

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Personar med overvekt sine erfaringar med eigen utsjånad og risiko for negativ vektutvikling

[Lill Anette Juvik](#)

Sjukepleiar og ph.d.-stipendiat

Helse Førde HF og Program for helse, funksjon og deltaking, Høgskulen på Vestlandet

[Anne Marie Sandvoll](#)

Sjukepleiar, professor og forskar

Institutt for helse- og omsorgsvitskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Førde

[Kvalitativ metode](#)

[Forebyggende helsearbeid](#)

[Helserisiko](#)

[Fedme](#)

Sykepleien Forskning 2023;18(93796):e-93796

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.93796](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.93796)

Sammendrag

Bakgrunn: Overvekt er ikkje forbunde med same helserisiko som fedme, men kan for nokon vere eit forstadium til fedme. Helsearbeidarar kan spele ei viktig rolle med å førebygge vektauke og helserisiko for personar med overvekt. Eit viktig steg for å kunne gje betre førebyggjande helsehjelp er å skaffe kunnskap om temaet frå eit førstehandsperspektiv.

Føremål: Vi ønskte å få auka innsikt og djupare forståing i korleis personar med overvekt erfarer eigen utsjånad og risiko for negativ vektutvikling.

Metode: Individuelle semistrukturerte intervju vart gjennomførde med åtte informantar: fem kvinner og tre menn i alderen 20–48 år. Analysen vart gjennomført trinnvis gjennom systematisk tekstkondensering, inspirert av fenomenologi.

Resultat: Eit sentralt funn i studien var at overvekt vart kopla til utsjånad. Dette gav størst utfordring og bekymring med å vere overvektig og kunne verke inn på fleire område i livet. Blant unge vaksne var det fråvær av bekymringar knytt til risiko for vektauke i framtida og helserisiko som kan følgje av det. Innsikt i helserisiko og årsakssamanhengar var varierende, og generelt lågare blant unge vaksne. Erfaring med vektreduksjon gav informantane innsikt, men også auka bekymring for vektauke og eiga helse.

Konklusjon: Studien syner at fokuset på utsjånad knytt til overvekt var dominerande, medan det var langt mindre merksemd på og bekymringar for negativ utvikling av fedme og helserisiko. Vidare syner studien eit behov for auka helsekompetanse hos informantane. Helsepersonell har ei viktig oppgåve i å hjelpe den enkelte til å auke helsekompetansen sin og slik få betre føresetnader for å treffe gode livsval og førebygge fedme og helserisiko.

Introduksjon

Overvekt vert ofte nytta som samleomgrep for overvekt og fedme av ulik grad. Tilstandane skil seg frå kvarandre med omsyn til prognose og behandling (1). Verdsheelseorganisasjonen (WHO) sin skala basert på kroppsmasseindeks (KMI eller BMI) vert nytta for å skilje overvekt og fedme (1).

Overvekt med KMI mellom 25 og 29,9 er ikkje forbunde med same helserisiko som fedme, men kan for nokon vere eit forstadium. Fedme (KMI > 30) er ein kronisk sjukdom som aukar risikoen for ei rekkje sjukdomar og kan skape alvorlege problem for helse, trivsel og livskvalitet (1). Noreg har fleire overvektige enn normalvektige, og høgare førekomst av fedme enn gjennomsnittet for andre europeiske land (2, 3).

Tidlegare forsking omhandlar ofte erfaringar med fedme. Oversikta til Farrell og medarbeidarar (4) omhandla utviklinga av fedme, avgrensing av livet, skam og skuld, erfaringar knytt til utvikling av fedme, verknaden på dagleglivet, dommen dei vert utsette for, og erfaringar med å få tilgang til eller prøve å få tilgang til behandling. Ein finn fleire eksistensielle utfordringar hjå personar som lever med fedme (5, 6) og forsøker å overkomme skam som følgje av sjølvstigma (7). Stigmatisering frå helsepersonell er ei vanleg erfaring, noko som utgjør ein trussel mot helse og velvære (8). Kunnskap og opplæring av helsepersonell om årsaker og kompleksitet knytt til overvekt er difor etterlyst (8).

