandling av overvekt og fedme gjorde for alvor sitt inntog i Norge fra 2020, og for informantene var det i starten vanskelig å forholde seg til dette som et reelt alternativ som kunne hjelpe med vektreduksjon. Det virket i stor grad som noe fjernt og uvirkelig, og ikke så lett å forholde seg til på daværende tidspunkt. Martin sa: *«Eller hadde kanskje lest litt om det i media og sånn, men det virket så fjernt og nytt enda at jeg tenkte ikke på det som et alternativ. Liksom alltid vært en sånn drøm på en måte, at det bare er å ta en pille så blir man en muskelbunt, men det er jo fantasi da.»*.

For informantene gikk det tid mellom når de hørte om slankemedisin til de virkelig fikk øynene opp for at dette kunne være et reelt behandlingsalternativ for dem. Flere av deltakerne uttrykte at familie og venner var avgjørende for dette. Lars fortalte at det var søsteren som tipset han om dette etter selv å ha brukt dette med god effekt: *«Hun hadde stort utbytte av det. Hadde selv ikke hørt om slankemedisin før hun nevnte det. Så det var med det utgangspunktet at jeg begynte å se på det her til meg selv da.»*. For en av informantene var det riktig nok ikke gjennom familie hun hørte om det, men heller fra en kollega på jobben, som også hadde opplevd en god effekt av å bruke denne typen medisin.

«Jeg hørte om det opprinnelig fra en kollega på jobben. Hun hadde gått på det en god stund og hatt veldig god effekt. Hun hadde gått ned sånn sakte men sikkert 20 kg på et år.» - Hege

For Trine var situasjonen noe annerledes. I likhet med de andre fikk hun høre det gjennom familie, men var ikke like begeistret for konseptet til å begynne med. Hun var kommet godt i gang med andre tiltak mot overvekt på daværende tidspunkt og fokuserte mer på disse. Hun sa: *«Jeg hadde hørt om det, men jeg ville prøve andre tiltak. Slankemedisin skulle mer eller mindre være siste utvei.»*

7.2.2 Oppstart på medisinen i samråd med fastlege

For informantene var det en kombinasjon av oppfølging fra både fastlegen og overvektsklinikk som gjorde at de kom i gang med selve behandlingen. Trine sa *«Har på en måte fått hjelp av fastlegen og overvektsklinikken med dette, hvor jeg også ble blitt anbefalt slankemedisin»*. Alle deltakerne beskrev fastlegen som en som kjente til historikken deres med forsøk på vektnedgang og livsstilsendring. I forbindelse med disse tidligere forsøkene på vektreduksjon hadde også informantene utforsket andre alternativer sammen med sin fastlege.

«Vi var forent i tanken om at det ville være fint for meg å gå ned i vekt. Jeg har forhistorie med at legen har søkt NAV, altså før slankesprøyter ble et tema, om behandlingsdager. Med fri fra jobb for å kunne gå ned i vekt. Tanken var altså å bruke disse dagene til fysisk trening og andre tiltak. Fordi slanking kan kreve tid, og man må sette av tid til det. Så fastlegen søkte om det (fridager).» - Lars

Det var ikke bare med fastlegen at ulike alternativer for å oppnå vektreduksjon ble diskutert. For flere av Informantene var det å gjennomgå en gastric bypass (overvektsoperasjon) operasjon noe som ble foreslått under oppfølging fra overvektsklinikken. Dette alternativet ble etter hvert skrinlagt til fordel for å prøve ut slankemedisin i kombinasjon med andre livsstilsrelaterte tiltak. Martin fortalte *«Under konsultasjon på overvektsklinikken snakket vi om en sånn gastric bypass operasjon, men ble enig om at siden jeg hadde tendenser til å klare å kontrollere matinntaket, så var Saxenda et bedre alternativ.»*

Informantene ga uttrykk for at det under samtale med fastlege og overvektsklinikk ble diskutert hvilken type slankemedisin som kunne være mest aktuell å gå i gang med. Samtalene dreide seg rundt mulige bivirkninger og antatt oppnåelig vekttap. For to av informantene var det direkte oppstart med Saxenda etter konsultasjon. Martin sa *«(...) da begynte jeg på Saxenda, og visste ikke hvor lenge jeg skulle gå på det, kunne være flere år. Jeg skulle først gå ned og så holde meg på den vekten i noen år sann at jeg ble vant til å holde den vekta, for deretter å trappe ned Saxenda»*. Grunnet stor etterspørsel på dette medikamentet i 2021 og 2022 var det leveringsproblemer i starten. For en av informantene førte det igjen til ulike perioder med start og stopp av behandlingen siden det var vanskelig å få kontinuerlig tilgang.

«Men uansett, legen søkte direkte om Saxenda på grunn av fare for noen bivirkninger. Jeg var spesielt utsatt med disse tablettene da, og fikk godkjent Saxenda istedenfor. Så var det leveringsproblemer på Saxenda det året, så jeg fikk et opphold i behandlingen. Etter oppholdet måtte jeg starte på minste dose igjen, så det har liksom vært noen sånne rare avbrudd underveis.» - Lars

7.3 Å bruke slankemedisin

I denne hovedkategorien kommer det frem hvordan informantene erfarte å faktisk bruke slankemedisin over en lengre periode. Bruken av disse medikamentene hadde ikke bare en direkte effekt på de fysiologiske aspektene av kroppen som sultfølelse og vekt, men også en psykologisk effekt på selvbilde og motivasjon. Det økonomiske aspektet av å måtte betale for medisiner som ikke er på blå resept ordningen var også noe informantene var opptatt av, samt tanker om fremtiden for disse slankemedisinene.

7.3.1 Endelig mett

Opplevelsen av å være mindre sulten og i større grad full i magen etter et måltid var noe informantene hadde kjent på etter oppstart med slankemedisin. Denne effekten økte i takt med opptrappingen av dosen, og førte til at deltakerne verken hadde behov eller plass til samme mengden med mat som tidligere. En av informantene beskrev denne metthetsfølelsen.

«Det stopper jo opp på en måte. Orker ikke spise alt sammen. Det stopper av seg selv. Når man spiser så føler jeg at jeg begynner å bli mett, og tenker at nå skal jeg faktisk stoppe. Venter gjerne litt med å se om jeg fortsatt er sulten, men etter en stund er det sånn "nei det var visst nok".» - Trine

En av informantene beskrev effekten som å være sulten og mett på samme tid, og flere av de andre informantene sa seg enig i den beskrivelsen. Selv om magen var full, så var blikket og hodet fortsatt sulten på noe mer å putte i munnen. Dette var en paradoksal effekt, og Lars ga uttrykk for at det ikke nødvendigvis bare handler om redusert sultfølelsen, fordi problemet med å overspise er sammensatt og komplisert. Han sa *«Det er mindre sultfølelse ja, men igjen da. Sult er bare en del av det hele sant. Det dreier seg om langt flere ting enn bare sult».*

«Ja for blikket ditt er fremdeles sulten, og du er sulten, men på grunn av sprøyten så føler man ikke at man har plass. (...) En time senere kan jeg fortsatt gå å være fysen på noe, men samtidig får du fremdeles følelse av at det ikke går, og man ikke har fysisk plass. Kan da ta meg et sukkertøy og suge på det eller noe sånn frisk pust greier. Så går den følelse på en måte over.» - Trine

Noen av informantene hadde også konkrete eksempler fra kostholdet sitt på hvordan de hadde kjent på redusert sultfølelse. En av informantene brukte brød som et eksempel, og fortalte hvordan en brødskive for han ikke kunne sammenlignes med det en normal brødskive egentlig er for andre. Dette endret seg gradvis etter oppstart med slankemedisin, og gjorde at han fikk et normalisert forhold til tykkelsen på brødsnivene.

Før jeg begynte med Saxenda så var det sånn at jeg spiste to brødskiver til frokost, og så 2-3 til lunsj. Så var det greit. Så tenker jeg på at når jeg sier 1 brødskive, så er det vanligvis 2-3 normale brødskiver for andre folk. Dette sa jeg til legen på overvektsklinikken, og fortalte hvor tykk mine brødskiver var. Så begynte jeg på Saxenda med en opptrappingsperiode. Denne tok jeg hver dag til fast klokkeslett, og merka ikke så mye før jeg hadde full dose. Da begynte jeg å merke det, for da begynte jeg å kjøpe ferdig oppskjært brød og spiste fortsatt 2 brødskiver, istedenfor 6 som var utgangspunktet med den tykkelsen jeg brukte å ha.» - Martin

Flere av informantene virket å være samstemte om at det alltid har vært mengden mat som har vært problematisk og ikke nødvendigvis at maten de spiser er usunn eller dårlig. Som beskrevet tidligere hadde informantene mye kunnskap om mat og kosthold etter flere års erfaring med å få til livsstilsendringer. I tråd med at de hadde gjennomført mye kursing og utprøvd mange dietter var det en generelt god forståelse for hvilken type mat som var bra for kroppen og hva som ikke var fullt så bra å putte i seg. Martin sa *«Det har alltid vært mengden mat, ikke nødvendigvis søtsaker og kaker og sånn. (...) om jeg kjøper potetgull, jeg overdriver om jeg sier en gang i måneden. Kanskje kjøper jeg det og sjokolade en gang i måneden»*

Deltakerne opplevde som regel at redusert sultfølelse kom i større grad med økt dosering av slankemedisin, og noen ikke før de var oppe på full dose. Det virket å være ulike variasjoner i opplevelsen av dette hos informantene basert på hvilken type slankemedisin de gikk på.

Samtlige hadde også hatt samtale med fastlege eller overvektsklinikk om at slankemedisin ikke kunne regnes som en "quickfix", og at dette bare var et verktøy i prosessen med å gå ned i vekt. Det var fortsatt viktig å fortsette med andre livsstilsrelaterte tiltak. For en av deltakerne var det riktig nok en opplevelse av at medikamentet fungerte fra første dose, og at mye av vekttapet kom gratis i starten.