Då overvekt har samanheng med fedme (9), er det sentralt å utforske erfaringane til personar med overvekt. Bruåsdal (10) såg på samanhengen mellom overvekt og skam, og fann at skam vert opplevd både som blikket frå omverda, og som ei indre fordømming av seg sjølv. Skamma førte til at fysiske og sosiale aktivitetar vart valde bort, og førte til avgrensing i livet.

Garip og Yardley (11) si oversikt synte at helseproblem var relatert til vekt og ønske om å førebygge framtidige helseutfordringar. Sjølvoppfatning og kroppsbilete var relatert til vekt og vektkontroll på ulike vis. Nokre studiar identifiserte overvektige kvinner med positiv sjølvoppfatning, medan andre viste at overvektige hadde negative kjensler i samband med vekta si. Negativ sjølvoppfatning kunne motivere til vektkontroll, som vidare kunne forbetre sjølvoppfatninga (11).

Etter det vi kan sjå, eksisterer det førebels lite kunnskap om korleis menneske med overvekt erfarer og tenker kring eigen utsjånad, vektutvikling og helserisiko. Studiar på vektrelaterte bekymringar, åtferd og erfaringar for unge vaksne er etterlyst (9).

Ettersom overvekt og fedme aukar sterkt i befolkninga, er det behov for ein samla og forsterka innsats for førebygging i samfunnet (1, 3). Å førebygge vektauke og helserisiko hos personar med overvekt kan ha stor tyding for den enkelte, og i tillegg gje store samfunnsvinstar (3). For å utvikle førebyggjande helsearbeid på området er det sentralt å få kunnskap om erfaringar med overvekt.

Hensikta med studien

Hensikta med studien var å få auka innsikt i og ei djupare forståing av korleis personar med overvekt erfarer eigen utsjånad og risiko for negativ vektutvikling.

Metode

Studien har eit kvalitativt design med individuelle intervju av åtte personar. Vi rekrutterte gjennom oppslag ved utdanningsinstitusjonar, treningssenter, private aktørar knytt til endring av livsstil, legekontor og vidare gjennom snøballteknikk (12).

Alle informantane hadde kroppsmasseindeks klassifisert som overvekt etter WHO sin skala, seks i øvre del og to i nedre del. Informantane hadde utvikla overvekt i ung alder. Tre hadde utvikla fedme som unge vaksne og hadde hatt vektreduksjon dei siste fem til sju åra, med påfølgande stabil vekt (tabell 1). Vi rekrutterte frå tre landsdelar, der både by og land var representert.

Tabell 1. Utvalet i studien

Kjønn	Alder	Kode	Grad av KMI mellom 25 og 30	Presisering av vekthistorikk	Utdanning	Rekruttering	Landsdel
Mann	22	1	Høg	Utvikla overvekt frå midten av tenåra og som unge vaksne.	Yrkes-utdanning	Snøballteknikk	By i Trøndelag
Mann	26	2	Høg		Yrkes-utdanning	Privat aktør	By i Trøndelag
Kvinne	48	3	Høg		Høgare utdanning	Privat aktør	Bygd på Vestlandet
Kvinne	20	4	Høg		Student	Utdannings-institusjon	By på Vestlandet
Kvinne	41	5	Høg	«Jo-jo-slankar». Variasjon i vekt.	Høgare utdanning	Utdannings-institusjon	Bygd på Vestlandet
Mann	41	6	Høg	Utvikla fedme som unge vaksne. Vektnedgang fem til sju år attende i tid. Stabil vekt etter vektnedgang.	Høgare utdanning	Privat aktør	By på Østlandet
Kvinne	34	7	Låg		Yrkes-utdanning	Privat aktør	Tettstad på Østlandet
Kvinne	42	8	Låg		Yrkes-utdanning	Privat aktør	By på Vestlandet

Forkortingar: KMI = kroppsmasseindeks

Intervju

Intervjuguiden hadde overordna tema og forslag til oppfølgingsspørsmål. Fyrsteforfattar intervjuar informantane. Alle intervju starta med introduksjonsspørsmålet: «Kan du fortelje om dine erfaringar med overvekt?» Dette gav informantane rom til å fortelje si historie og komme inn på tema som var med på å belyse problemstillinga. Deretter vart det følgd opp med spørsmål om eigen situasjon knytt til helse og livsstil, i notid og framtid, og tankar kring overvekt.

Intervjua varte frå 45–90 minuttar. Intervjuar var aktiv i å støtte informantane til å uttrykke og få fram eigne forteljingar. For å sikre variasjon stilte intervjuar oppfølgingsspørsmål for å finne ut om det var andre situasjonar der informantane fekk ei anna oppleving (12). Spørsmål og ord som «kan du fortelje meir?», «kva tenkte du?», «korleis?» og «på kva måte?» vart nytta for å få større forståing. Dette gav konkrete eksempel på situasjonar og resulterte i rikhaldig data om tema og tilfredsstillande informasjonsstyrke for utvalet (12).

Intervjua vart tekne opp digitalt og transkriberte rett etterpå for å ha den sosiale og emosjonelle stemninga friskt i minne. Datamaterialet var på 162 A4-sider med enkel linjeavstand.

Analyse

Vi brukte Malterud si tilnærming for systematisk tekstkondensering inspirert av fenomenologisk analyse (12). Vi danna oss eit heilskapleg inntrykk ved å lese heile materialet og identifiserte førebels tema, til dømes «Eigen situasjon» som vist i tabell 2. Vidare las vi materialet linje for linje for å identifisere meningsberande einingar, som vart grundig diskuterte og koda.

Kodegrupper med undergrupper blei vidare diskuterte og løfta til eit abstrahert meningsinnhald i kategoriar. Vi samanfatta materialet i ein analytisk tekst, illustrert med gullsitat. Slik beskreiv vi dei mest relevante sidene, fellestrekk og variasjonar i materialet. Resultatkategoriane fekk overskrifter som samanfatta innhaldet.

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen

Tema	Meningsberande einingar	Kodar	Kategori
Eigen situasjon	«Føler meg ikkje akkurat som ein lekkerbiskken.» «Har vel sånn ... litt lite trua på meg sjølv.» «Så er berre ubehaget der når eg er for tung.» «Lager meg unnskyldningar for å sleppe å delta.»	Utsjånad Negative kjensler Deltakande i aktivitetar	Negative kjensler knytt til misnøye med eigen utsjånad

Etiske vurderingar

Studien har naudsynte godkjenningar frå Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), referansenummer 203664, og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle informantane gav skriftleg samtykke. Materialet er aidentifisert før publisering.

Resultat

Gjennom analysen kom vi fram til tre kategoriar: «Negative kjensler knytt til misnøye med eigen utsjånad», «Få bekymringar for negativ vektutvikling og helserisiko» og «Kunnskap og erfaring gav innsikt og auka bekymring».

Negative kjensler knytt til misnøye med eigen utsjånad

Alle informantane hadde utvikla overvekt i forholdsvis ung alder, frå midten av tenåra og som unge vaksne. Nokre skildra seg sjølv som «litt store barn». Ved overvekt var det eigen utsjånad informantane trekte fram som største utfordring. Dei fleste hadde ei oppfatning av at eigen utsjånad var mindre fin relatert til overvekt, og at utsjånaden kunne betrast ved vektreduksjon:

«Eg føler meg ikkje akkurat som ein lekkerbiskken når magen tyt ut og knappane sprett opp. Sjølv sagt kan eg tenke meg å sjå betre ut. Kven vil vel ikkje det?» (informant 2)

Opplevinga av å ikkje sjå bra ut førte til lågare sjølvkjensle og dårlegare sjølvtilitt på fleire område for informantane. For nokon kunne alkohol i sosiale situasjonar dempe eigne negative tankar:

«Ikkje akkurat freistande å kaste skjorta i parken, for å sei det på den måten. [...] Vert litt lettare etter nokre boksar [øl/alkoholholdig drikk]. Eg har vel sånn litt lite trua på meg sjølv kan du sei, uansett kor eg er – på skule eller med venner. [...] Eg trur at litt av grunnen er at eg ikkje likar det eg ser i spegelen. Eg har jo eit ynskje om å sjå betre ut ... vere tynnare enn det eg er» (informant 1).

Informantane fortalte om negative kjensler, ubehag og nedsett trivsel relatert til overvekt. Graden av dei negative kjenslene var for mange beskrive som proporsjonal med graden av KMI. Med auka KMI auka dei negative kjenslene, ubehaget og mistrivsel.