«Hørt alle advarslene om at det ikke var en mirakelkur og at man selv måtte gjøre jobben liksom. At det ikke var en quickfix på en måte. Men det var en quickfix, fikk masse gratis. Følte kjempegod effekt fra dag en. Jeg vet jo at ifølge vitenskapen tar det litt lengre tid enn som så, men jeg følte altså effekten fra dag en i form av at jeg hadde mindre søtbehov, og hadde ikke så mye matlyst.» - Lars

Noen av deltakerne opplevde også så sterk effekt av slankemedisin at de tidvis måtte minne seg selv på å spise måltider. Opplevelsen av å være mett etter et måltid ble mye mer langvarig gjennom dagen. Det var med andre ord ikke bare det at mengden mat som ble spist var mindre, men også at maten de fikk i seg var nok.

Jeg har ganske greit mye mer metthetsfølelse nå fordi Wegovy har en større effekt. Den skal på en måte holde igjen og føre til at man bruker lengre tid på å prosessere maten. Merker jo at om jeg har spist frokost tar det lengre tid før jeg blir sulten igjen. Så har vært sånn "oi shit, klokka er blitt såpass. Nå må jeg faktisk spise litt"» - Trine

7.3.2 Den positive effekten

Gjennom å bruke slankemedisin i kombinasjon med andre livsstils endrende tiltak har mange av informantene opplevd betydelig vektreduksjon. Vektreduksjon og endring av vaner førte til mange positive sekundæreffekter i livene til informantene. De uttrykte generell enighet om at det var lettere å bevege seg, og at de hadde større overskudd til å konsentrere seg om andre ting i livet. Bedre selvfølelse og opplevelse av å være mer blid og fornøyd var også noe som gikk igjen. Martin sa for eksempel *«Men jeg gikk i alle fall ned i vekt og følte meg blid og fornøyd. Klær jeg ikke hadde hatt på meg begynte å passe igjen, og det gikk lettere på jobben kan man si. Var lettere å bevege seg og livet begynte å se lettere ut da»*. Det med at klær begynte å passe bedre var også noe en annen informant hadde erfart, i tillegg til mer overskudd i hverdagen.

«Wegovy er virkelig på og hjelper meg, fordi jeg føler allerede nå at jeg merker endringer på de snart 7 ukene. Visse klær begynner å bli litt lettere, og at jeg har mer ork til å komme meg opp. Selv om klærne begynner å løsne, så føler jeg at kroppen faktisk begynner å bli lettere. Tenker sånn at kanskje skulle man kjøpt en vekstvest med antall kilo man har gått ned, bare for å kjenne hva man har hatt på kroppen.» - Trine

Flere av informantene ga også uttrykk for at motivasjonen ble større som følge av å bruke slankemedisin, og at de føler seg bedre rustet til å håndtere kostholdet sitt ved å få til regulering og måtehold. Trine sa blant annet *«Men bare det å se effekten av det man har mistet så langt, på en mer sunn og naturlig måte med dette hjelpemiddelet. Så er jo den motivasjonen i seg selv. Særlig dette med at jeg skal øke dosen, så kan det hende man får enda bedre resultat».*

Informant Lars opplevde også å bli motivert av at dosen skulle økes ytterligere, men uttrykte samtidig noe skepsis til det at effekten ikke var så stor nå som han opplevd når han først begynte med slankemedisin.

«Men jeg føler at effekten har dabbet av, og at det i høy grad krever en egeninnsats per i dag. Litt i motsetning til det jeg følte i starten. Når det er sagt, selv om jeg ikke får ting gratis og det krever selvfølgelig egeninnsats så tror jeg fortsatt at det har en effekt, fordi det hadde sikkert vært enda verre om jeg ikke tok disse sprøytene».

7.3.3 Bivirkningene

Slankemedisinene er ikke uten bivirkninger, og mange av informantene opplevde dette i starten når de først hadde begynt på slankemedisin. To av fire informanter opplevde særlig sterke bivirkninger knyttet til magebesvær og kvalme. Hege uttalte blant annet at *«Jeg var ikke bra på de slankemedisinene i det hele tatt. Jeg var kvalm og uvel, og følte immunforsvaret mitt generelt var dårlig».* En av informantene opplevde også dette, men i mindre grad enn de to første. Den siste informanten opplevde ikke særlig bivirkninger knyttet til det å bruke medikamentet, men i større grad til det at han måtte avslutte behandlingen med slankemedisin.

Informantene har alle sammen vært innom ulike typer av slankemedisin, og snakket om bivirkninger relatert til forskjellige typer slankemedisin. To av informantene opplevde som nevnt sterke bivirkninger som utartet seg som magebesvær og følelse av å være uvel store deler av dagen. For Hege var det denne kvalmen som gjorde at hun ikke spiste samme mengde mat som tidligere, og var sikker på at det var årsaken til vektreduksjonen hun hadde hatt mens hun gikk på slankemedisinen. Hun sa «*Nei, som sagt er jeg ikke så sikker på at de 5 kiloene vektnedgang skyldes Ozempic virkestoffet, men heller at jeg var kvalm og spiste mindre som følge av det. Var veldig uvel og lite vital. Var ikke i bra form*». På lik linje med Hege opplevde også informant Trine kvalme, men var også preget av bivirkninger relatert til menstruasjonssyklus. For begge disse informantene førte dette til at de avsluttet behandlingen med den første typen slankemedisin de hadde brukt, og gikk over til å bruke Wegovy.

«Ble så uvel av dem. Står at man kan få hyppig diare, og endret syklus for oss som er damer. Syntes ikke noe om at det skjedde. Når syklusen da brått kommer to og tre ganger eller at man får sånne mellomblødninger som kan forekomme. Dette skjedde gang på gang, og syntes ikke noe om det, og endte opp med å stoppe med Mysimba» - Trine

I likhet med disse to informantene opplevde også Lars at slankemedisin han gikk på ga magebesvær en periode. I motsetning til de første to var han dog ikke plaget i samme omfang, og uttrykte at bivirkningen til slutt var verdt det i forhold til det medikamentet gav han i vektreduksjon.

«Ja, det har jeg opplevd i form av litt sånn magebesvær, men det har jeg ikke hatt noe fokus på. Jeg synes på en måte at fordelene veier opp for ulempene sett opp mot bivirkninger til det å være overvektig. Det som var snodig var at det ikke kom når jeg begynte på Saxenda, det har jeg gjort i flere runder, men kom etter at jeg hadde begynt på middels dose. Hadde da magebesvær gjentatte ganger i en ukes tid. Bortsett fra det, ingen bivirkninger.» - Lars

For spesielt en av informantene var det ingen bivirkninger knyttet til det å faktisk bruke slankemedisin. For han kom bivirkningen etter at han ble tvunget til å avslutte behandlingen som følge av at Saxenda forsvant fra blå resept ordningen i februar 2023. Martin sa «*Så leste jeg en artikkel om at det nå skulle bli slutt på Saxenda på blå resept, og da gikk jeg rett i kjelleren*». Dette førte til en tung periode i hans liv, hvor også mye av vekttapet han hadde hatt

frem til da med slankemedisin gikk gradvis tilbake. Som følge av vektoppgang ble det vanskeligere for han å stå i jobb, og endte etter hvert opp som sykemeldt. Den positive effekten han hadde opplevd av å bruke slankemedisin i starten gikk gradvis mer tilbake, og for informant Martin førte det til at han fikk gjort mindre ut av livet sitt.

«Etter at det ble slutt med Saxenda ble jeg rett og slett for tjukk til å kunne være i jobb, og ble sykemeldt. Det gikk veldig inn på psyken. Jeg har gradvis blitt større og større siden den gang, og får gjort så lite nå. Veldig lite jeg kan gjøre på en måte. Jeg bygde på veranda og gjorde litt sånne småting på huset. Sånn var jeg før. Jeg føler jeg har mistet veldig mye etter at det ble slutt på sprøyten.» - Martin

7.3.4 Den økonomiske kostnaden

Alle informantene uttrykte enighet om at disse slankemedisinene burde være tilgjengelig gjennom blå resept ordningen i Norge. Kostnadene for både Saxenda og Wegovy er svært høy når enkeltindivider må dekke dette av egen lomme. Trine sa *«Vi lever jo ofte etter det vi får i lønn, og kan jeg ikke si at det er billig med 1700 kr. Særlig når man vet at den dosen man skal opp til koster kr 3100,- i måneden. Tenker liksom på at man må legge av litt eller kutte på budsjettet»*. Den personlige kostnaden var problematisk, men informantene var også opptatt av dette med at overvekt og fedme er store helsemessige problemer for samfunnet som ofte fører meg seg mange følgeeffekter for folkehelsen.

«For meg personlig er det krise. Vi er på tur i en økonomisk nedtur hjemme, men disse slankemedisinene er jeg forberedt på å gå på resten av livet, så de vil jeg prioritere meget høyt. De koster og er kjempedyre. Det er et samfunnsmessig problem, et sosialt problem, og særlig fordi at overvekt ofte hopper seg opp med masse annen dritt blant folk som har dårlig råd. Så dette synes jeg er et politisk og sosialt problem.» - Lars

Informantene var generelt opptatt av at slankemedisin skulle bli tilgjengelig som et verktøy for mennesker som sliter med vekten. De var samtidig samkjørte i sine meninger om at medikamentene burde forbeholdes til de som virkelig sliter med ekstreme tilfeller av overvekt og fedme.