Dette kom spesielt tydeleg fram hjå informantane som hadde erfart variasjonar i kroppsvekt. Ubegag og mistrivsel var ikkje knytt til spesielle situasjonar. Samtidig erfarte fleire informantar negative kjensler i sosiale situasjonar:

«Eg elsker eigentleg å vere i selskap, bryllaup og sånn. I alle fall når eg ikkje er så tung. Sjølv om eg eigentleg er fin, pynta og sånn, og har kjolar som passar – som ikkje er for tronge, så er berre ubegaget der når eg er for tung. Eg kan vite korleis eg kjem til å ha det før eg drar dit. Det handlar om kor stor kroppen min er» (informant 5).

Opplevinga av å ha overvekt gav mange negative kjensler. Biletet var mangfaldig og komplekst, og verka inn på fleire område i informantane sitt liv. Dårlig sjølvbilet og låg sjølvkjensle var gjennomgåande. Kjenslene påverka i kva grad dei var deltakande i aktivitetar som jobb, skule og fritid. Fleire informantar formidla at dei i periodar unngjekk sosiale aktivitetar og samvær av ulik karakter. Aktivitetar som var fysisk krevjande eller kroppsnaere og aktivitetar der det var naturleg å vere lettkledd eller syne kropp, var det dei unngjekk i størst grad.

Få bekymringar for negativ vektutvikling og helserisiko

Informantane i 20-åra hadde ingen tankar eller bekymringar knytt til risiko for negativ vektutvikling i framtida, eller risiko for andre helsemessige utfordringar som kan følge av overvekt og auka alder. Det same fann vi hjå dei andre deltakarane ut frå minne frå dei var unge vaksne:

«Eg føler meg heilt frisk. Eg veit ikkje, men eg tenker ikkje på at eg kan få nokon problem ... i alle fall ikkje meir enn nokon andre. Eg veit jo at mykje sukker og godteri kan føre til at ein får diabetes, men eg tenker ikkje på at eg vil få det. Eg trur ikkje eg vil få det. [...] Eg trur heller aldri eg blir sånn ordentleg tjukk» (informant 4).

Ein annan informant uttrykte det slik:

«Det er ingen ting som feilar meg. Eg har testa meg litt når eg har vore til legen med andre ting. Han [legen] har ikkje sagt noko. Alt ser fint ut. Eg tenker ikkje noko over det, helse mi. [...] Heller ikkje at ting skal bli noko annleis når eg blir gammal (informant 2).

Informantane hadde varierende innsikt om helserisiko og årsakssamanhengar knytt til overvekt. Fleire hadde ei oppfatning av at fysisk aktivitet var den viktigaste faktoren ved vektstabilisering og vektreduksjon. Kosthald vart trekt fram som ein faktor av fleire, med ulike oppfatningar av kva som var gode kosthaldsvanar og kva som var kaloritett mat og drikke:

«Det skal seiast – at eg ikkje hadde noko kunnskap om ting heller. Kanskje 'ja-mat og nei-mat' hadde eg ein viss kontroll på» (informant 6).

Generelt såg det ut til at innsikt knytt til overvekt og helserisiko var lågare i yngre alder, hjå informantane i 20-åra og dei andre ut frå minne attende i tid.

Kunnskap og erfaring gav innsikt og auka bekymring

Informantane med erfaring frå vekt nedgang beskreiv tankar og bekymringar for si eiga fysiske og psykiske helse relatert til auka kroppsvekt, og kva konsekvensar det ville få for framtida. Som døme trekte dei fram redusert livskvalitet, risiko for høgt blodtrykk og diabetes, belastningar på ledd, auka søvnbehov, mismot og vanskar knytt til å vere fysisk aktive eller meiste arbeid:

«Psyken min toler ikkje å bli stor igjen. Det er ikkje berre helserisiko eg tenker på, blodtrykk, diabetes. Alt med livet vert tungt. Å knytte skolisser vert tungt, å leike med ungane vert tungt ... psyken. Alt!» (informant 7)

Erfaring knytt til vektnedgang var forbunde med auka kunnskap og innsikt om overvekt og årsakssamanhengar. Kunnskapen var tileigna gjennom eigne erfaringar og opplevingar, gjennom deltaking på kurs knytt til livsstilendring eller eiga søking etter kunnskap som følge av overvektsproblematikk. Auka kunnskap førte til tankar om helse og risiko knytt til overvekt, noko dei ikkje reflekterte over som unge. Ein informant uttrykte det slik:

«Eg tenkte annleis då eg var ung. Såg ikkje framover. Berre her og no. Ikkje såg eg føre meg noko som helst av risiko, verken risiko for å få fedme eller risiko for diabetes. Eg såg heller ikkje for meg slitet med å slanke meg og halde vekta» (informant 6).