«Man tar jo ikke sånne sprøyter bare for å komme ned i idealvekt. (...) Noen er kanskje bare litt lubne og skal gå ned noen kilo ikke sant. Det er jo ikke det medisinen er beregnet til. Den

skal jo være beregnet til folk som egentlig sliter da, som jeg gjør nå. Mener jeg da. Til folk som egentlig har et stort problem med overvekt og fedme.» - Martin

I forlengelse av dette var det også tanker rundt det at slankemedisin alene ikke burde være eneste tiltak man setter i gang med for å gå ned i vekt. Informantene var opptatt av at man samtidig legger om på livsstilen sin. Martin sa blant annet «*Men det er ikke noen enkel måte. Du må endre livsstilen din. Du kan ikke bare fortsette å glemme i deg mat og sønn, du må faktisk gjøre noe fysisk også*». Det var også enighet om at det å oppsøke hjelp fra enten fastlege, overvektsklinikk eller frisklivssentral var gode alternativer som burde utforskes før man hopper på behandling med slankemedisin.

Jeg ønsker ikke at hele befolkningen skal, altså misforstå meg rett her. Hvis du kanskje bare har 10 kg ekstra på kroppen i forhold til hva du egentlig skal ha, og heller ikke har noen underliggende slektshistorie som gir fare for hjerte og karsykdommer; så synes jeg heller legen anbefaler at du får hjelp i form av annet tiltak først. Enten det er ernæringsfysiologi, frisklivssentral, eller noe annet. Når man først har prøvd det kan man gå til neste steg med slankemedisin, men prøve først disse tiltakene.» - Trine

Deltakerne delte flere tanker om fremtiden til slankemedisin. Tre av informantene var innstilt på å dekke kostnaden for slankemedisin av egen lomme fremover. Hege uttrykte «*Ja jeg tenker jo at det burde være på blå Resept, men jeg er villig til å betale for Wegovy selv*». Siste informant hadde ikke økonomisk mulighet til å gjøre dette, men hadde et sterkt håp om at alle disse medikamentene ble gjort tilgjengelig gjennom ordningen for blå resept.

«Det eneste jeg har lyst til å si er at de som har ansvaret for å få det her på blå resept virkelig skjønner hvor alvorlig fedme er og lar det komme på blå Resept. Tror på en måte de er litt i krig med medisinindustrien for å få ned prisene. Kanskje de ikke skal være så i krig.» - Martin

7.4 Sosial støtte

Informantene opplevde at støtten og oppfølgingen de fikk fra de ulike instansene som betryggende underveis i behandlingen med slankemedisin. Både fastlege, frisklivssentral og

overvektsklinikk var hver for seg involvert i prosessen. Deltakerne uttrykte også variasjon i hvor åpne det var om bruken av slankemedisin til mennesker i omgangskretsen sin.

7.4.1 Støtte fra helsevesenet

Informantene opplevde det å være knyttet til og få oppfølging fra frisklivssentral og overvektsklinikk som en positiv innflytelse på prosessen med å endre livsstil og gå ned i vekt. Fastlegen var også en viktig støttespiller underveis i prosessen, og opplevdes helhetlig som en positiv innflytelse. Trine sa for eksempel «*Fastlegen har kjent meg siden jeg var null år, og har faren min som pasient også. Hun støtter meg veldig, og sier det er bra det kommer endringer, og at jeg føler det er noe som endelig funker*».

En av informantene opplevde det å bli henvist til overvektsklinikk av fastlegen som et viktig startpunkt for livsstilsendring, og var glad for å få støtte og trygghet rundt seg av mennesker med riktig kompetanse og gode holdninger. Martin sa «*(...) Å vite det at man skulle få hjelp, bare det at de så på det som en sykdom, og ikke som latskap. Det var betryggende*».

Oppfølging fra frisklivssentral besto i stor grad av samtale, veiing og deltakelse på treningsgrupper ute og inne. Trine sa «*Ja jeg har vært med på både styrketrening og sirkeltrening i regi av Frisklivssentralen*». Informantene erfarte at det å ha et slikt tilbud samtidig som man brukte slankemedisin som bra, og likte at man hadde regelmessig kontroll av vekt. Hege sa «*Jeg går dit for å måle og veie og alt mulig. Må liksom stå litt til ansvar for egen helse*». Informant Lars hadde jevnlig kontakt med både fastlege og Frisklivssentral, og var fornøyd med oppfølgingen han fikk.

«Ja, jeg har jevnlig kontakt med fastlegen og Frisklivssentralen, men dette med bruken av slankesprøyter går sin gang, så har ikke hatt veldig dialog med fastlegen om det. Derimot på Frisklivssentralen har jeg i alle fall i perioder gått og veid meg og hatt samtaler med en dame. Er fornøyd med oppfølgingen derfra»

7.4.2 Åpenhet om bruk

Det å være åpen om bruk av slankemedisin varierte noe mellom informantene. To av de ga uttrykk for at de ikke nødvendigvis var så åpne om bruken av det fordi de tidligere i livet hadde erfart å bli møtt med dårlige holdninger til det å være overvektig. Dette førte til tanker om at andre mennesker også kom til å dømme slankemedisin som en slags rask og enkel løsning som ikke krevde noen form for egeninnsats.

«Nei. Følte ikke for å dele det egentlig. Det er fryktelig negative holdninger til det å være overvektig. Jeg kan si det sånn at jeg hadde tidligere kolleger på jobben som hadde det morsomt på min bekostning. Når man blir fortalt om sånne ting i ettertid, det gjør at man vegrer seg for å fortelle om det fordi man frykter å bli møtt av "du tar det på den enkle måten du".» - Martin

Tilbakeholdenheter om bruken av slankemedisin var også noe informant Trine kjente seg igjen i, og hadde tanker om at enkelte mennesker ikke kom til å være så forståelsesfull. Hun sa *«Ja, og det er også en av grunnene til jeg ikke nødvendigvis snakker med alle om bruken av Wegovy og motivasjonen for å ta denne medisinen. Tror det er lett at folk tenker "åja du tar en quickfix"»*.

Til og med til den nærmeste familie satt det langt inne å dele åpent om bruken av slankemedisin en god stund. Martin sa blant annet at *«Kun de aller aller nærmeste. Var nesten sånn at jeg ikke sa det til moren min heller. Det kom etter hvert. Eneste som visste det var kjæresten min som, ja vi har vært sammen lenge»*. Både informant Martin og Trine opplevde dog god støtte fra familie og venner når de først fortalte om bruken av slankemedisin.

For de to andre informantene var det riktignok motsatt, og begge uttrykte at de hadde vært åpne om bruken av slankemedisin til både familie, venner og kolleger. Lars sa *«Jeg er relativt åpen om slike private ting. Folk sier jeg er for åpen om det. Jeg plager kolleger og alt med det, så neida. Jeg har vært åpen om bruken av slankemedisin»*. De kunne heller ikke si at de hadde møtt noen sterke fordommer mot det å bruke slankemedisin for å gå ned i vekt.

«Følte ikke at jeg møtte noen som hadde noen fordommer mot at man bruker medikamenter for å hjelpe på overvekt, ingen som hadde det nei.» – Hege

8.0 Diskusjon

I følgende kapittel vil jeg oppsummere hovedresultatene mine og drøfte dem i lys av teori og tidligere forskning. Kapittelet vil også komme innom styrker og svakheter, samt si noe om behovet for videre forskning. Formålet med denne masterstudien var å finne ut av hvilke erfaringer mennesker som sliter med overvekt og fedme har med å bruke slankemedisin. Som en del av dette anså jeg det som naturlig å komme innom både deres motivasjon for å gå ned i vekt, og hvordan de ble introdusert for konseptet slankemedisin.

Resultatene viste gjennomgående likhet i informantenes erfaringer med slankemedisin, men også tydelige forskjeller. Motivasjonen for å få til en vektreduksjon og legge om livsstilen var grunnet i ulike ønsker for livet og håp for fremtiden. Det var klart at den nåværende vekten begrenset informantene fra å leve det livet de ønsket og at vektreduksjon ville gi et liv med bedre helse og livskvalitet over hele linjen. Effekten av slankemedisin var blant annet redusert sultfølelse og mindre matlyst. Som et resultat av dette kunne informantene i større grad spise normale porsjoner til måltidene sine. Videre ga de uttrykk for at vektreduksjonen som fulgte med behandlingen ga de mer overskudd og bedre humør i hverdagen, samt ytterligere motivasjon for livsstilsendring. Å bruke slankemedisin som tiltak var ikke uten sine bivirkninger, og kvalme og magebesvær var det de fleste hadde opplevd. Dette var dog svært variert i tråd med de ulike typene av medikamentene som ble brukt.

Det var tydelige ønsker fra informantene om at nyere og mer effektive (Wegovy og Saxenda) slankemedisiner blir gjort tilgjengelig på blå resept og dekt gjennom Helfo i fremtiden. De var dog enige om at det burde foreligge visse kriterier for om man skal få det dekt, og at det i større grad burde være forbeholdt de som virkelig sliter med overvekt og fedme. Som en forlengelse av dette var det enighet blant informantene om at man også må gjennomføre andre livsstilsendrende tiltak i kombinasjon med bruken av slankemedisin. De uttrykte også at frem til medikamentene er tilgjengelig gjennom folketrygden ville de betale for det av egen lomme, men at dette ville ha innvirkning på den økonomiske situasjonen i livet.

Videre var det tydelige forskjeller i hvor åpne informantene hadde vært om bruken av disse medikamentene. Noen hadde tidligere erfaringer med å møte stigma og uheldige kommentarer knyttet til vekten sin, og dette var med på å avgjøre graden av åpenhet om bruk. Andre var igjen helt åpne om bruken, og hadde i mindre grad opplevd nedsettende kommentarer om kroppsfasong og vekt. Informantene uttrykte samlet sett å være svært positiv til konseptet slankemedisin som behandlingsmetode mot overvekt og fedme.