Erfaring og kunnskap gjorde at dei såg alvoret med høgare kroppsvekt i høve til helserisiko og auka alder. Informantane beskreib at dei gjennom erfaring, prøving og feiling hadde «knekt koden» for kva som måtte til for å lukkast. Det vart viktig å klare å halde vekta:

«Eg har prøvd det meste og gått så mange gongar i «fella». Eg veit at all statistikk talar imot at eg ikkje skal klare det, men eg skal ikkje tilbake ... nok er nok. [...] Eg har mykje meir innsikt no. Forstår korleis ting heng saman [...] Tenk om nokon kunne ha hjelpt meg til å forstå dette som ung» (informant 8).

Innsikt om samanhengar og kompleksitet knytt til overvekt medverka til eiga tru på å lukkast med vektregulering i framtida. Informantane ønskte dei hadde hatt større innsikt som unge og at dei hadde fått hjelp til å skaffe seg dette, i håp om forhindra vekttoppgang og alle utfordringane som følgde.

Diskusjon

Eit sentralt funn i studien var at overvekt vart kopla til utsjånad, som gav størst bekymring og utfordring med å vere overvektig. Opplevinga av å ha overvekt gav lågare sjølvkjensle og sjølvtilit. Negative kjensler relatert til overvekt kunne få konsekvensar for i kva grad informantane var deltakande i aktivitetar og samvær.

Som unge vaksne var det fråvær av bekymringar for vektauke i framtida, og helserisiko som følgje av det. Innsikt i helserisiko og årsakssamanhengar var varierende, og generelt lågare blant unge vaksne. Erfaring med fedme og vektreduksjon gav innsikt, men også auka bekymring for vektauke og eiga helse.

Størst fokus på utsjånad

Studien syner eit stort fokus på utsjånad knytt til det å vere overvektig. Eiga oppfatning av å vere mindre fin fekk konsekvensar for livskvalitet og livsutfalding. Denne avgrensinga av livet finn ein att i forsking som omhandlar erfaringar med overvekt og fedme (4, 13).

I ei tid der sosiale medium og auka press knytt til kroppsideal er dominerande, speglar funn verknadar av den sosiokulturelle norma. Sjølv om ein av informantane visste ho var fin og velkledd for sosiale anledningar, kjende ho likevel på kroppsleg ubehag ved ikkje å vere nærare kroppsidealet – hos ei elles sunn og frisk kvinne. Også hos menn fann vi eksempel på lengsel etter å vere «innanfor». Utsegna «skjorteknappar som sprett opp» framstår som eit ynskje om «riktig» kroppsstørrelse.

Studien syner kor mykje utsjånad betyr for personar. At oppleving av eigen utsjånad relatert til overvekt kan gje konsekvensar for livsutfalding i ei tid der fleirtalet av den norske befolkninga faktisk er overvektige, er interessant og kan sjåast i samanheng med mediebodskap om kroppsvekt og kroppsideal (14).

Samtidig er det ein generell tendens til å underrapportere eiga vekt, noko som gjerne har blitt forklart gjennom sosial normalisering av tilstanden, med det resultatet at fleire ser på seg sjølve som normalvektige, nettopp på grunn av den auka førekomsten (15).

Manglande merksemd på risiko for å utvikle fedme og helserisiko

Den veksande merksemda på overvekt og livsstilsproblem i samfunnet er tydeleg gjennom media, medisinfeltet, folkehelse og forskning (13). Den varierende innsikta vi fann i studien, den låge forståinga for helserisiko og årsakssamanhengar og dei ulike oppfatningane av kva som var gode livsstilsval, står i kontrast til myndigheitene si breie vektlegging på folkehelse og førebygging (16, 17).

I studien til Sand og medarbeidarar vart både normalvektige og overvektige intervjuar om kva som motiverer dei til livsstilsending (18). Dei fann at unge hadde sterk motivasjon og ynskje om å vere normalvektige og etablere ein god livsstil og eit sunnare kosthald, men mangla kunnskap om emnet både i form av ferdigheiter og organisering av mat- og treningsrutinar.

Det kan tenkast at innføring av folkehelse og livsstilmestring som eit tverrfagleg tema i overordna del av læreplanverket frå 2020 vil kunne gjere noko med den generelle kunnskapen (19). Temaet skal gje elevane kompetanse for å fremje fysisk og psykisk helse som gjev mogelegheit til å ta ansvarlege livsval, inkludert kunnskap om overvektsproblematikk og helserisiko. Kompetansen er med på å bygge helsekompetanse som er avgjerande for å treffe kunnskapsbaserte avgjerder relatert til eiga helse (20). I media er det ein jungel av helseinformasjon og råd som lett kan forvirre utan kunnskapen.

Det er eit komplekst forhold mellom biologiske, psykososiale og åtferdsmessige faktorar relatert til overvekt (21). Komplekse årsakssamanhengar løyser ein ikkje berre med å få auka kunnskap og helsekompetanse. Eit samfunn som legg til rette for gode livsval for den enkelte, har stor betydning for den samla folkehelsa (16). Likevel vil betre kunnskap hos kvar einskild vere ein viktig del av det å kunne lukkast med å førebygge vektauke.

Studiar viser at personar ønsker å diskutere overvekt med helsevesenet (22–24), men det vert i liten grad snakka om (25). Helsearbeidarar kvir seg for å snakke om overvekt i frykt for å støyte (26). Av same årsak nyttar helsearbeidarar upresise uttrykk for KMI når dei snakkar om temaet. «Overvekt» vert også nytta ved KMI over 30 kg/m² (23). Det kan truleg påverke tankeprosessar å nytte presise uttrykk knytt til KMI, mellom anna med å snakke om risiko for «fedme» framfor risiko for «overvekt» eller vage uttrykk som «opp i vekt» eller «negativ vektutvikling» når den faktiske risikoen er at vekta overstig 30 kg/m².

Gjennom pasientmøte har helsearbeidarar ein viktig utøvarfunksjon i førebyggjande helsearbeid (16). Helsearbeidarar kan fungere som «vekkjarar» i form av å gjere merksam på åtferd og konsekvensar av personen sin livsstil (22). Personen sin helsekompetanse er ein føresetnad for å treffe gode livsval, som helsearbeidarar må ta ansvar for å styrkje (20). Gjennom helsepedagogikk kan helsearbeidarar bidra til utvikling av personen sin helsekompetanse og meistringskompetanse (20, 27).

Det er utfordrande å hindre at personar blir overvektige med tanke på det disponible miljøet vi lever i og dei samansette årsakene (21), men målet må vere at ein fremjar helseåtferd som hjelper personar med å varig stabilisere vekta, i tråd med råda frå Helsedirektoratet – ved å følgje kosthaldsråd og råd for fysisk aktivitet, uavhengig av kva som er bakanforliggjande motivasjon for den enkelte (1, 28).

Det å vere bekymra for eiga helse kan i lys av *protection motivation theory* bli sett på som ein ressurs til endring av helseskadeleg åtferd (29). Sentralt i teorien er personen si eiga vurdering av trussel – oppleving av helserisiko og grad av konsekvens. Vert risiko for fedme og livsstilssjukdommar vurdert som ein trussel for eiga helse, kan det påverke til endring av livsstil, såframt ein er medviten om eiga helseåtferd og har nødvendig kunnskap. På arenaen til helsesjukepleiarar og fastlegar ligg det eit særleg ansvar for å opplyse som del av helsefremmande og førebyggjande arbeid (30, 31).

Implikasjonar for praksis

Studien gjev innsikt i nokre personar sine erfaringar, som kan være lærerike for helsearbeidarar knytt til førebygging av fedme, og for andre som har interesse for feltet, inkludert menneske med overvekt.

Helsearbeidarar vegrar seg for å diskutere overvekt, men må vere medvitne om å gje kunnskapsbasert informasjon om helse, livsstil og kosthald til personar med overvekt som har behov for det. Slik kan dei bli i stand til å ta gode val og unngå negativ vektutvikling og helserisiko.