8.1 Fra tanke til handling

Resultatene viser at informantene var motivert av ulike årsaker for å gå ned i vekt og legge om livsstilen sin. Det er ikke nødvendigvis selve størrelsen på kroppen eller antall kilo som er den avgjørende faktoren, men heller fraværet av muligheter og aktiviteter i hverdagslivet. Når kroppen ikke lengre klarer å håndtere det livet man ønsker å leve på grunn av vekten er det en sterk motivator for å igangsette endring. Helseplager som slitasje og smerte i kroppen grunnet overvekt er også en tydelig motivasjon for å gripe fatt i situasjonen. Det samme gjenspeiles også i den tidligere forskningen fra Psarou og Brown (2010) hvor hensyn til egen helse var en avgjørende motivasjonsfaktor for å redusere vekten. Lignende funn om motivasjon har også blitt gjort av Borge og kolleger (2012), som fant at motivasjonen for å gjennomføre livsstilsendringer i større grad skyldes hindringer i hverdagen og alvorlige helseplager (Borge et al., 2012).

Det at informantene uttrykker fravær av aktiviteter og hobbyer som en stor motivasjon for å gå ned i vekt er ikke nødvendigvis overraskende. Et argument kan bli gitt for at mennesker ofte har en sterk identitets og mestringsfølelse knyttet til hvilke aktiviteter de har evne til å gjennomføre, og likeså motsatt effekt når varige helseforhold fører til frafall av tidligere aktiviteter. Dette støttes opp av prinsipper som bygger på aktivitet i dagliglivet (ADL) (Edemekong et al., 2023). ADL er godt forankret innenfor fysioterapifagfeltet, men forstås til vanlig ut ifra perspektivet om aldring og funksjonstap; ikke nødvendigvis overvekt og fedme. Paralleller kan likevel bli dratt mellom disse siden det er snakk om kroniske tilstander, og er med på å gi forklaring til hvorfor informantene mine uttrykte at frafall av aktiviteter i livet var en såpass stor motivasjonsfaktor for å gå ned i vekt.

I motsetningen til Psarou og Brown (2010) sin studie, var ikke dette med dårlig selvbilde og selvfølelse for egen kropp nevnt som motivasjon for vektnedgang av informantene i min studie. Det kan dog tenkes at dette også var en underliggende motivasjon hos mine informanter som ikke ble løftet frem. Dårlige selvbilde og selvfølelse er ikke uvanlige følgetilstander relatert til overvekt og fedme (Moradi et al., 2020; Imre & Toprak, 2023), men frafallet av aktiviteter og god livskvalitet trumfer muligens selvbilde når tilstanden med fedme har vedvart mesteparten av informantenes voksne liv. Temaet var heller ikke noe som ble vektlagt i stor grad i intervjuene, og dette kan være årsaken til manglende funn om selvbilde og selvfølelse som motivasjon fra informantene i min studie. I likhet med Psarou og Brown fant også Ogden og Sidhus (2006) at motivasjonen for å oppnå bedre helse og livskvalitet så ut til å trumfe motivasjonen om å få bedre selvbilde og selvfølelse. Dette kan også være med på å forklare hvorfor informantene i min studie vektla bortfall av aktivitet, god helse og bra livskvalitet fremfor selvbilde og selvfølelse når de snakket om motivasjonen for å gå ned i vekt. Argumentet blir følgelig at informantene i min studie nevner grunnene til motivasjon som de gjør fordi de opplever dette som den altoppslukende og gjennomgripende årsaken; en ekte indre motivasjon. I takt med Ryan og Deci sin teori (2000), vil man da kunne argumentere for at selvbilde og selvfølelse kan være faktorer som i større grad preges av den ytre motivasjonen, og dermed ikke oppleves som det viktigste for den helhetlige motivasjonen til mennesker som lever med kronisk overvekt og fedme.

Videre indikerte funn fra studien min at informantene hadde bred erfaring med ulike tiltak for å gå ned i vekt, og enkelte hadde også hatt god suksess med dette tidligere. Det var likevel vanskelig å få til varige endringer over tid, og ved uforutsette hendelser og motgang i livet var det lett å falle av enten dietten eller et annet livsstiltiltak. Dette er i tråd med den transteoretiske modellen til Prochaska og DiClemente hvor veien til varig endring er preget av flere tilbakefall (1982). Handlingsfasen og vedlikeholdsfasen er altså stadiene i endringshjulet hvor informantene hadde opplevd å nå tidligere med mer tradisjonelle tiltak som kostholdregulering og fysisk aktivitet. Informantene uttrykte at de opplevde større motivasjon for prosessen med vektreduksjon når de brukte slankemedisin, og at andre livsstiltiltak ble enklere å forholde seg til. Samtidig kom resultatene også raskere. Implikasjonen til slankemedisin som et verktøy er at den gjør stadiene i endringshjulet enklere å gjennomføre for mennesker som ønsker å få til vektreduksjon. Opplevelse av større kontroll over mat var sannsynligvis også med på å styrke den indre motivasjonen. Dette samsvarer godt med prinsippet om autonomi (selvbestemmelse

og kontroll) som et av de tre psykologiske behovene som må være til stede for å oppnå indre motivasjon (Ryan og Deci, 2000, Gagné & Deci, 2005)

På en annen side kan man også argumentere for at det motsatte kan skje når tilgangen på et så effektivt hjelpemiddel plutselig forsvinner. En av informantene hadde konkret erfaring med dette når Saxenda medikamentet forsvant fra blå resept ordningen. Martin opplevde å falle rett ut av vedlikeholdsfasen i endringshjulet, og fikk et sterkt tilbakefall på både vekt og motivasjon. Paradoksalt nok var slankemedisinen både sentral i å få til livsstilsendringen han ønsket, men også årsak til at det ble verre enn noen gang. Det reiser spørsmål med hvor lenge mennesker med overvekt og fedme må forvente å bruke disse medikamentene for å få til en varig endring. Fedme defineres tross alt som en kronisk sykdom av verdens helseorganisasjon (WHO, 2024), og kan man forvente at kronikere slutter og bruker medisinen de trenger? Hjelmæsæth og kolleger (2022) virker i alle fall å være av den oppfatning at livslang behandling med slankemedisin kan være nødvendig for mennesker med overvekt og fedme.

8.2 Slankemedisin på godt og vondt

Informantene i studien trakk frem redusert sultfølelse som en av de kroppslige effektene de kjente med å bruke slankemedisin. Den reduserte sultfølelsen førte til at de i større grad fikk et begrep om hva som defineres som en normal porsjon mat. I takt med at matbehovet ble mindre var det også en ny erfaring for de å etterlate rester på tallerken. Dette reduserte behovet for mat henger godt sammen med den dokumenterte effekten slankemedisin har på kroppen. Slankemedisin som medikament innebærer å redusere behovet for mat gjennom produksjon av hormoner som kontrollerer følelse av sult i kroppen (Nordeng, 2024; Norsk legemiddelhåndbok, 2023). Interessant nok nevnte informantene dette med å være både sulten og mett på samme tid, og Trine forklarte det som at blikket fortsatt er sultent, men magen har ikke fysisk plass til mer. Dette kan være med på å indikere at det ikke bare holder å få mer metthetsfølelse gjennom medikamenter, fordi tanker og følelser knyttet til mat fortsatt vil være en stor del av årsaken til vekten. Resultatene viser at informantene hadde lignende ideer. De uttrykte viktigheten av å følge et helhetlig opplegg for å gå ned i vekt med fokus på både tanker, følelser og praktiske tiltak.

Reduksjon i vekt som følge av virkestoffene i slankemedisin er veldokumentert (Müller et al., 2022; Tveito, 2023), og er selve hovedmålet for utvikling og forskning på slike medikamenter. I tråd med forskningen hadde også informantene i min studie sett vektreduksjon som følge av behandlingen med slankemedisin kombinert med livsstilsendringer. Det var likevel tydelig variasjon i hvor mye informantene hadde gått ned, og to av de gikk senere over til å bruke et nytt medikament fordi de opplevde sterke bivirkninger knyttet til bruk. Mine funn samsvarer godt med Psarou og Brown (2010) sin studie hvor også deltakerne gikk over til en ny type slankemedisin eller avsluttet behandlingen basert på hvor effektiv den var på vekttap og graden av bivirkninger. De samme funnene kunne også Ogden og Sidhu (2006) vise til fra sin studie hvor deltakere som opplevde sterke bivirkninger knyttet til bruken av Orlistat avsluttet behandlingen. Betingelsen for videre bruk kan altså sies å være avhengig av forholdet mellom oppnådd vekttap mot opplevd bivirkning. I takt med utviklingen av nye slankemedisiner med mindre bivirkninger og større potensiale for vekttap, vil man med andre ord se økt etterspørsel og bruk av slankemedisiner i befolkningen; noe statistikken fra norsk apotekforening virker å støtte opp (Soldal, 2023). Opplevelse av bivirkninger på medisiner er dog veldig individuelt, og det er ofte veldig ulikt fra tilfelle til tilfelle.