Styrkar og avgrensingar ved studien

Personar identifiserte seg sjølve som overvektige og melde seg som deltakarar til studien. Vi erfarte at datamaterialet var rikt og variert, og belyste fleire sider ved problemstillinga (12). Vi nytta ein godt utprøvd analysemetode som vi har erfaring med. For å styrkje truverdet har vi vore tydlege på korleis vi trekker slutningar om temaet, slik at lesaren kan fylgje den analytiske vegen som danna grunnlaget for fortolking og konklusjon.

Funna våre gjev innsikt i nokre informantar sine erfaringar. Andre personar med overvekt, andre forskarar og andre kvalitative metodar vil kunne gje andre funn (12). Studien bidreg likevel med kunnskap som kan vere av interesse for andre.

Konklusjon

Studien syner at merksemd på utsjånad knytt til overvekt var dominerande. Det var langt mindre merksemd på og bekymringar for risiko for å utvikle fedme og helserisiko som følgje av det. Innsikt i helserisiko og årsakssamanhengar var varierende, og generelt lågare blant unge vaksne.

Studien syner eit behov for å auke kunnskapen om helse og livsstil knytt til overvekt hos informantane. Gjennom førebyggjande helsearbeid har helsepersonell ei sentral rolle og ei viktig oppgåve med å hjelpe den enkelte til å styrke helsekompetansen sin, noko som vil gjere dei betre i stand til å ta gode val og førebygge fedme og helserisiko.

Den låge merksemda retta mot negativ utvikling av fedme og kopling mot nødvendig kunnskap om ein sunn livsstil bør utforskast vidare.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



TRENG MEIR HELSEKOMPETANSE: Studien syner kor mykje utsjånad betyr for personar. Unge vaksne var ikkje bekymra for vektauke i framtida og medfølgjande helserisiko.

Illustration photo: Alamy Stock Photo / NTB

1. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
2. Folkehelseinstituttet. De fleste har overvekt eller fedme. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Tilgjengeleg frå: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/de-fleste-har-overvekt-eller-fedme/> (lasta ned 01.10.2023).
3. Aamo AW, Lind LH, Myklebust A, Stormo LK, Skogli E. Overvekt og fedme i Norge: omfang, utvikling og samfunnskostnader. Oslo: Menon Economics; 2019.
4. Farrell E, Hollmann E, Roux CW, Bustillo M, Nadglowski J, McGillicuddy D. The lived experience of patients with obesity: a systematic review and qualitative synthesis. *Obes Rev.* 2021;22(12):e13334. DOI: [10.1111/obr.13334](https://doi.org/10.1111/obr.13334)
5. Haga BM, Furnes B, Dysvik E, Ueland V. Putting life on hold: lived experiences of people with obesity. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(2):514–23. DOI: [10.1111/scs.12756](https://doi.org/10.1111/scs.12756)
6. Ueland V, Furnes B, Dysvik E, Rørtveit K. Living with obesity – existential experiences. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2019;14(1):1651171. DOI: [10.1080/17482631.2019.1651171](https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1651171)
7. Ueland V. Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme. *Sykepleien Forskning.* 2019;14(77012):e-77012. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2019.77012](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.77012)

8. O'Donoghue G, Cunningham C, King M, O'Keefe C, Rofaeil A, McMahon S. A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients' voice. PLoS One. 2021;16(11):e0260075. DOI: [10.1371/journal.pone.0260075](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260075)
9. Sweeting H, Smith E, Neary J, Wright C. 'Now I care': a qualitative study of how overweight adolescents managed their weight in the transition to adulthood. BMJ Open. 2016;6(11):e010774. DOI: [10.1136/bmjopen-2015-010774](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010774)
10. Bruåsdal LT. «Jeg er hele meg» En kvalitativ studie om opplevelsen av å leve med overvekt med særleg fokus på skamaspektet [masteroppgave]. Stavanger: Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag; 2017.
11. Garip G, Yardley L. A synthesis of qualitative research on overweight and obese people's views and experiences of weight management. Clin Obes. 2011;1(2–3):110–26. DOI: [10.1111/j.1758-8111.2011.00021.x](https://doi.org/10.1111/j.1758-8111.2011.00021.x)
12. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
13. Sand A-S, Emaus N, Lian O. Overweight and obesity in young adult women: a matter of health or appearance? The Tromsø study: Fit futures. Int J Qual Stud Health Well-being. 2015;10(1):29026. DOI: [10.3402/qhw.v10.29026](https://doi.org/10.3402/qhw.v10.29026)
14. Malterud K, Ulriksen K. «Norwegians fear fatness more than anything else» A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. Patient Educ Couns. 2010;81(1):47–52. DOI: [10.1016/j.pec.2009.10.022](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.022)
15. Robinson E. Overweight but unseen: a review of the underestimation of weight status and a visual normalization theory. Obes Rev. 2017;18(10):1200–9. DOI: [10.1111/obr.12570](https://doi.org/10.1111/obr.12570)
16. Mæland JG, Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
17. Meld. St. 15 (2020–2023). Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller. Oslo; Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
18. Sand A-S, Emaus N, Lian OS. Motivation and obstacles for weight management among young women – a qualitative study with a public health focus – the Tromsø study: Fit Futures. BMC Public Health. 2017;17(1):417. DOI: [10.1186/s12889-017-4321-9](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4321-9)
19. Utdanningsdirektoratet. Overordna del – verdier og prinsipper for grunnopplæringen. Oslo: Utdanningsdirektoratet; 2023. Tilgjengeleg frå: <https://www.udir.no/ik20/overordnet-del/?lang=nob> (lasta ned 01.10.2023).

20. Tveiten S. Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukarmedvirkning. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
21. Apovian CM. Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. Am J Manag Care. 2016;22(7 Suppl):s176–85. Tilgjengeleg frå: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27356115/> (lasta ned 01.10.2023).
22. Juvik LA, Eldal K, Sandvoll AM. The experiences of people with overweight in GP consultations – a qualitative study. Tidsskr Nor Laegeforen. 2023;143(3). DOI: [10.4045/tidsskr.22.0528](https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0528)
23. Strømmen M, Bakken IJ, Andenæs E, Klöckner CA, Mårvik R, Kulseng B, et al. Fet, feit eller bare overvektig? Tidsskr Nor Laegeforen. 2015;135(20):1816. DOI: [10.4045/tidsskr.15.1095](https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.1095)
24. Hart J, Yelland S, Mallinson A, Hussain Z, Peters S. When is it ok to tell patients they are overweight? General public's views of the role of doctors in supporting patients' dieting and weight management. J Health Psychol. 2016;21(9):2098–107. DOI: [10.1177/1359105315571974](https://doi.org/10.1177/1359105315571974)
25. Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Orzano AJ, Gregory P, Flocke SA, et al. Speaking of weight: how patients and primary care clinicians initiate weight loss counseling. Prev Med. 2004;38(6):819–27. DOI: [10.1016/j.ypmed.2004.01.001](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.01.001)
26. Michie S. Talking to primary care patients about weight: a study of GPs and practice nurses in the UK. Psychol Health Med. 2007;12(5):521–5. DOI: [10.1080/13548500701203441](https://doi.org/10.1080/13548500701203441)
27. Skille EÅ, Vedøy IB, Skulberg KR. Folkehelse: en tverrfaglig grunnbok. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020.
28. Helsedirektoratet. Nasjonale råd for ernæring. Hvordan gå ned i vekt, og holde vekten stabil. Ekspertuttalelse frå Nasjonal råd for ernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/nasjonalt-rad-for-ernaering/Hvordan%20g%C3%A5%20ned%20i%20vekt%20-%20holde%20stabilt%20-%20Ekspertuttalelse%20Nasjonalt%20r%C3%A5d%20for%20ern%C3%A6ring.pdf> (lasta ned 01.10.2023).
29. Norman P, Boer P, Seydel ER, Mullan B. Protection motivation theory. I: Conner M, Nordmo M, red. Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2015. s. 70–106.

30. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 08.02.2017 [oppdatert 30.06.2023; henta 01.10.2023]. Tilgjengeleg frå:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

31. Rønnevik D-H, Pettersen B, Grimsmo A. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid - som utøver og lyttepost. Haugesund/Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2020. Tilgjengeleg frå:

<https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-endelig-nett.pdf> (lasta ned 01.10.2023).