De to mest effektive slankemedisinene (i prosentvis oppnåelig vekttap) vi har tilgjengelig i Norge er ikke på blå resept ordningen per i dag. Saxenda ble fjernet i februar 2023 og Wegovy ble aldri innvilget som en del av denne ordningen. Den økonomiske kostnaden relatert til å betale for Wegovy og Saxenda medikamentene av egen lomme er svært høy, og kan havne på kr 36.000,- per år (Berg, 2024). Informantene som hadde mulighet til å dekke dette fra egen lomme var samstemte i at dette var noe de ville prioritere høyt. Funnet indikerer altså at den totale effekten av slankemedisin opplevdes som så positivt at de er villig til å stramme inn andre økonomiske utgifter i livet for å få råd til disse slankemedisinene. Wasskog og kolleger konstaterte i 2019 at prisen for overvekt og fedme i Norge årlig koster ca. 70 milliarder kroner (Wasskog et al., 2019). Til sammenligning hentet nordmenn ut slankemedisin med virkestoffet semaglutid til i overkant av 2.4 milliarder kroner i 2023 (Berg, 2024). Dette er naturligvis bare en brøkdel av den antatte kostnaden Wasskog og kolleger har estimert, og reiser spørsmål rundt prioriteringene som legemiddelverket har lagt til grunn for å unnlate Wegovy og Saxenda fra blå resept. Spørsmålet blir selvfølgelig om prislappen på 2.4 milliarder kroner årlig for å ha slankemedisin på blå resept ikke lar seg forsvare når overvekt og fedme koster staten 70 milliarder årlig. Denne tankegangen gikk igjen som en undertone når informantene snakket om

fremtiden til disse medikamentene, selv om tankene primært var til den personlige økonomiske kostnaden til det å fortsette med disse medikamentene.

Med Wegovy og Saxenda borte fra blå resept kan man reise spørsmål om helseforskjellene i Norge også øker. Om man legger til grunn at disse slankemedisinene er så effektive som forskningen gir uttrykk for, vil det alltid være stor etterspørsel. Faren med å ikke tilby disse medikamentene gjennom folketrygden er at kun den delen av befolkningen som har god nok økonomi til å betale for disse selv vil få tilgang, og større sosiale helseforskjeller vil skapes. Dette stemmer godt med FHI sin rapportering om at det allerede er store helseforskjeller i Norge, hvor mennesker med god økonomi og utdanning har langt færre helseproblemer enn de som ikke har det (Syse et al., 2022). Spørsmålet blir om slankemedisin vil skape enda større helseforskjeller gitt omfanget av folkehelseproblemet som er overvekt og fedme.

8.3 Den sosiale støtten i prosessen

Resultatene viser at informantene opplevde støtte og oppfølging fra både fastlege, frisklivssentral og overvektsklinikk underveis i behandlingen med slankemedisin. De ulike instansene hadde ikke nødvendigvis så mye med hverandre å gjøre, men sammen var de en del av helhetspakken med oppfølging som informantene i studien benyttet seg av. For informantene var fastlegen en trygg støttespiller underveis, og prosessen med å få til vektreduksjon og begynne på slankemedisin var som regel etter samtale med legen. Funnene mine står i kontrast til det Juvik og kolleger (2023) fant ut om at fastleger i Norge ikke tar opp overvekt som tema, og mangler initiativ til å snakke om vekt som helseutfordring (Juvik et al., 2023). På en annen side var informantene i Juvik og kolleger sin studie definert som overvektige (BMI mellom 25 og 30 kg/m²), og det er tenkelig at fastlegen har mindre problemer med å snakke om disse temaene til en pasient som har fedme siden potensialet for alvorlige helsekonsekvenser er langt høyere. Det er tenkelig at tilgangen på slankemedisin som et reelt behandlingsalternativ vil føre til at fastlegen oftere tar opp vanskelige temaer som overvekt med pasienten. Dette blir dog bare spekulasjon inntil vi har konkret forskning som kan si noe om fastlegens erfaring med å foreslå slankemedisin til pasienter. Informantene i min studie kunne uansett fortelle om en engasjert fastlege som var støttende til prosessen med vektreduksjon og åpnet muligheten for videre henvisning til både overvektsklinikk og frisklivssentral.

Informantenes oppfølging fra både fastlege, frisklivssentral og overvektsklinikk kan sådan sies å være i samsvar med Empowerment prinsippet utarbeidet av WHO (1986), som de nordiske helsemodellene legger til grunn i behandling av pasienter med langvarige helseproblematikk (Helsedirektoratet, 2018). Mine funn indikerer at informantenes oppfølging fra helsevesenet har bestått av Empowerment innenfor begge dimensjonene som Vågan og Olsson (2018) skriver om. Den relasjonelle dimensjonen som kommunikasjon og samhandling med helsepersonell som f.eks. fastlegen, og den psykologiske dimensjonen gjennom endringsnakk og bevisstgjøring av egne ressurser hos frisklivssentral og overvektsklinikk. Funne står i noe kontrast til det Psarou og Brown (2010) fant i sin studie hvor deltakerne uttrykte å ha blandede følelser til oppfølgingen fra primærhelsetjenesten under behandling med slankemedisin. Deltakerne der savnet blant annet tydeligere informasjon og mer støtte og trygging underveis.

Empowerment handler om å gjøre mennesker i stand til, og gi de evnen til å mestre. Evne til å mestre er et viktig aspekt bak motivasjon ifølge Ryan og Deci (2000). Gjennom oppfølging fra fastlege, frisklivssentral og overvektsklinikk fikk informantene tilstrekkelig kompetanse med ferdigheter og kunnskap til å klare å få til vektreduksjon. De fleste av informantene hadde bred kunnskap om ulike tiltak fra før av også. Det sist grunnleggende aspektet bak motivasjon er tilhørighet, og kan knyttes opp mot det informantene i min studie fortalte om åpenhet relatert til bruk av slankemedisin. Resultatene fra min studie viser at informantene var delt i sin åpenhet om bruken av disse medikamentene. To av de var tilbakeholden med å fortelle om behandlingen til familie, kolleger og venner fordi de tidligere i livet har opplevd stigma og negative holdninger mot kropp og vekt. Tankene var at slankemedisin ville dømmes som den lette utvei og i det hele store en slags quickfix. Stigma mot mennesker som har overvekt og fedme er dessverre veldig vanlig i dagens samfunn noe for eksempel både Ueland (2019) og Brewis og kolleger (2011) har dokumentert tidligere. Begge disse informantene opplevde riktig nok både støtte og positivitet fra familie når de først hadde delt at de hadde begynt på slankemedisin, og var sannsynligvis en viktig del av tilhørighets aspektet for motivasjon.

På en annen side var det også to av informantene i masterstudien min som ikke hadde hatt noe problem med å være åpen om bruken av slankemedisin fra starten av. Lars var veldig åpen av natur om egen helse, og Hege opplevde at slankemedisin hadde blitt en slags «snakkis» mellom

kolleger på jobb, hvor hun selv også fikk inspirasjon til å prøve Wegovy. Det er tenkelig at åpenhet om bruk av temaer som slankemedisin og livsstilsendring har sammenheng med opplevelsen av stigmatisering tidligere i livet. Hvem vil vel dele dette når erfaringen tilsier at man bare møtes med hån og negative kommentarer? Informantene var i alle fall delte om akkurat dette temaet.

8.4 Styrker og svakheter ved studien

Denne masterstudien har noen begrensninger som det er viktig å belyse. Medikamentell behandling av overvekt og fedme er som nevnt i oppgaven et relativt nytt konsept, og særlig om man ser det i lys av gjennombruddet det har sett de siste par årene. Overvekt og fedme som tema er på en annen side ikke nytt, og har en omfattende mengde forskning knyttet til seg. Det er sannsynligvis andre teorier man kan trekke inn eller annet bakgrunnsmateriale man kan redegjøre for i forbindelse med overvekt og fedme, men avgrensninger må gjøres av hensyn til oppgavens omfang og tidsaspekt.

Resultatene fra denne masteroppgaven søker å gi mer innsikt og forståelse for hvordan mennesker med overvekt og fedme erfarer å bruke slankemedisin som et tiltak for å gå ned i vekt. Motivasjonen for å gjøre dette og prosessen med å komme i gang med behandlingen var også viktig å få frem. Til min kunnskap finnes det svært lite kvalitativ forskning på temaet slankemedisin så langt i Norge og verden ellers. Selv om tidligere masteroppgaver om overvekt og fedme nevner medikamentell behandling, er det så vidt jeg vet ingen som har slankemedisin som hovedtema for en masteroppgave så langt. Dette er med på å styrke oppgavens relevans, og ifølge Malterud en indikasjon på at oppgaven tilfører ny kunnskap om temaet (2017, s. 21-22). Funnene fra denne studien kan overføres til andre kontekster hvor kunnskap om tidligere erfaringer med slankemedisin er viktig. Mest av alt er den forhåpentligvis med på å nyansere temaet slankemedisin for de som har interesse for det, om det enten skulle være andre studenter, fagfolk eller vanlige mennesker. Funnene i studien viser også likehetstrekk med tidligere forskning som gir en ekstra trygghet til resultatene. Det er likevel verdt å huske på at slankemedisin som behandlingsmetode er et forskningsfelt det skjer mye i for tiden. I årene som kommer vil vi sannsynligvis se mange flere varianter av disse medikamentene komme og gå på markedet, i tillegg til at de helsepolitiske aspektene kan endre seg drastisk fra status quo i dag.

Metoden har etter min mening egnet seg godt til å besvare problemstillingen jeg ønsket å undersøke i denne masterstudien. Erfaringene, synspunktene og nyansene i det informantene snakket om ville vært vanskelig å finne og få med en annen tilnæringsmetode. Utvalget er lite med bare fire informanter totalt, og ble mindre enn det som opprinnelig var planlagt. Rekrutteringsprosessen viste seg å være vanskeligere enn først antatt, og frafall av en potensiell informant mot slutten var uheldig. Det er riktignok ikke uvanlig med et lite utvalg i kvalitative studier, og Malterud påpeker at så lenge informasjonsstyrken er god vil man danne grunnlag for kunnskapsutvikling (2017, s. 63-66). Til tross for et lite utvalg hadde informantene mine relativt bred erfaring med slankemedisin. Det var både variasjon i hvilken typer av disse medikamentene som hadde blitt brukt, antallet og hvor lenge. Dette førte til lange intervjuer som ga grunnlag for god informasjonsstyrke i studien.

Underveis i intervjuene var jeg påpasselig med å informere godt nok om både formål og rett til å trekke seg uten grunn. Det var særlig viktig å skape en intervjusituasjon som føltes trygg og inkluderende for informantene slik at de kunne snakke fritt om temaet. Intervjuguiden fungerte som god støtte underveis, men også min bakgrunn som fysioterapeut var til hjelp. Intervjuguiden ble også revidert flere ganger noe jeg følte hjalp med å få frem gode åpne spørsmål i intervjuene som var relevant for problemstillingen min. Informantene opplevdes som svært åpne og gavmilde med detaljrike svar og synspunkter underveis. Denne prosessen har bidratt til å styrke denne masterstudiens validitet i tråd med Malteruds prinsipper (2017, s. 23), og ført til at den har besvart problemstillingen på en tilstrekkelig måte.

8.4.1 Behovet for videre forskning

I arbeidet med denne masterstudien har det vært søkt etter tidligere forskning på temaet slankemedisin. Det har vist seg å være manglende kvalitativ forskning på området som søker å forstå erfaringene til menneskene som bruker disse medikamentene. Primærkildene som er henvist til tidligere med Psarou og Brown (2010) og Ogden og Sidhu (2006) er så vidt jeg vet de eneste kvalitative studiene som undersøker disse erfaringene hos voksne mennesker. I og med at slankemedisin har gjennomgått en såpass stor faglige revolusjon de siste par årene er

det dog rimelig å si at disse to studiene er noe foreldet med tanke på at slankemedisinene som var aktuelle der i stor grad er faset ut til fordel for mer effektive varianter i dag.

Det er rimelig å tenke at nyere kvalitativ forskning vil kunne belyse spørsmål som søker å få innsikt i erfaringer med slankemedisin. Kanskje vil det være mer hensiktsmessig å differensiere på hvilken type slankemedisin informantene har brukt, eller gjennomføre en studie på mennesker som har avsluttet behandlingen. Per i dag er det likevel en ganske stor skjevfordeling med størst flertall til forskning som ser på effektmålene til de ulike medikamentene.

9.0 Oppsummering

Formålet med denne masterstudien var å finne ut av hvilke erfaringer mennesker som sliter med overvekt og fedme har med slankemedisin som et tiltak for å gå ned i vekt. Forskningsspørsmålene var: «*Hvilke erfaringer finnes med å bruke slankemedisin hos mennesker med overvekt og fedme?*» og «*Hvilken motivasjon hadde du for å få til vektreduksjon og hvordan kom du i gang med behandlingen?*». Resultatene viser både likhet og forskjell i erfaringene til informantene, med hovedfunn som taler både for og imot slankemedisin som verktøy for å oppnå vektreduksjon.

Informantenes motivasjon for å gå ned i vekt var grunnet i ulike mål og ønsker for livet. Redusert evne til å gjennomføre aktiviteter, jobb og hobbyer var noe av motivasjonen bak ønsket om en lettere kropp. Bedre helse og livskvalitet var også viktig for motivasjonen bak. Informantene snakket om årsakene til motivasjonen på en måte som kan indikere at det var dyp indre motivasjon til stede (Ryan og Deci, 2000).

Resultatene indikerte at informantene hadde forsøkt flere ulike tiltak for å gå ned i vekt tidligere, og kunne sådan sies å ha bred kunnskap om hvordan man kunne lykkes med det. Mange hadde også hatt god suksess med utprøvde tiltak, og fått til betydelig vektreduksjon før slankemedisin ble et tema. Et av funnene var at informantene hadde vanskelig med å holde seg til vedlikeholdsfasen i endringshjulet (Prochaska & DiClemente, 1982) med disse tradisjonelle

tiltakene for vektreduksjon, og at de ofte endte opp med tilbakefall og vektoppgang igjen. Slankemedisin hadde innvirkning på denne prosessen og gjorde det lettere å forholde seg til begrensninger og måtehold i kostholdet siden sultfølelsen ble langt mindre enn tidligere. Mindre sultfølelse førte til bedre kontroll over porsjonsstørrelsen til ulike måltider. Resultatet av dette ble at informantene gikk ned i vekt, og opplevde sådan den medisinske effekt de ulike slankemedisinene markedsføres med. Effektene av behandlingen førte til ytterligere motivasjon for livsstilsendring, og større autonomi over aspektene i livet som påvirket vekten i tråd med selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2000). Informantene ga også uttrykk for bedre humør og overskudd som følge av vektreduksjon.

Et annet funn var at betingelsen for videre bruk av slankemedisin er avhengig av forholdet mellom oppnådd vekttap sett opp mot opplevd bivirkning. To av informantene hadde opplevd sterke bivirkninger relatert til det første medikamentet de brukte, og endte opp med å avslutte behandlingen, og heller prøve et nyere medikament (Wegovy). Dette samsvarer med tidligere kvalitativ forskning på slankemedisin (Psarou & Brown, 2010). Med Wegovy og Saxenda utilgjengelig gjennom folketrygden betød dette at informantene fremover må betale for disse medikamentene av egen lomme. Et av funnene var knyttet til at den totale effekten med å bruke slankemedisin opplevdes som så positivt; at kostnaden for å dekke dette av egen lomme var verdt det. Det var samtidig tydelig enighet fra alle informantene om at disse medikamentene burde være tilgjengelig gjennom blå resept. De var dog enig i at slankemedisin burde være forbeholdt mennesker som virkelig sliter med overvekt og fedme, og at andre livsstilsrelaterte tiltak må gjennomføres samtidig med bruk av slankemedisin.

Avslutningsvis var det tydelig at informantene opplevde oppfølgingen fra både fastlege frisklivssentral og overvektsklinikk som svært nyttig og viktig i prosessen med vektreduksjon og behandlingen med slankemedisin. Funn indikerte at de hadde opplevd empowerment (WHO, 1986) fra disse tre ulike helsetilbudene gjennom støtte og trygging og informasjon som gjorde de i stand til å mestre prosessen med å gå ned i vekt. Informantene uttrykte delte meninger om det å være åpen om bruken av slankemedisin til familie, venner og kolleger. Tidligere opplevelse med hets og stigma relatert til vekt og kropp virket å være en avgjørende faktor for hvor åpen de var.

Referanseliste

- Alruwaili, H., Dehestani, B., & le Roux, C. W. (2021). Clinical Impact of Liraglutide as a Treatment of Obesity. *Clinical Pharmacology*, 13. 53-60.
<https://doi.org/10.2147/cpaa.S276085>
- Anderssen, H. (2024, 19. februar). FDA godkjenner ny slankemedisin som vil konkurrere med Wegovy. *HealthTalk*. <https://www.healthtalk.no/fedme-og-overvekt/fda-godkjenner-ny-slankemedisin-som-vil-konkurrere-med-wegovy/179959?noLog=1&noLog=1>
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis* (1. utg.). Gyldendal akademisk
- Backman, I. (2023, 30. juni). Beyond Ozempic: Trials Hold Promise of Highly Effective Obesity Drugs. *Yale School of Medicine*. <https://medicine.yale.edu/news-article/beyond-ozempic-trials-hold-promise-for-highly-effective-obesity-drugs/>
- Beaney, A. (2023, June 30). Obesity: Six trials to watch over the next 12 months. *Clinical Trials Arena*. <https://www.clinicaltrialsarena.com/features/obesity-trials-to-watch/>
- Berg, L., (2024, 02. februar). En type legemiddel bak halvparten av omsetningsveksten i 2023. Apotekforeningen. <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/%C3%A9n-type-legemiddel-bak-halvparten-av-omsetningsveksten-i-2023>
- Berg, T. J. (2024, 17. januar). Ozempic, Wegovy og snart Mounjaro - slutten på de mislykkede slankekurene? *Oslo Universitetssykehus*. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/ekspertsykehuset/ozempic-wegovy-og-snart-mounjaro---slutten-pa-de-mislykkede-slankekurene/>
- Bolstad, B. (2022, 08. desember). Motivasjonsteori: Selvbestemmelse og tre grunnleggende behov. *Universitetet i Oslo*.
<https://www.uv.uio.no/forskning/satsinger/fiks/kunnskapsbase/elevmedvirkning/relevans-og-motivasjon/33-selvbestemmelse-og-tre-grunnleggende-behov.html>
- Borge L., Christiansen, B., Fagermoen, M. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning*, 7(1). 14-20.
<http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0024>

- Brewis, A. A., Wutich, A., Falletta-Cowden, A., & Rodriguez-Soto, I. (2011). Body norms and fat stigma in global perspective. *Current Anthropology*, 52(2). 269-276.
<https://doi.org/10.1086/659309>
- Catford, J. (2011). Ottawa 1986: back to the future. *Health Promotion International*, 26. 163-167. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar081>
- Chakhtoura, M., Haber, R., Ghezzawi, M., Rhayem, C., Tcheroyan, R., & Mantzoros, C. S. (2023). Pharmacotherapy of obesity: an update on the available medications and drugs under investigation. *eClinicalMedicine*, 58.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101882>
- Doeland, E. M. (2023, 03. november). *En av tre har kroniske magesmerter etter fedmeoperasjon*. Institutt for klinisk medisin – UiO.
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2023/en-av-tre-har-kroniske-magesmerter-etter-fedmeoperasjon.html>
- Edmekong, P. F., Bomgaars, D. L., Sukumaran, S., & Schoo, C. (2023). Activities of Daily Living. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
- Felleskatalogen. (2023a, 07. juli). *Mysimba*.
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/mysimba-orexigen-642598> (Hentet: 05. februar, 2024)
- Felleskatalogen. (2023b, 25. september). *Saxenda*.
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/saxenda-novo-nordisk-658699> (Hentet: 05. februar, 2024)
- Finbråtenn, H. S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 97(5). 60-63.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0009>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 16. februar). *Overvekt og fedme blant voksne (indikator 14)*.
<https://www.fhi.no/is/ncd/overvekt/voksne/?term=>
- Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De Nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4). 331–362. <https://doi.org/10.1002/job.322>

- Ghusn, W., De la Rosa, A., Sacoto, D., Cifuentes, L., Campos, A., Feris, F., Hurtado, M. D., & Acosta, A. (2022). Weight Loss Outcomes Associated With Semaglutide Treatment for Patients With Overweight or Obesity. *JAMA Network Open*, 5(9), e2231982–e2231982. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.31982>
- Gulinac, M., Miteva, D. G., Peshevska-Sekulovska, M., Novakov, I. P., Antovic, S., Peruhova, M., Snegarova, V., Kabakchieva, P., Assyov, Y., Vasilev, G., Sekulovski, M., Lazova, S., Tomov, L., Velikova, T. (2023). Long-term effectiveness, outcomes, and complications of bariatric surgery. *World Journal of Clinical Cases*, 11(19). 4504–4512. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i19.4504>
- Hall, K. D., Farooqi, I. S., Friedman, J. M., Klein, S., Loos, R. J., Mangelsdorf, D. J., O’Rahilly, S., Ravussin, E., Redman, L. M., Ryan, D. H., Speakman, J. R., Tobias, D. K. (2012). The energy balance model of obesity: beyond calories in, calories out. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 115(5). 1243-1254. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac031>.
- Hassel, T. M. & Johansen, E. (2023, 06. august). Har gått ned 12 kilo på tre måneder: – Medisinen har endret livet mitt. *Nettavisen*. <https://www.nettavisen.no/nyheter/har-gatt-ned-12-kilo-pa-tre-maneder-medisinen-har-endret-livet-mitt/s/5-95-1241276>
- Helfo. (2024, 11. januar). *Fedmelegemidler på blå resept*. <https://www.helfo.no/lege/blaareseptordningen/fedmelegemidler-pa-bla-resept>
- Helsedirektoratet. (2017, 07. mars). *Motiverende intervju som metode*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode#teorigrunnlagbakmi>
- Helsedirektoratet. (2018). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten (IS-1735)*. [Overvekt og fedme hos voksne – Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/overvekt-og-fedme-hos-voksne)
- Helsedirektoratet. (2022a, 30. januar). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*. <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. (2022b). Veileder for kommunale frisklivssentraler Etablering, organisering og tilbud (IS-1896). [Kommunale frisklivssentraler – Etablering, organisering og tilbud – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Helsenorge. (2022, 10. desember). *Sykelig overvekt*.
<https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/sykelig-overvekt>
- Helsenorge. (2023). *Livsstilsendring og vektreduserende medisiner*.
<https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/sykelig-overvekt/livsstilsendringer-og-vektreduserende-medisiner>
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., Peters, J. C. (2013). The Importance of Energy Balance. *European Endocrinology*, 9(2). 111-115.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6003580/>
- Hjælmesæth, J. (2007). Sykelig fedme på alvor. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 127(14). <https://tidsskriftet.no/2007/01/leder/sykelig-fedme-pa-alvor>
- Hjælmesæth, J., Lund, R. S., Sagen, J. L., Valderhaug, T. G. (2022). Vektreduserende medisiner – for hvem, hvordan, hvor lenge?. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 142. <https://tidsskriftet.no/2022/04/fra-fagmiljoene/vektreduserende-medisiner-hvem-hvordan-hvor-lenge>
- Hofsø, D., Aasheim, E. T., Søvik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R., Aas, A. T., Kristinsson, J., Hjælmesæth, J. (2011). Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 131(19). 1887-1892.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1463>
- Imre, O., & Toprak, S. S. (2023). The Relationship Between Obesity and Self-Esteem. *Eastern Journal of Medicine*, 28(4). 772-777. <https://doi.org/10.5505/ejm.2023.99710>
- Juvik, L. A., Eldal, K., & Sandvoll, A. M. (2023, February). Personar med overvekt sine erfaringar i møte med fastlegen – ein kvalitativ studie. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0528>
- Killingbergtrø, S. T., Hilanmo, L. V., Sanne, T. A. (2024, 01. mars). Linn Therese (28) gikk ned 60 kilo med slankesprøyter. *Aftenposten*.
<https://www.aftenposten.no/norge/i/pQoQ4W/linn-therese-28-gikk-ned-60-kilo-med-slankesproeyter>

- Korban, E. T. & Bonsaksen, T. (2014). Riktig strategi til riktig tid. *Ergoterapeuten*, 2. 34-42.
<https://www.ergoterapeuten.no/fag-og-vitenskap/fagartikler>
- Kværnerm, A. S., Svendsen, K., Olsen, T. (2022). Ny teori utfordrer den tradisjonelle energibalansmodellen – men møter kritikk fra fagmiljøet. *Norsk tidsskrift for ernæring*, 20(2). 39-45. <https://doi.org/10.18261/ntfe.20.2.8>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2022). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. Utg.). Gyldendal
- Lilleeng, S. (2023, 29. august). Nordmenn har kjøpt slanke-medisiner for over 420 millioner i år. *NRK*. <https://www.nrk.no/trondelag/nordmenn-har-kjopt-slankemedisiner-som-wegovy-og-saxenda-for-over-420-millioner-bare-i-ar-1.16523773>
- Ludwig, D. S., Aronne, L. J., Astrup, A., de Cabo, R., Cantley, L. C., Friedman, M. I., Heymsfield, S. B., Johnson, J. D., King, J. C., Krauss, R. M., Lieberman, D. E., Taubes, G., Volek, J. S., Westman, E. C., Willett, W. C., Yancy, W. S., Ebbeling, C. B. (2021). The carbohydrate-insulin model: A physiological perspective on the obesity pandemic. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 114(6). 1873–1885.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab270>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utg.). Universitetsforlaget
- Meland, E., & Sandal, G. B. (2021). Motivasjon og selvbestemmelse. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 141. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.1009>
- Meld. St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga. Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>
- Meyer, H. E. & Bergh, I. H. (2023, 20. oktober). *Overvekt og fedme i Noreg*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term=#om-overvekt-og-fedme>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press.

- Moradi, M., Mozaffari, H., Askari, M., & Azadbakht, L. (2020). Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 62(2). 555-570.
<https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1823813>
- Müller, T. D., Blüher, M., Tschöp, M. H., & DiMarchi, R. D. (2022). Anti-obesity drug discovery: Advances and challenges. *Nature Reviews Drug Discovery*, 21. 201–223.
<https://www.nature.com/articles/s41573-021-00337-8#citeas>
- Nordeng, H. (2024, 11. mars). *GLP-1-analoger*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/GLP-1-analoger>
- Norsk Helseinformatikk. (2021, 19. juli). *Fedmeoperasjon*.
<https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/overvekt-og-kosthold/slankeoperasjoner?page=all>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2023). *L3.1.2 Inkretinmimetika (GLP-1-agonister)*.
[https://www.legemiddelhandboka.no/L3.1.2/Inkretinmimetika_\(GLP-1-agonister\)](https://www.legemiddelhandboka.no/L3.1.2/Inkretinmimetika_(GLP-1-agonister))
(Hentet: 04. februar, 2024)
- NOU 1998: 18. (1998). Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000dddpdfa.pdf>
- Nymoen, O. C. (2023, 24. mai). Ny slankemedisin vekker oppsikt: Banebrytende. *Nettavisen*.
<https://www.nettavisen.no/nyheter/ny-slankemedisin-vekker-oppsikt-banebrytende/s/5-95-1112715>
- O’Connell, D., & Velicer, W. F. (1988). A Decisional Balance Measure and the Stages of Change Model for Weight Loss. *International Journal of the Addictions*, 23(7). 729–750. <https://doi.org/10.3109/10826088809058836>
- Oddy, D. J. & Atkins, P. J. (2009). *The Rise of Obesity in Europe: A Twentieth Century Food History*. Ashgate Publishing

- Ødegård, S. L. (2024). Tirzepatid (Mounjaro, Zepbound) – ny slankemedisin på resept. *Helseresepten*. <https://www.helseresepten.no/artikkel/tirzepatid-mounjaro-zepbound---ny-slankemedisin-pa-resept-2>
- Ogden, J., & Sidhu, S. (2006). Adherence, behavior change, and visualization: A qualitative study of the experiences of taking an obesity medication. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.017>
- Olafsen, A. H. (2018). Selvbestemmelsesteorien: Et differensiert perspektiv på motivasjon i arbeidslivet. *Magma*, 2, 54-61. https://selfdeterminationtheory.org/wp-content/uploads/2019/06/2018_Olafsen_MAGMA.pdf
- Olsson, S. V., Gundersen, A. R., Aden, A., Solvang, F., Storhaug, S. (2023, 17. april). Gikk ned 20 kg – mener flere bør få fedmemedisin. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/gikk-ned-20-kg--mener-flere-bor-fa-fedmemedisin-1.16372784>
- Pérez, F. (2022, 27. desember). Den transteoretiske modellen for endring av Prochaska og DiClemente. *Utforsk Sinnet*. <https://utforsksinnet.no/den-transteoretiske-modellen-for-endring-av-prochaska-og-diclemente/>
- Phelps, N. H., Singleton, R. K., Zhou, B., Heap, R. A., Mishra, A., Bennett, J. E., Paciorek, C. J., Lhoste, V. P., Carrillo-Larco, R. M., Stevens, G. A., Martinez, A. R., Bixby, H., Bentham, J., Cesare, M., Danaei, G., Rayner, A. W., Barradas-Pires, A., Cowan, M. J., Savin, S., ... Ezzati, M. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 403(10431), 1027-1050. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- Prochaska, J. & DiClemente, C.C. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, 276-288. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

- Psarou, A., & Brown, I. (2010). Patients' experiences of prescribed anti-obesity drugs and perceptions of support from primary care: A qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 11(3), 250-259.
<https://doi.org/10.1017/S1463423610000083>
- Ruiz, P. L-D., Karlstad, Ø., Nøkleby, K., Slåtsve, K., Gulseth, H. L., Meyer, H. E., Sveen, K. A., Qvigstad, E., Furu, K. (2024). Pharmacological treatment of obesity in adults in Norway 2004–2022. *Diabetes Obesity and Metabolism*, 26(6), 2102-2110.
<https://doi.org/10.1111/dom.15515>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
 doi:10.1006/ceps.1999.1020
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2002). Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective. *Research Gate*.
https://www.researchgate.net/publication/303169056_An_overview_of_self-determination_theory_An_organismic_dialectical_perspective
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press.
<https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Rydning, E. (2023, 23. oktober). Rift om populær slankemedisin: Presset øker mot legen. *VG*.
<https://www.vg.no/nyheter/i/WRMQKK/den-populaere-slankemedisinen-ozempic-preset-oeker-mot-legene>
- Sandvik, J., Laurenus, A., Näslund, I., Videhult, P., Wiren, M., Aasheim, E. T. (2018). Nordiske retningslinjer for oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1106>
- Sandvik, J., Laurenus, A., Näslund, I., Videhult, P., Wiren, M., & Aasheim, E. T. (2018). Nordiske retningslinjer for oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1106>
- Soldal, J. (2023, 17. april). *Stor økning i omsetningen av midler som brukes mot overvekt*. Apotekforeningen. <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/stor-%C3%B8kning-i-omsetningen-av-midler-som-brukes-mot-overvekt>

- Søreide, K. (2024, 07. mars). *Fedmeoperasjon*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/fedmeoperasjon>
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?
Tidsskrift for Den norske legeforening, 121.
<https://tidsskriftet.no/2001/02/kronikk/hvordan-stimulere-til-helsefremmende-atferd>
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 122. 2379-2383. <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>
- Statens legemiddelverk. (2019). *Ozempic (semaglutid) til behandling av type 2 diabetes mellitus*. (SLV 18/07830). https://www.dmp.no/globalassets/documents/Offentlig-finansiering-og-pris/Metodevurderinger/O/Ozempic_T2D_2019.pdf
- Stranden, A. L. (2023, 25. januar). Fedmeekspert: – Hårreisende at pasienter ikke får dekket ny slankemedisin. *Forskning.no*. <https://www.forskning.no/fedme-medisiner-overvekt/fedmeekspert-harreisende-at-pasienter-ikke-far-dekket-ny-slankemedisin/2144048>
- Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand, B. H., & Næss, Ø. E. (2022). Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/?term=#om-sosiale-forskjeller-i-helse>
- Tchang, B. G., Aras, M., Kumar, R. B., & Aronne, L. J. (2021, 02. august). *Pharmacologic Treatment of Overweight and Obesity in Adults*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279038/>
- Tveito, K. (2023).. Nålen som slanker. *Tidsskriftet den Norske Legeforeningen*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0304>
- Ueland V. (2019). Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme. *Sykepleien Forskning*, 14(77012). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.77012>
- Vågan, A. & Olsson, A. B. (2018). *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse* (NK LMH 1). Nasjonal kompetansetjeneste for læring og

mestring innen helse. https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/06/Rapport-begreper-og-teorier_ENDELIG.pdf

Wadden, T. A., Bailey, T. S., Billings, L. K., Davies, M., Frias, J. P., Koroleva, A., Lingvay, I., O’Neil, P. M., Rubino, D. M., Skovgaard, D., Wallenstein, S. O. R., & Garvey, W. T. (2021). Effect of Subcutaneous Semaglutide vs Placebo as an Adjunct to Intensive Behavioral Therapy on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 325(14). 1–11.

<https://doi.org/10.1001/jama.2021.1831>

Wasskog A, Aamo, L. H., Lind, A., Myklebust, L., Stormo, K., Skogli, E. (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader*. (Menon-publikasjon nr. 9).

Menon Economics. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>

Wilding, J. P. H., Batterham, R. L., Calanna, S., Davies, M., Van Gaal, L. F., Lingvay, I., McGowan, B. M., Rosenstock, J., Tran, M. T. D., Wadden, T. A., Wharton, S., Yokote, K., Zeuthen, N., & Kushner, R. F. (2021). Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *New England Journal of Medicine*, 384(11). 989-1002.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183>

World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. Genève.

World Health Organization. (2021, 01. Juni). *Obesity*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>

World Health Organization. (2024, 01. mars). *Obesity and overweight*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide	
Informasjon til deltaker	<ul style="list-style-type: none"> • Formålet med studien • Anonymisering av deg som deltaker • Opptak av intervjuet • Anslått tid intervjuet vil ta
Forskningsspørsmål/tema	Intervjuspørsmål/stikkord
Bakgrunn og årsak til vektøstgang	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du si litt om din bakgrunn for hvorfor du endte opp med å legge på deg?
Motivasjon for livsstilsendring	<ul style="list-style-type: none"> • Når begynte du å få tanker om at du ønsker å redusere vekten din? • Kan du si litt om motivasjonen din for å gjøre det? • Hvilke tiltak har du prøvd ut tidligere? • Føler du at du har hatt suksess med tidligere forsøk? • Har du noen mål eller ønsker for fremtiden relatert til livsstil og vekt?
Introduisert for slankemedisin	<ul style="list-style-type: none"> • Når og hvor hørte du først om slankemedisin? • Hvordan kom du så i gang med behandlingene?
Hvordan det er å bruke det	<ul style="list-style-type: none"> • Når begynte du å kjenne effekten av medikamentet? • Hvordan gjenspeilte bruken av slankemedisin seg i kostholdet ditt? • Opplevde du noen bivirkninger underveis? • Hvordan har den økonomiske situasjonen rundt slankemedisin påvirket deg? • Noen tanker rundt disse medikamentene og blå resept ordningen?
Opplevelse av støtte	<ul style="list-style-type: none"> • I hvor stor grad opplevde personen samarbeid og støtte fra familie og andre underveis? • Oppfølging fra helsevesenet på noen som helst måte? • Blå resept ordningen eller betale for medisinen av egen lomme.
Avslutningsvis	<ul style="list-style-type: none"> • Er det noe du ønsker å legge til/utdype om det vi har snakket om tidligere i intervjuet? • Noe annet du vil fortelle om som vi ikke har snakket om? • Hvordan synes du det har vært å bli intervjuet?
Oppsummering	<p>Oppsummere svar fra hovedspørsmål</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er innholdet i samtalen forstått riktig? • Har intervjukandidaten noe hen ønsker å legge til eller korrigere?

Vedlegg 2: Informasjon og samtykkeskjema

Ønsker du å delta i forskningsprosjektet med tema:

«Hvilke erfaringer finnes med å bruke slankemedisin hos mennesker med overvekt og fedme»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer som finnes med å bruke slankemedisin hos mennesker med overvekt og fedme for å få til vektreduksjon. I dette skrivet vil det bli gitt informasjon om blant annet målene for prosjektet hva en eventuell deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Bruken av slankemedisiner har blitt svært populært de siste årene, og prosjektets formål er å frembringe mer kunnskap og forståelse for hvordan mennesker opplever å bruke disse medikamentene for å få til vektreduksjon. Prosjektet er tilknyttet en mastergradsavhandling ved Master i folkehelsevitenskap ved Norges Miljø og Biovitenskapelige Universitet (NMBU) i Ås.

Forskningsspørsmålet som jeg skal analysere er:

«Hvilke erfaringer finnes med å bruke slankemedisin hos mennesker med overvekt og fedme?»

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

NMBU – Norges Miljø og Biovitenskapelige Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet vil det innebære at du deltar i et intervju som gjennomføres enten fysisk eller digitalt. Intervjuet vil ha en varighet på omtrent 1 time. Intervjuet vil inneholde spørsmål om dine erfaringer og opplevelser med å bruke medikamenter mot overvekt og fedme (slankemedisin). Dataene vil samles inn gjennom lydopptak og skriftlige notater.

Det er frivillig å delta

Det er helt frivillig å delta i prosjektet. Skulle du velge å delta, kan du når som helst trekke tilbake samtykket uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke være noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ivaretagelse av ditt personvern – hvordan oppbevaring og bruk av dine opplysninger vil håndteres

Dine opplysninger vil kun brukes til formålene som er beskrevet i dette skrevet. Alle opplysninger vil behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Intervjuet vil spilles inn og lagres på en slik måte at kun masterstudent Jonas Jeremiassen og veildere Hilde Sylliaas vil ha tilgang til informasjonen du har oppgitt.
- Opptaket vil slettes så snart det er skrevet ned og anonymisert. Som deltaker vil du ikke kunne gjenkjennes i transkribert materiale eller i ferdig masteroppgave.
- Kun undertegnede får tilgang til personopplysninger, og disse vil lagres gjennom Nettskjema som er en tjeneste for oppbevaring av sensitive personopplysninger utviklet av UiO og godkjent av datalagringstilsynet.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Alle svar og data fra oppgaven slettes når prosjektet er avsluttet, senest juni 2024.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til:

- Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av disse opplysningene
- Å få rettet opplysninger om deg som du mener ikke er representativt eller misvisende
- Å få slettet personopplysninger om deg

Hvis du ønsker å delta i dette forskningsprosjektet, eller har andre spørsmål relatert til deltakelse, ta kontakt med:

- NMBU ved masterstudent Jonas Jeremiassen, e-post: [REDACTED], eller veileder Hilde Sylliaas e-post: [REDACTED]

Med vennlig hilsen

Jonas Jeremiassen
(Student)

Hilde Sylliaas
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter herved at jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Erfaringer med å bruke slankemedisin som behandlingsmetode mot overvekt og fedme i en livsstilendrende prosess», og samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway