

# Opplevelser av livet etter fedmekirurgi

*En kvalitativ studie om erfaringer fra personer som har gjennomgått fedmekirurgi*

Henrikke Lahn-Johannessen



Masteroppgave

Masterprogram i helsefremmende arbeid/helsepsykologi

Vår 2021

Det psykologiske fakultet

Hemil-senteret

Universitetet i Bergen

## Forord

Jeg har tidligere hatt en betydelig vektøkning som tok tid å arbeide tilbake til trivselsvekt. I tillegg har jeg alltid vært opptatt av kosthold og fysisk aktivitet, og denne vektøkningen ga både økt interesse og økt kunnskap om spesielt rundt kosthold. Familie og bekjente av meg har tatt fedmekirurgi for å få bukt med sitt vektproblem, og det har vekket min interesse for livsstilsendringer ytterligere. Jeg ønsket derfor å finne ut mer om hvorfor fedmekirurgi er nødvendig for noen ettersom jeg selv ikke anså det som en løsning på et fedmeproblem. Det la grunnlaget for avgjørelsen om masteroppgavens tema om fedmekirurgi og hvordan det oppleves for ulike mennesker som har gjennomgått en slik behandling. Jeg er takknemlig for at jeg fikk møte mange forskere som arbeider med å forbedre oppfølgingen for personer som har tatt fedmekirurgi, og alt jeg har lært igjennom arbeidet med oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til min støttende veileder Eli Natvik fra Høgskulen på Vestlandet/Helse Førde, som har vært svært engasjert og gitt meg gode konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet mitt. Takk til min biveileder Ingrid Holsen fra Universitetet i Bergen for gode tips og tilbakemeldinger igjennom prosessen. Tusen takk til mine medstudenter i veiledningsgruppen for oppmuntrende samarbeid gjennom arbeidet med masteroppgaven.

En stor takk til de ti deltakerne som delte sine historier om fedmekirurgi, og at jeg fikk tilgang til deres erfaringer og opplevelser gjennom veileder Eli. Takk til Helse Førde og prosjektgruppen som gjorde det mulig for meg å lytte til intervjuopptakene, og ga meg innsikt i deres arbeid med forbedring av helsetilbud.

Henrikke

18.05.21

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>II</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>1 INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 FEDME</b> .....	<b>3</b>
1.1.1 Forekomst.....	3
1.1.2 Etiologi.....	3
1.1.3 Konsekvenser.....	4
1.1.4 Forebygging av overvekt og fedme.....	5
<b>1.2 BEHANDLING AV FEDME</b> .....	<b>6</b>
1.2.1 Ikke-kirurgisk fedmebehandling .....	6
1.2.2 Farmakologisk behandling .....	7
1.2.3 Fedmekirurgi.....	7
1.2.4 Oppfølging etter fedmekirurgi.....	9
<b>1.3 LIVSKVALITET</b> .....	<b>10</b>
1.3.1 Helserelatert livskvalitet.....	11
<b>2 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 SALUTOGENESE</b> .....	<b>12</b>
2.1.1 Generelle motstandsressurser .....	12
2.1.2 Opplevelse av sammenheng.....	13
2.1.3 Sammenhengen mellom OAS og livskvalitet.....	14
<b>3 LITTERATURGJENNOMGANG</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1 LITTERATURSØK</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2 LIVSKVALITET ETTER FEDMEKIRURGI</b> .....	<b>17</b>
<b>3.3 SALUTOGENESE OG LIVSKVALITET</b> .....	<b>22</b>
<b>4 HENSIKT, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL</b> .....	<b>24</b>
<b>5 METODOLOGI</b> .....	<b>25</b>
<b>5.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING</b> .....	<b>25</b>
5.1.1 Fenomenologi som epistemologisk ståsted .....	26
<b>5.2 METODISK TILNÆRMING</b> .....	<b>26</b>
5.2.1 Kvalitativ metode.....	26
<b>5.3 DATAINNSAMLING</b> .....	<b>28</b>
5.3.1 Rekruttering .....	28
5.3.2 Utvalg .....	28
5.3.3 Forskningsintervju.....	29
<b>5.4 TILNÆRMING TIL FORSKNINGSFELTET</b> .....	<b>30</b>
<b>5.5 DATAMATERIALET OG ETTERARBEID</b> .....	<b>30</b>
5.5.1 Transkripsjon.....	31
<b>5.6 ANALYSEN</b> .....	<b>32</b>
5.6.1 Induktiv tilnærming.....	32
5.6.2 Tematisk analyse.....	32
<b>5.7 KVALITETSSIKRING</b> .....	<b>36</b>
5.7.1 Forskerrolle .....	36
5.7.2 Validitet .....	37
5.7.3 Reliabilitet .....	37
5.7.4 Overførbarhet og generalisering.....	38
5.7.5 Refleksivitet.....	39
<b>5.8 ETIKK</b> .....	<b>39</b>
5.8.1 Etske overveielser.....	39
5.8.2 Frivillig informert samtykke .....	40
5.8.3 Konfidensialitet.....	40
5.8.4 Etsk formidling av resultatene.....	40
<b>5.9 OPPSUMMERING</b> .....	<b>41</b>

<b>6 RESULTATER.....</b>	<b>42</b>
<b>6.1 DET NYE LIVET MED ØKTE MULIGHETER .....</b>	<b>42</b>
6.1.1 <i>Forhold til mat og vekt .....</i>	<i>43</i>
6.1.2 <i>Forventninger og endringer etter fedmeoperasjon.....</i>	<i>51</i>
6.1.3 <i>Aksept og forståelse fra omverden.....</i>	<i>55</i>
<b>7 DISKUSJON.....</b>	<b>62</b>
<b>7.1 OPPSUMMERING AV FUNN .....</b>	<b>62</b>
<b>7.2 FORHOLDET TIL MAT OG VEKT .....</b>	<b>63</b>
<b>7.3 FORVENTNINGER OG ENDRINGER ETTER FEDMEKIRURGI .....</b>	<b>66</b>
<b>7.4 AKSEPT OG FORSTÅELSE FRA OMVERDEN .....</b>	<b>70</b>
<b>7.5 STUDIENS BEGRENSNINGER .....</b>	<b>73</b>
<b>7.6 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING .....</b>	<b>74</b>
<b>8 AVSLUTNING .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERANSER.....</b>	<b>77</b>
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING .....	I
VEDLEGG 2 – REK-GODKJENNING .....	IV
VEDLEGG 3 – UTVIDET REK-SØKNAD .....	VII
VEDLEGG 4 – INTERVJUGUIDE .....	IX
VEDLEGG 5 – TABELL FOR KODER, UNDERTEMA, TEMA OG OVERORDNET TEMA .....	XIV

## Sammendrag

*Bakgrunn:* Fedmekirurgi har vist seg å gi varig vekttap og bedre helse sammenlignet med andre tiltak for personer med sykkelig fedme. Det kan også gi bedret livskvalitet hos disse pasientene på kort sikt, men forskning har vist sprikende funn om livskvalitet i det lengre løp (>10 år). Det er derfor blitt økende bevissthet rundt psykososiale aspekt i forskning på fedmekirurgi.

*Hensikt:* Formålet med denne studien var å undersøke erfaringer hos personer som hadde gjennomgått fedmekirurgi, og hvordan de uttrykte seg om opplevelsen av sammenheng (OAS).

*Metode:* Studien har et kvalitativt design, forankret i fenomenologi. Dybdeintervju med seks kvinner og fire menn i alderen 37-58 år som hadde gjennomgått fedmekirurgi for to til tre år siden utgjorde studiens datamateriale. Forskningsmaterialet ble analysert ved bruk av tematisk analyse.

*Resultat:* Analysen resulterte i et overordnet tema *det nye livet med økte muligheter*, med tre temaer *forhold til mat og vekt, forventninger og endringer etter fedmekirurgi* samt *aksept og forståelse fra omverden*. Studiens funn belyste hvordan deltakernes endringsprosess foregikk, og hvordan det nye livet førte med seg både nye muligheter og begrensninger. Deltakerne beskrev forholdet til mat, støtte fra familie/nære og nye håndteringsstrategier som viktige faktorer i endringsprosessen. Endringene var både uventede og forventede, og innebar komplikasjoner, men også mer energi og en lettere tilværelse.

*Konklusjon:* Deltakernes beskrivelser gav innsikt i ressurser og opplevelser av endringsprosessen etter fedmekirurgi, og hvordan endringene ble håndtert. Studiens resultater belyser pasientenes ressurser og kan være et nyttig tema for videre forskning og oppfølging av pasienter etter fedmekirurgi.

Nøkkelord: *fedmekirurgi, salutogenese, opplevelse av sammenheng, ressurser*

## Abstract

*Background:* Bariatric surgery has proven to be an effective treatment for severe obesity and gives the patients long-lasting weight loss, better health, and quality of life. However, research has shown divergent results on quality of life, especially regarding mental aspects. Therefore, there is an increased focus on psychosocial factors in research on bariatric surgery.

*Purpose:* The purpose of this study was to examine patient-experiences in persons undergoing bariatric surgery, and how they expressed themselves about sense of coherence (SOC).

*Method:* The current study has a qualitative design, anchored in phenomenology. The data material consists of ten in-depth interviews with six women and four men aged 37-58. The participants had undergone bariatric surgery two to three years prior to the interviews. Thematic analysis was used to analyze the research material.

*Results:* The analysis resulted in one overarching theme called *the new life with increased possibilities*, with three themes regarding *relationship with food and weight, expectations and changes following surgery, and acceptance and understanding from the surroundings*. These themes described how the participants' lives changed after surgery, and how life after surgery brought new possibilities but also new limitations. They described relationship with food, support from family/close friends and new coping strategies as important factors in the process of change.

*Conclusion:* The participants' descriptions provided insight to how the process of change developed after surgery, in addition to participants' use of new coping strategies. This study highlights the patients' resources as an interesting topic for further research and follow-up care.

**Keywords:** *bariatric surgery, salutogenesis, sense of coherence, resources*

# 1 Introduksjon

Gjennom de siste århundrene har det skjedd en kraftig økning i forekomst av overvekt og fedme verden over. Prevalensen har nesten tredoblet seg mellom år 1975 og 2016 (Di Cesare et al., 2016; WHO, 2020b), og hele 1,9 milliarder voksne er kategorisert med overvekt eller fedme. Den økende graden av overvekt og fedme er blitt omtalt som en fedmeepidemi og ansees som en av de største helseutfordringene i verden (Alam & Agrawal, 2016, s. 3; Helsedirektoratet, 2011). Dersom prevalensen fortsetter å øke i samme tempo, vil halve jordens befolkning være kategorisert med overvekt eller fedme innen 2030 (Batterham, 2016, s. 1).

Overvekt og fedme er også økende i Norge, og tall fra den norske Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) har vist at vekten i den norske befolkningen har økt betydelig de siste 23 årene (Krokstad & Knudtsen, 2011). Samlede tall for alle aldersgrupper viste at 75% av norske menn og 61% av norske kvinner var over normalvekt i 2008 (Krokstad & Knudtsen, 2011). Videre var det en betydelig økt andel av personer med fedme, hvilket er en bekymringsfull utvikling da fedme er assosiert med hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, type 2 diabetes og noen typer kreft (Midthjell et al., 2013). Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) dør det millioner av mennesker årlig som følge av slike fedmerelaterte sykdommer (Midthjell et al., 2013; Narouze & Souzdalnitski, 2015; WHO, 2020b).

Ikke bare fører fedme til økt risiko for følgesykdommer og tidlig død, men kan også gi redusert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2011; Andrews, 2016, s. 39). Overspising, depresjon, angst og søvnapné forekommer ofte blant personer med fedme, og påvirker livskvaliteten negativt (Spirou et al., 2020). I tillegg er det rapportert om høyere arbeidsledighet, arbeidsrelaterte problemer og et høyere sykefravær hos denne gruppen (Herpertz et al., 2003; Jagielski et al., 2014). Muskelskjelettplager, psykiske plager og kardiovaskulære sykdommer er direkte eller indirekte assosiert med fedme, og kan påvirke arbeidskapasiteten negativt (Nigatu et al., 2016).

På verdensbasis har forebyggende tiltak og behandling av fedme høy prioritet. WHO har et mål om å stanse økningen i fedme innen 2025 gjennom å øke tilgjengeligheten på sunn og næringsrik mat, redusere sukker og fett i mat- og drikkevarer, samt tilrettelegge for fysisk aktivitet (Andrews, 2016, s. 39; WHO, 2016).

For personer med sykkelig fedme er kortvarig vektnedgang mulig under de riktige omstendighetene, som eksempelvis ved et kortere opphold ved klinikk der fokus er å endre livsstil. En langvarig vektreduksjon er derimot svært utfordrende å få til (Kumanyika &

Brownson, 2007, s. 6). Fedmekirurgi er en behandlingsmetode for sykkelig fedme, og har vist seg å kunne gi en betydelig og langvarig vektreduksjon på 20-35% (Kunnskapscenteret, 2014, s. 57). Imidlertid har flere pasienter rapportert om vedvarende smertetilstander samt tilbakefall av depressive symptomer og angst etter operasjon (Narouze & Souzdanitski, 2015; Spirou et al., 2020). For noen er bivirkninger av operasjonen så inngripende at livskvaliteten er blitt redusert (Groven et al., 2010). En del sliter også med eksistensielle spørsmål i etterkant, og føler at både hodet og kroppen ikke henger med på de store forandringene (Natvik et al., 2013).

Forskning har antydnet at det kan være viktig at pasienter som tar fedmekirurgi finner mening i den anbefalte livsstilen etter operasjon for å få til nødvendige endringer og for at vektreduksjonen skal bli varig (Groven et al., 2017). En salutogen tilnærming for denne pasientgruppen kan gi bedre forståelse av hvordan de opplever livet etter operasjon, og hvordan endringsprosessen erfares. Tilnærmingen utgjør et skifte fra det patogene, med fokus på risikofaktorer for dårlig helse og sykdomsopprinnelse, til det salutogene, med fokus på hva som gir god helse (Lindström et al., 2015, s. 14). Personer som finner mening i livet, opplever å ha indre og ytre ressurser for å håndtere stressfaktorer og anser livet som forklarlig, opplever ofte å ha god helse og livskvalitet (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39-41).

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan personer som har gjennomgått fedmekirurgi erfarer livet etterpå, og hvordan de uttrykker seg om opplevelse av sammenheng. Dette er et interessant tema å belyse fordi forskning med en salutogen tilnærming til helse og livskvalitet etter fedmekirurgi synes å mangle. Behandling og oppfølging kan bli mer ressursfokuset og psykologisk rettet, med fokus på hele mennesket og ikke bare biologiske faktorer. Det kan styrke sjansene for vellykket behandling og varig bedret livskvalitet for personer som har gjennomgått fedmekirurgi.



## 1.1 Fedme

Ifølge WHO (2020b) er overvekt og fedme definert som unormal eller overflødig fettdannelse som kan påvirke helsen negativt. En usunn mengde fettvev øker risikoen for sykdom og tidlig død (Kuczmarski, 2007, s. 25). Kroppsmasseindeks (KMI), eller på engelsk Body Mass Index (BMI) er et standardisert verktøy som ofte brukes på populasjonsnivå for å klassifisere undervekt, normal- eller overvekt. KMI ser ut til å korrelere godt med fettprosent, og kan derfor si noe om den vektrelaterte helserisikoen en person har (Helsedirektoratet, 2011; WHO, 2000, s. 44-45). KMI er definert som personens vekt i kg dividert med personens høyde i meter opphøyd i annen (se tabell 1.1.3) (WHO, 2000, s. 8, 2020). Personer med KMI høyere enn 25 er klassifisert som overvektig, mens en KMI fra 30 og oppover er kategorisert som fedme (Folkehelseinstituttet, 2015; WHO, 2020b). Sykelig fedme brukes om KMI  $\geq 35$  med minst én følgesykdom eller KMI  $\geq 40$  (Folkehelseinstituttet, 2017, 3.januar).

### 1.1.1 Forekomst

På verdensbasis var 1,9 milliarder voksne (>18 år) regnet som overvektig i 2016. Hele 650 millioner av disse var kategorisert med fedme av ulik grad (WHO, 2020b). En stor oversiktsstudie av Di Cesare et al. (2016) undersøkte kroppsmasseindeks fra 1975 til 2014 i 200 ulike land verden over. Studien antydte at globalt sett vil 18% av menn og 21% av kvinner være kategorisert med fedme i 2025 dersom utviklingen fortsetter slik den har gjort til nå (Di Cesare et al., 2016). I Norge er over halve befolkningen regnet som overvektig, og bare fra 1984-2008 økte fedmeklasse 1 med 11,7% for menn og 6,5 prosent for kvinner (Midthjell et al., 2013). Totalt sett økte prevalensen av fedme med hele 14,4% for menn og 9,8% for kvinner i Norge, og den største økningen skjedde i de yngste aldersgruppene (Midthjell et al., 2013). I HUNT-undersøkelsen ble midjeomkrets også brukt som et måleinstrument, fordi denne målemetoden bedre avdekker mengde intraabdominalt fett (bukfett). Det viste seg at bruk av midjeomkrets førte til at flere ble kategorisert som overvektig, og at den økte prevalensen særlig gjaldt kvinner (Midthjell et al., 2013).

### 1.1.2 Etiologi

Det er en enighet om at faktorene som bidrar til overvekt er mange. Eksempelvis kan genetik, kosthold og økonomi, psykososiale, reproduktive og farmakologiske faktorer bidra til overvekt (Das, 2010; McAllister et al., 2009, s. 870; Silventoinen et al., 2009). Genetik og KMI er tett forbundet, og det er funnet at gener kan forklare variasjonen i KMI blant voksne

med hele 40-70% (Albuquerque et al., 2016, s. 87). Studier har vist at overvektige kvinner som føder barn, har større sjans for å få barn med overvekt og fedme enn kvinner som har hatt fedmekirurgi (Dhurandhar & Keith, 2014). Biologiske faktorer som kan bidra til utvikling av fedme er endokrine forstyrrelser, som insulinresistans og metabolske forstyrrelser (Dhurandhar & Keith, 2014; McAllister et al., 2009; WHO, 2000, s. 51-54). I tillegg bidrar miljømessige faktorer som inaktivitet, usunt kosthold og medikamentbruk til økt kroppsvekt og mer fettvev (WHO, 2020b). Personer med fedme har ofte høy grad av buk fett, og dette fettvevet ansees som helsefarlig. Bukfettet ligger tett på organer som magesekk, lever og tarm og har høy korrelasjon med alvorlig helserisiko (Kuczmarski, 2007, s. 26). Fettsyrer, cytokiner og hormoner fra fettvevet kan komme inn i blodbanen og øke risikoen for glukoseintoleranse, type 2 diabetes og andre metabolske forstyrrelser (Kuczmarski, 2007, s. 26).

### *1.1.3 Konsekvenser*

Overvekt og fedme blir i økende grad forstått som en kronisk sykdom og er på andreplass over sykdommer som fører til tidlig død i verden (Das, 2010; WHO, 2000, s. 39). WHO (2020b) beskriver at en av de fundamentale årsakene til overvekt og fedme skyldes en ubalanse mellom kaloriinntak og -forbruk. Selv om fedme er komplekst og sammensatt, bidrar stillesittende transportmidler og høyt innhold av fett og sukker i kostholdet til utvikling av fedme (Hansen et al., 2012; WHO, 2020b).

Fedme regnes som helsefarlig grunnet risiko for følgesykdommer. Type 2 diabetes, hypertensjon og søvnapné er typiske følgesykdommer, i tillegg til at risiko for hjerte- og karsykdommer, hjerneslag og kreft er høyere blant personer med fedme (Folkehelseinstituttet, 2015; Das, 2010). Fedme er også forbundet med fysiske og psykiske plager, samt dårlig helse og redusert livskvalitet (Alam & Agrawal, 2016, s. 3; Jagielski et al., 2014; WHO, 2000, s. 39). Personer med sykkelig fedme ( $KMI \geq 40$  eller  $\geq 35$  med følgesykdommer) har økt risiko for smerter og muskelskjelettplager, som eksempelvis artrose (Bliddal et al., 2014; Kunnskapssenteret, 2014, s. 22; Vincent et al., 2012). Forskning har antydnet at personer med sykkelig fedme ofte har symptomer på angst og depresjon (Jagielski et al., 2014), samt opplever stigmatisering og vektdiskriminering, som kan være en mulig årsak til redusert livskvalitet (Puhl & Suh, 2015). Forskning peker mot at vektstigmatisering er assosiert med overspising, inaktivitet, fysiologiske stressreaksjoner og økt kroppsvekt med alderen (Puhl & Suh, 2015).

**Tabell 1.1.3 Klassifisering av vekt** (Folkehelseinstituttet, 2015).

<b>Klassifisering</b>	<b>KMI, kg/m<sup>2</sup></b>
Undervektig	18,4 eller lavere
Normalvektig	18,5-24,9
Overvektig	25,0-29,9
Fedme grad 1	30,0-34,9
Fedme grad 2	35,0- 39,9*
Fedme grad 3	40,0 eller høyere*

*\*KMI fra 35 og oppover er aktuelle kandidater for fedmekirurgi, og er derfor utgangspunktet for oppgaven.*

Personer med fedme grad 1 har økt risiko for type 2 diabetes, samt økt dødelighet. Fedme grad 2 gir høy risiko for flere helseproblemer i tillegg til økt dødelighet, og fedme grad 3 gir ytterligere økt helserisiko (Folkehelseinstituttet, 2015). Fedmerelatert sykdom eller følgesykdommer, er forstått som en tilstand som forverres når vekten øker, og bedres dersom vekten reduseres (Guh et al., 2009). Ifølge Helsedirektoratet (2011) bør alle pasienter med  $KMI \geq 35$  tilbys oppfølging og eventuell behandling for vektreduksjon.

Kostnadene av fedmebehandling og sykdommer assosiert med overvekt og fedme, utgjør en stor byrde i flere lands helsesystemer (Alam & Agrawal, 2016, s. 3). Overvekt er knyttet til ekstra fraværsdager fra arbeid og førtidspensjonering, og i industrialiserte land står vektrelaterte helseproblemer for 2-6% av de totale helsekostnadene (Helsedirektoratet, 2011). Overvekt og fedme er av den grunn ikke bare et individuelt problem, men også et samfunnsproblem som krever handling i flere sektorer (WHO, 2000, s. 4). De totale samfunnsutgiftene relatert til sykdommer grunnet overvekt, usunt kosthold og fysisk inaktivitet regnes til å være på rundt 2% av bruttonasjonalprodukt (WHO, 2000, s.4).

Et sedat levesett og usunt kosthold er ofte et resultat av sosiale og miljømessige endringer. Mangelen på politiske strategier innenfor eksempelvis helse, landbruk, transport, markedsføring og distribusjon bidrar til økt vekt i befolkningen (WHO, 2020b).

#### *1.1.4 Forebygging av overvekt og fedme*

I det forebyggende arbeidet har fokuset vært på å forstå årsakene til overvekt/fedme for å kunne ta problemet ved roten, og dermed hindre flere i å bli overvektige. Fra et

folkehelseperspektiv har innsatsen vært rettet mot «den positive energibalansen», altså at et større kaloriinntak enn kaloriforbruk er en av de viktigste årsakene til at overvekt skapes. Ifølge WHO (2016) er regulering av matinntak og fysisk aktivitet en viktig del av forebyggingsarbeidet, og ved å redusere markedsføring av usunn mat med høyt sukker-, fett- og saltinnhold for barn kan man begrense risiko for at yngre generasjoner blir overvektige. I tillegg vil WHO bedre tilgangen på sunn mat ved offentlige institusjoner, samt implementere kampanjer om sunne matvaner og fysisk aktivitet (WHO, 2016). I Norge har Helsedirektoratet nasjonale kostholdsråd for et variert og balansert kosthold, og «fem om dagen» er en kampanje for å øke inntaket av frukt og grønnsaker i befolkningen (Helsedirektoratet, 2018). Helsedirektoratet (2019) anbefaler også 30 minutter moderat aktivitet daglig for hele befolkningen fordi fysisk aktivitet, uavhengig av overvekt/fedme, har gunstige innvirkninger på helsen ved å redusere risiko for hjerte- og karsykdommer, type 2 diabetes og ulike typer kreft (Helsedirektoratet, 2014, 2019; Kumanyika & Brownson, 2007, s. 8).

## **1.2 Behandling av fedme**

Målet med fedmebehandling er å redusere følgesykdommer og risiko for dødelighet, samt bedre psykisk og sosialt velvære for pasienten (Andrews, 2016, s. 39). Det er ikke nødvendigvis et mål i seg selv å oppnå normalvekt for pasientene (Kunnskapssenteret, 2014, s. 29), og i fedmebehandling er det viktig å ha realistiske mål for vekttap, samtidig som man arbeider med å holde vekten og forebygge vektoppgang (Tsigos et al., 2008). Bedre helserelatert livskvalitet er også et viktig behandlingsmål, og gjennom vektreduksjon kan individets helse, funksjon og opplevd velvære bedres (Karlsen et al., 2013).

### *1.2.1 Ikke-kirurgisk fedmebehandling*

De viktigste tiltakene som gjøres ved ikke-kirurgisk fedmebehandling er livsstilsendringer. Dette innebærer endringer i kosthold og økt fysisk aktivitet (Kunnskapssenteret, 2014, s. 29). I europeiske retningslinjer anbefales det en kombinasjon av medikamenter, kosthold og kalori restriksjon, kognitiv terapi og fysisk aktivitet ved behandling av overvekt (Schutz et al., 2019; Tsigos et al., 2008).

En vellykket behandling regnes som at personen har mistet 5-10% av kroppsvekten, og holder den vekten i minst to år etter intervensjon (Elfhag & Rossner, 2005; Schutz et al., 2019). Større vekttap ser ut til å gi redusert sjans for vektoppgang sammenlignet med små vekttap (Anderson et al., 2007). Faste og sunne måltider har lenge vært assosiert med sunnere kroppsvekt og større suksess ved vekttap (Pinto-Bastos et al., 2016, s. 309). En kombinasjon

av kosthold og fysisk aktivitet kan gi gode resultater på vektnedgang, og kan hindre ytterligere vektøkning (Vitiello et al., 2019). Over tid er derimot resultatene noe sprikende, men en nyere retrospektiv studie som sammenlignet vektreduksjon ved livsstilintervensjoner og fedmekirurgi i inntil ti år, viste at gruppen som gjennomgikk livsstilsendringer beholdt vektreduksjonen på 10% i de ti årene (Vitiello et al., 2019).

En viktig intervensjon i fedmebehandling er kognitiv terapi, som innebærer hjelp til målsetting, endre negativt tankesett og øke evnen til problemløsning og alternativ atferd (Dalle Grave et al., 2013; Wadden et al., 2012). Terapien skal bidra til at å endre tankegang og atferd slik at personer med overvekt eller fedme kan mestre å gjennomføre diett og fysisk aktivitet over lang tid for å oppnå vektreduksjon. Selv om denne behandlingsformen alene ikke er tilstrekkelig, kan en kombinasjon av kognitiv terapi, fysisk aktivitet og diett ha positive effekter på vekttap (Mastellos et al., 2014).

### *1.2.2 Farmakologisk behandling*

Orlistat er et legemiddel som er godkjent for bruk ved fedme og overvekt både i USA og Europa (Andrews, 2016, s. 46). Andre legemidler brukes også, men forskning har pekt mot at Orlistat har størst effekt med  $\geq 5\%$  i vekttap over 1 år, sammenlignet med kontrollgrupper (Wharton, 2016). Orlistat inhiberer pankreaslipase, og hindrer derfor triglyserid (fett) å bli brutt ned i absorberbare fettsyrer. Omtrent 30% av triglyseridene går dermed ufordøyd igjennom tarmen og forsvinner ut med avføringen (Klein, 2004; Wharton, 2016). Selv om medikamentet kan være nyttig for vektnedgang, kan det gi økt mengde avføring, løs avføring, flatulens og småblødninger (Wharton, 2016).

### *1.2.3 Fedmekirurgi*

Kirurgisk behandling av personer med sykkelig fedme startet på 1960-tallet. De første fedmeoperasjonene som ble gjort var med åpen kirurgi, men operasjonsmetoden ga mange komplikasjoner og høy risiko for død (Lo Menzo et al., 2016, s. 275). Endring av operasjonsmetode førte til rask utvikling av feltet. Istedenfor åpen kirurgi, gikk man over til laparoskopi (kikkhullskirurgi) som reduserte sjansene for infeksjoner og blødninger betraktelig. Samtidig hadde pasienter kortere sykehusopphold og oppnådde et like bra vekttap som ved åpen kirurgi (Lo Menzo et al., 2016, s. 275). Behandlingsmetoden reduserer vekt gjennom begrensning av matinntak (restriksjon) og/eller reduksjon av matopptak (malabsorpsjon) (Kunnskapssenteret, 2014, s. 30; Lo Menzo et al., 2016, s. 276). I Norge har

moderne fedmekirurgi vært tilgjengelig for pasienter med sykkelig fedme siden 2001 og årlig opereres omlag 3000 pasienter (Sandbu & Svanevik, 2019).

På verdensbasis har antallet personer som gjennomgår fedmekirurgi økt, og deler av årsaken er økt andel personer med sykkelig fedme og fedmekirurgiens lovende resultater på vektreduksjon (Ratcliffe, 2016, s. 109). Fedmekirurgi ansees som den mest effektive behandlingsmetoden for å oppnå vekttap ved sykkelig fedme (Lindekilde et al., 2015; WHO, 2000, s. 2). Et godt planlagt og vellykket kirurgisk inngrep kan gi langvarig vektreduksjon på 20-50%, samt reversere vektrelaterte følgesykdommer og bedre livskvaliteten (Helsedirektoratet, 2011; Ratcliffe, 2016, s. 109; Tsigos et al., 2008). Ingen annen behandling har vist like gode resultater for langvarig vektreduksjon ved sykkelig fedme. For mange med sykkelig fedme kan en fedmeoperasjon være avgjørende for å redusere vekt og bedre egen helse (Kunnskapssenteret, 2014; WHO, 2000, s. 2)

Innenfor fedmekirurgi er det tradisjonelt sett flere ulike operasjonsmetoder med to hovedprinsipper – restriksjon og malabsorpsjon. Restriksjonsbaserte metoder går ut på å redusere magesekken slik at pasienten blir fortere mett. Malabsorpsjonsbaserte metoder går ut på å redusere lengden på tynntarmen slik at færre kalorier tas opp fra maten (Lo Menzo et al., 2016, s. 276). I dagens fedmekirurgi brukes ofte metoder som kombinerer de to prinsippene restriksjon og malabsorpsjon (Lo Menzo et al., 2016, s. 276). Alle deltakerne i denne studien hadde gjennomgått en kombinert prosedyre, gastrisk sleeve.

Gastrisk sleeve stammer opprinnelig fra en annen metode kalt biliopankreatisk avledning (BPD) som ble utviklet på slutten av 1970-tallet. BPD var en todelt operasjon med 6-12 måneders mellomrom (Lo Menzo et al., 2016, s. 278). Den første operasjonen gikk ut på å forminske magesekken ved å snitte den på tvers, mens i den andre operasjonen ble deler av tynntarmen koblet ut (Aggrawal et al., 2016, s. 247; Lo Menzo et al., 2016, s. 278). Metoden var hovedsakelig malabsorpsjons-basert, og slike metoder assosieres med høyere forekomst av diaré, dårlig opptak av proteiner og mangel på mikronæringsstoffer. Biliopankreatisk avledning med duodenal omkobling (BPD-DS) bygger på samme prinsipp som BPD, men magesekken snittes på langs istedenfor på tvers i tillegg til forkorting av tynntarmen (Lo Menzo et al., 2016, s. 277-279). Denne metoden la grunnlaget for en av de vanligste metodene innenfor fedmekirurgi nå til dags, nærmere bestemt gastrisk sleeve eller laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) på engelsk. Gastrisk sleeve er opprinnelig første delen av en BPD-DS operasjon (Aggrawal et al., 2016, s. 246), og på grunn av ventetiden mellom de to operasjonene, ble det synlig at forminskning av magesekken hadde god effekt på vekttapet til pasientene. Gastrisk sleeve ble etter hvert ansett som en egen metode som ga

varig og betydelig vekttap for pasientene (Lo Menzo et al., 2016, s. 277-278). Metoden er hovedsakelig restriktiv og opprettholder magesekkens omtrentlige form ved å snitte den på langs (Lo Menzo et al., 2016, s. 278). Fordelene med gastrisk sleeve er at operasjonstiden er kortere og at man ivaretar fordøyelsessystemets struktur (Aggrawal et al., 2016, s. 247). I tillegg er det mindre risiko for mangelsykdommer ettersom tarmen ikke kobles ut (Aggrawal et al., 2016, s. 256). Dersom pasienten ikke oppnår nok vektreduksjon, opplever vektøkning eller alvorlige reflukssymptomer, kan man gjennomføre gastrisk bypass (RYGB) eller BPD-DS i etterkant. En ulempe med metoden er at det kan gå lekk i stiftelinjen hvor magesekken snittes, som videre kan utvikle seg til fistler (unormale forbindelser mellom hulorganer) (Aggrawal et al., 2016, s. 247-248). Ettersom gastrisk sleeve er basert på restriksjon, oppnår man mindre vektreduksjon enn ved RYGB eller BDP-DS (Li et al., 2015). Ved alle former for fedmekirurgi er det fare for umiddelbare (perioperative og postoperative) komplikasjoner. Det innebærer blødninger, sårinfeksjoner, lekkasje fra sammensyde skjøter, reoperasjon, blodpropp og lungeemboli, og i verste fall død (Kunnskapssenteret, 2014, s. 30; Picot et al., 2009, s. 13-14).

#### *1.2.4 Oppfølging etter fedmekirurgi*

De som søker fedmekirurgi i Norge er ofte personer med sykkelig fedme, men denne vekttilstanden gir ikke nødvendigvis rett til kirurgisk behandling. Personen må ha vektrelaterte følgesykdommer (eks. Type 2 diabetes eller hypertensjon) og skal ha gjort konkrete forsøk på livsstilsendringer i minst ett halvt år før henvisning til spesialisthelsetjenesten. I tillegg må tilstanden anses for å være alvorlig, og at behandlingen vurderes som nyttig og kostnadseffektiv (Helsedirektoratet, 2011, 2015). De europeiske retningslinjene for fedmekirurgi beskriver blant annet at pasienten må endre livsstil, og gjøre endringer i kosthold og aktivitetsnivå både før og etter operasjon (Ogden et al., 2019). Nyere forskning pekt på viktigheten av psykososiale aspekt etter fedmekirurgi, og disse aspektene er nå innlemmet i internasjonale retningslinjer for oppfølging av personer som har hatt fedmekirurgi (Ogden et al., 2019). I Norge har sykehuset som utfører operasjonen hovedansvar for pasientoppfølgingen de to første årene etter operasjon. I tillegg har sykehuset ansvaret for fem- og tiårskontroll av pasientene. Øvrig oppfølging er fastlegens ansvar (Sandvik et al., 2018, 19. februar). Mange studier har vist at fedmekirurgi har god effekt på både vektreduksjon og livskvalitet hos personer med fedme, men effekten synes å være individuell og noe usikker i det lange løp (Le Foll et al., 2019; Lindekilde et al., 2015; Spirou et al., 2020).

### 1.3 Livskvalitet

Livskvalitet er et begrep som er mye brukt i fedmebehandling og oppfølging etter fedmekirurgi, som et mål på pasientens helse og velbefinnende før, under og etter behandling. Siden ordet ikke har en universell akseptert definisjon, blir det ofte brukt om en annen med ord som «lykke», «trivsel» og «velvære» i dagligtalen. Det er likevel enighet om at livskvalitet dekker et bredere perspektiv enn kun «lykke» og «trivsel», og omfatter både individuelle, sosiale og strukturelle faktorer (Næss, 2011, s. 16; Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 2). WHO definerer livskvalitet slik: «individens oppfatning av egen posisjon i verden i sammenheng med den kulturelle konteksten og verdier som de lever etter og i relasjon til egne mål, forventninger, bekymringer og standarder» (WHOQOL Group, 1995). Denne definisjonen innebærer både fysisk helse, selvstendighet, emosjonell tilstand, individuelle oppfatninger, avhengighet til egne omgivelser og forholdet til egne omgivelser (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 2). Ifølge Næss (2011, s. 15-16) er det å ha det godt mer enn bare fravær av lidelse, og definerer livskvalitet slik: «livskvalitet er psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt». Det er en universell enighet om at livskvalitet er subjektivt, at begrepet er multidimensjonelt, og at det innebærer individets oppfatning av fysisk tilstand, psykisk tilstand og sosiale roller og relasjoner (WHOQOL Group, 1995).

I forskning kan livskvalitet måles som generell evaluering av tilfredshet med livet, eller spesifikke og detaljerte målinger av de ulike dimensjonene innen livskvalitet (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 2). Sammenligning av studier som har undersøkt livskvalitet er utfordrende, ettersom det brukes forskjellige definisjoner (Næss, 2011, s. 18; Aasprang, 2017, s. 23). Kunnskap om livskvalitet har fått økende popularitet fordi flere land verden over har fått et økt fokus på befolkningens tilfredshet med livet (Aasprang, 2017, s. 23). En av årsakene til den økende interessen for denne kunnskapen, kan være oppfatninger om at materiell velferd ikke nødvendigvis gir bedre livskvalitet. Forskning på livskvalitet har vist sammenhenger mellom subjektivt velvære og livslengde, sjenerøsitet, vellykkethet i arbeidslivet og i ekteskapet (Næss, 2011, s. 18). I tillegg har helsesektoren blitt mer opptatt av å se helseproblemene fra pasientens eget perspektiv og hvordan de skal få et godt liv på tross av sykdom/skade (Næss, 2011, s. 17).



### 1.3.1 Helserelatert livskvalitet

Livskvalitet ble først introdusert som et konsept i medisinfaget på 1970-tallet gjennom påvirkning fra samfunnsvitenskapen (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 1). «Helserelatert livskvalitet» ble etter hvert utviklet som et eget begrep innenfor medisinsk forskning, og kunne bidra til å utvikle forståelse for pasientenes livskvalitet under medisinsk behandling. Fokuset på livskvalitet har vært mest vanlig ved kroniske sykdommer som kreft, rehabilitering og psykiatri, men andre fagfelt har også blitt mer bevisst rundt pasientenes livskvalitet. Helserelatert livskvalitet omhandler pasientens helsestatus, opplevelse av sykdom og prosessen med normal aldring (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 1). Begrepet brukes svært mye innen fedmeforskning, da fedme har en negativ innvirkning på både helse og livskvalitet (WHO, 2000, s. 39).

I denne oppgaven skal jeg ta for meg erfaringer og opplevelser fra personer som har hatt fedmekirurgi og hvordan de beskriver egen livssituasjon etter fedmebehandlingen. Jeg retter fokuset mot personenes livskvalitet i lys av en helsefremmende tilnærming kalt salutogenese.

## 2 Teoretisk rammeverk

I denne studien har jeg brukt en induktiv forskningstilnærming, som vil si at datainnsamlingen ikke er teoristyrte (Green & Thorogood, 2014, s. 205). Teori er imidlertid viktig for å forstå temaet som belyses samt resultatene som fremkommer i studien (Nutbeam et al., 2010, s. 2). Teori skal fungere som et rammeverk og ikke som styrende for hva som vektlegges gjennom de ulike fasene i oppgaven (Braun & Clarke, 2006). I dette kapittelet redegjør jeg for det teoretiske rammeverket for oppgaven. Jeg ønsker å få innsikt i hvordan personer som gjennomgår fedmekirurgi opplever eget liv noen år etterpå, og er spesielt interessert i de helsefremmende aspektene. Jeg ser derfor salutogenese som en relevant teoretisk tilgang for å få frem disse aspektene. Videre presenteres konseptet *opplevelse av sammenheng* og hvordan det henger sammen med livskvalitet, og kan bidra til å skape forståelse av hvordan personer opplever god livskvalitet i livsomveltende situasjoner.

### 2.1 Salutogenese

«Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller skrøpeligheit» (WHO, 2020a, s. 1). Ifølge WHO's definisjon består helse av mer enn bare fravær av sykdom, og leder oss inn på det helsefremmende perspektivet om hva som bidrar til god helse.

I motsetning til patogenese, hvor fokuset er på hva som skaper sykdom, er salutogenese en vitenskapelig orientering rettet mot hva som skaper god helse, altså helsen opprinnelse og hvilke ressurser som skaper og opprettholder helse (Mittelmark et al., 2017, s. 7). Aaron Antonovsky, en israelsk-amerikansk medisiner og sosiolog, oppdaget gjennom egne forskningsprosjekter hvordan mennesker selv kunne skape god helse (Mittelmark et al., 2017, s. 7-8). Han beskrev at mennesket levde i et kontinuum av helse (ease) og sykdom (dis-ease), og var opptatt av hvilke betingelser, faktorer og ressurser som var avgjørende for å bevege seg mot helse i kontinuumet (Eriksson, 2017, s. 94). Han mente dermed at måten folk forsto sine liv på, var sentralt i hvordan de opplevde egen helse. Antonovsky utarbeidet et nytt teoretisk rammeverk for helse, kalt salutogenese, som han mente skulle være en guide i det helsefremmende arbeidet (Antonovsky, 1996).

#### 2.1.1 Generelle motstandsressurser

Antonovsky kalte faktorer som påvirker helsen for stressorer, og mente at disse stressorene kan gi tre utfall når mennesker opplever dem. Stressorer kunne resultere i et sammenbrudd for

personen, ha ingen innvirkning på tilværelsen, eller at individet håndterer stressorer godt og beveger seg i retning helse (Eriksson, 2017, s. 94). Han definerte generelle motstandsressurser som alt som støtter en persons, gruppes eller et lokalsamfunns evne til å håndtere stressorer, og kan være både interne og eksterne ressurser (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 42; Idan et al., 2017, s. 57). Eksempel på interne ressurser er økonomi, intelligens, kunnskap og håndteringsstrategier, mens eksterne ressurser handler mer om sosial støtte og materielle ressurser (Idan et al., 2017, s. 57). Ifølge Antonovsky var bruken av generelle motstandsressurser avgjørende for hvorfor noen håndterte stressorer bedre enn andre (Antonovsky, 1996). Med andre ord er det ikke bare å ha disse ressursene tilgjengelig, men også kunne bruke dem på en måte som gagnar helsen (Lindström et al., 2015, s. 30).

Antonovsky mente at generelle motstandsressurser er med på å bygge individets *opplevelse av sammenheng*. Meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner er fire essensielle motstandsressurser som må være tilgjengelig for å skape en sterk *opplevelse av sammenheng* (Antonovsky, 1996; Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 45; Lindström et al., 2015, s. 30). En sterk *opplevelse av sammenheng* hjelper individet å mobilisere ressurser til å håndtere stressorer i livet og bevege seg i retning helse (Mittelmark & Bauer, 2017, s. 7).

### 2.1.2 Opplevelse av sammenheng

Ifølge Antonovsky var *opplevelse av sammenheng* (OAS) selve svaret på salutogenese (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 105; Lindström et al., 2015, s. 15). OAS er en global livsorientering bestående av tre dimensjoner kalt begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet handler om opplevelsen av at stimuli i det indre eller ytre miljø er kognitivt forståelig, og dermed strukturert, forutsigbar og forståelig informasjon istedenfor støy – kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet og uforståelig (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39; Lindström et al., 2015, s. 28). En person med sterk OAS forventer at fremtidige stimuli er forutsigbare, og dersom stimuli eller hendelser kommer overraskende, vil en person med sterk OAS kunne plassere hendelsen i en sammenheng som gjør hendelsen forklarlig eller forståelig (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39-40).

Håndterbarhet handler om i hvilken grad personer opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne håndtere kravene og stimuliene man blir stilt overfor (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 40). Disse ressursene har enten individet selv kontroll over eller at de kontrolleres av en legitim annen – en person man stoler på og har tillit til som

eksempelvis ektefelle, kollega, venn eller lege. En person med sterk OAS opplever å ha tilgjengelige ressurser, både i seg selv og omgivelsene, og har evne til å bruke dem i møte med livets utfordringer (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 40).

Meningsfullhet går ut på å være engasjert både som deltaker i prosessene som former ens egen skjebne, og i eget hverdagsliv (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Det vil si at en person med sterk OAS opplever å ha viktige livsområder de engasjerer seg i fordi det gir mening følelsesmessig og kognitivt. Aktiviteter forbundet med disse områdene, oppfattes som utfordringer som er verdt å følelsesmessig engasjere seg i (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Alle tre dimensjonene samspiller med hverandre, men meningsfullhet er selve drivkraften i livet. Gjennom mening er man villig til å finne ressurser og skape struktur, som da styrker de to andre komponentene håndterbarhet og begripelighet (Lindström et al., 2015, s. 28-29). En person med sterk OAS vil føle at livet er forståelig rent følelsesmessig, og at tilværelsens utfordringer er verdt å engasjere seg i fordi det gir mening, og ikke bare er belastninger man helst ville vært foruten (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41).

Antonovsky mente at OAS ikke skal betraktes som en mestringsstrategi eller som personlighetstrekk, men heller som en livsinnstilling og mestringsressurs, som gjør individet i stand til å velge ulike håndteringsstrategier for å løse utfordringer i livet (Lindström et al., 2015, s. 29).

### 2.1.3 Sammenhengen mellom OAS og livskvalitet

I et historisk perspektiv er Platon en av filosofene som har påvirket vestlige tradisjoners tro om hva som er «det gode liv» (Lindström, 1992). Hans tankegang var at logisk resonnering og tanker om sannhet var de beste verdiene i livet, og at man skulle heve seg over menneskelige følelser og perspektiver. Platons elev Aristoteles, var derimot mer opptatt av at et liv uten utfordringer og engasjement i menneskelige relasjoner, selv når det innebar risikoer, var meningsløst (Lindström, 1992). I Ottawa-charteret, som la grunnlaget for helsefremmende arbeid, beskrives helse som en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære (WHO, 1986). Denne forståelsen av helse har paralleller til Platons tankegang, mens eksempelvis salutogenese, inkluderer risiko eller stressfaktorer som en naturlig del av livet og ligner mer Aristoteles' definisjon av «det gode liv» (Lindström, 1992; Lindström et al., 2015, s. 15).

Den generelle oppfatningen i befolkningen er at helse er tett forbundet med sykdom eller fravær av sykdom, med andre ord et negativt konsept (Lindström, 1992). Ved å derimot se på helse og livskvalitet fra et helsefremmende perspektiv med positive verdier og ressurser, kan

helse endres til et mer positivt konsept hvor sykdom er mindre sentralt. Hensikten med å forske på salutogene faktorer innenfor livskvalitet, er dermed å understreke helse som en positiv ressurs (Lindström, 1992). En salutogen tolkning av begrepet livskvalitet kombinerer de globale, eksterne, mellommenneskelige og personlige ressurser hos et individ, en gruppe eller et samfunn (Eriksson & Lindström, 2007). Disse fire dimensjonene former en holistisk definisjon av livskvalitet basert på den salutogene teorien; «Livskvalitet er hele eksistensen til et individ, en gruppe eller et samfunn, og beskriver essensen av eksistens målt objektivt og subjektivt opplevd av individet, gruppen eller samfunnet» (Eriksson & Lindström, 2007).

En sterk OAS er forbundet med god helse, og ofte den psykiske helsen, som delvis overlapper begrepet livskvalitet (Lindström et al., 2015, s. 47). Det er forsket på sammenhengen mellom OAS og livskvalitet, og Eriksson og Lindström (2007) beskrev hvordan disse to begrepene henger sammen i en systematisk oversikt over publisert forskning, doktorgrader og bøker om salutogenese fra 1992-2003. Studien antydde at OAS påvirket livskvalitet, og at sterk OAS kunne gi bedre livskvalitet. Longitudinelle studier inkludert i oversikten bekreftet validiteten av OAS som viktig for god livskvalitet (Eriksson & Lindström, 2007).

### 3 Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet presenter jeg studier om livskvalitet og fedmekirurgi. Jeg presenterer først søkestrategien og hvilke søkeord jeg kom frem til. Deretter presenterer jeg studier som kom frem i søket om livskvalitet og personer som hadde gjennomgått fedmekirurgi. I tillegg vil jeg presentere studier som har beskrevet sammenhengen mellom livskvalitet og salutogenese.

#### 3.1 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur foretok jeg systematiske søk i databasene Medline, Oria, Web of Science og PsycINFO, og tabell 3.1 viser en oversikt over søkeordene jeg brukte. Først og fremst ønsket jeg å bruke «opplevelse av sammenheng» eller «sense of coherence» for å få med det salutogene perspektivet i søket. Grunnet få treff endte jeg opp med å inkludere søkeord som «wellbeing» og «quality of life» for å finne mer litteratur. Jeg valgte å søke med både norske og engelske ord i Oria, men brukte kun engelske ord i de andre databasene grunnet få treff med norske søkeord. Inkludering av ordene «wellbeing» og «quality of life» i tillegg til OAS/SOC ga svært mange treff i flere av databasene. Jeg avgrenset derfor søkene til kun systematiske oversikter og satte grense på forskning fra 2010-2020. Jeg valgte ut relevante oversikter ved å lese overskrifter/sammendrag. Deretter tok jeg vekk begrensningen om systematiske oversikter, og vurderte enkeltstudier på lik måte.

**Tabell 3.1 Oversikt over søkeord**

Voksne (18+)	Fedmekirurgi	Livskvalitet/opplevelse av sammenheng
Patient*	“bariatric surgery”	“Quality of life”
Person*	“metabolic surgery”	wellbeing
Adult*	“weight-loss surgery”	“sense of coherence”
People	“Obesity surgery”	“health-related quality of life”
	“weight reduction surgery”	“health status”
Pasient*	“biliopancreatic diversion”	Livskvalitet
Person*	“duodenal switch”	«Helserelatert livskvalitet»
	“laparoscopic band”	Velvære
	“lap band”	“Opplevelse av sammenheng”

	“gastric band” “Gastric bypass” Gastroplasty “gastric sleeve” “Sleeve gastrectomy”  Fedmekirurgi Fedmeoperasjon “Vektreduserende kirurgi”	
--	---	--

Store deler av de relevante studiene funnet i søket var engelskspråklige, men jeg fant også noen norske studier. Jeg foretok også en grundig gjennomgang av litteraturlister fra alle relevante studier for å avdekke at jeg ikke gikk glipp av interessant informasjon og forskning. På den måten fant jeg blant annet studier som beskrev sammenhengen mellom salutogenese og livskvalitet.

### 3.2 Livskvalitet etter fedmekirurgi

En systematisk oversikt av Andersen et al. (2015) viste gode resultater på helserelatert livskvalitet hos personer som hadde hatt fedmekirurgi. Oversikten tok for seg studier med oppfølging ifra ett til fem år etter operasjon. Pasientene hadde en positiv utvikling i scoren fra de pre-operative til de post-operative målingene. Alle de syv inkluderte artiklene i denne oversikten viste statistisk signifikant bedring av pasientenes helserelaterte livskvalitet (Andersen et al., 2015). Scoren sank derimot på femårskontrollen, men forble høyere enn før operasjon. Pasientenes totale score på helserelatert livskvalitet lå lavere, selv etter operasjon, enn den generelle befolkningsscoren på helserelatert livskvalitet (Andersen et al., 2015).

En norsk studie av Karlsen et al. (2013) pekte også på bedring i helserelatert livskvalitet etter fedmekirurgi. Studien sammenlignet personer som hadde gjennomgått fedmekirurgi med en gruppe personer med sykkelig fedme som gjennomgikk et livstilsopplegg for vektreduksjon. De fant ut at begge gruppene hadde bedring i helserelatert livskvalitet, og ved sammenligning scoret gruppen som hadde hatt fedmeoperasjon høyere på helserelatert livskvalitet enn livsstilgruppen. Gruppene ble testet før operasjon og livstilsopplegg, og 1 år

etter intervensjonene, og studien brukte the Medical Outcome study 36 (SF-36), Weight-loss quality of life (OWLQOL) og Weight Related Symptom Measure (WRSM) for å måle både fysiske, mentale og emosjonelle aspekter, samt symptomer på fedme og bekymringer (Karlsen et al., 2013). SF-36 er et av de mest brukte skjemaene til å måle helserelatert livskvalitet hos pasienter med sykkelig fedme (Karlsen et al., 2011; Kushner & Foster, 2000).

En norsk kvalitativ studie av Natvik et al. (2013) belyste kompleksiteten rundt fedmekirurgi og livet etterpå, og fremhevet ambivalens som sentralt i pasienters langtidserfaringer. Studien undersøkte personer som hadde gjennomgått fedmekirurgi  $\geq 5$  år etter operasjon. Mange av deltakerne i studien fortalte om store kroppslige forandringer som de ikke nødvendigvis var forberedt på. I tillegg opplevdes det ikke alltid positivt med all oppmerksomheten de nå fikk av omverden. Deltakerne fortalte om stigmatisering fra samfunnet i forkant av vektreduksjonen, og hvordan relasjoner ble satt på prøve gjennom prosessen. Flere påpekte det at å bevege seg føltes rart fordi kroppen manøvrerte ennå som om den var stor og overvektig, selv flere år etter operasjon. En deltaker beskrev at man som overvektig var vant til å gå sidelengs gjennom dører og gi god plass til personer en møtte i en trang korridor. Deltakeren oppdaget at han ennå gjorde det i slike settinger. For noen av deltakerne var den fysiske komponenten svært betydningsfull for livskvaliteten etter kirurgi, ofte forbundet med aktivitetsglede og økte muligheter til å være i aktivitet. For andre spilte sosiale og psykiske komponenter en større rolle i hvordan de erfarte seg selv og livet sitt etter fedmekirurgi. Stort sett beskrev pasientene at livet var blitt bedre etter operasjon, på samme tid som de uttrykte ambivalens knyttet til endringene behandlingen innebar (Natvik et al., 2013).

En annen norsk kvalitativ studie av Groven et al. (2010) ønsket å belyse at det ikke bare var positive utfall av en fedmeoperasjon, og undersøkte negative konsekvenser hos kvinner som hadde gjennomgått fedmekirurgi. Det kom frem at de slet med kroniske smerter, lavt energinivå, nedsatt arbeidskapasitet og kroppsskam. Kvinnene fortalte at disse problemstillingene hadde gått utover det sosiale livet deres, samt at de hadde blitt mindre fysisk aktive. I tillegg beskrev de at både nære og fjerne kommenterte at de hadde hatt en negativ personlig forandring, da de før operasjon opplevdes mer livlige og energiske. Livskvaliteten til disse kvinnene hadde gått fra å være god før operasjon til svært bra første tiden etter operasjon. Deretter kom økende smerter i kroppen, fatigue og energiløshet som resulterte i dårligere livskvalitet i forhold til før operasjon. Nettbaserte diskusjonsforumer for personer som gjennomgår fedmeoperasjon, kuttet flere av kvinnene ut fordi de opplevde at de ikke kunne dele sine negative erfaringer der. Slike nettforumer skal gi informasjon og



muligheter til erfaringsdeling mellom personer som skal eller har gjennomgått fedmekirurgi. Kvinnene fortalte om opplevelser av at disse forumene var et sted man kun skulle skryte av vektreduksjonen, og at det lignet en intern konkurranse om å gå mest mulig ned i vekt. Ettersom flere av kvinnene hadde opplevd vektøkning etter operasjonen grunnet utmattelse og smerter, var det for noen av dem svært skamfullt å snakke om hva de hadde gjennomgått (Groven et al., 2010).

Forskning peker på at det er kjønnsmessige forskjeller i livskvalitet etter fedmekirurgi. Som en av få studier undersøkte Le Foll et al. (2019) forskjeller i livskvalitet hos menn og kvinner pre-operativt og inntil to år etter fedmekirurgi. Studiens resultat pekte mot at menn rapporterte om høyere livskvalitet før operasjon enn kvinner, og livskvaliteten var nokså stabil i tiden etter operasjon. Rundt 15 måneder etter operasjon er det vanlig at vektreduksjonen stopper opp, og at pasientenes vekt også øker litt igjen før den stabiliserer seg. Kvinnene rapporterte om økt livskvalitet frem til 15 måneder etter operasjon, og mellom 15 og 24 måneder sank scoren. I disse ni månedene rapporterte kvinnene lavere score på sosialt liv, jobb, fysisk aktivitet og stort fall i selvtillit. Mennene i denne studien gikk opp i vekt mellom 18-24 måneder, men hadde uendret score på livskvalitet, mens kvinnene hadde uendret KMI, men scoret lavere på livskvalitet. Studien antydte at den kraftige nedgangen i kvinnenens livskvalitet kunne skyldes vektoppgang eller vektstagnering. Andre årsaker som ble nevnt var individuelle komplikasjoner og bivirkninger av operasjon, samt at pasientene hadde urealistiske tanker om livet etter operasjon. Studien målte livskvalitet via The Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II, som måler selvfølelse, tilnærming til fysisk aktivitet, sosiale relasjoner, arbeid, seksuallyst og interesse for mat. Pasientene svarte på spørreskjemaet hver tredje måned i to år. Funnene er usikre da mange deltakere droppet ut av forskningsprogrammet etter operasjon (Le Foll et al., 2019).

En nyere studie av Cooman et al. (2019) ga uttrykk for at det kan være forskjeller i livskvalitet blant ulike aldersgrupper. Studien undersøkte forskjeller i vektreduksjon og livskvalitet blant unge voksne (18-25 år) og eldre voksne (35-55 år) som gjennomgikk fedmekirurgi. Helserelevanter livskvalitet ble målt med SF-36 før operasjon, ett år etter, to år etter og tre år etter operasjon. Resultatet var at den yngre aldersgruppen gikk mer ned i vekt enn den eldre, og ble forklart med at den yngre aldersgruppen ikke hadde levd like lenge med fedme og hadde derfor lettere for å endre livsstil. I tillegg var sannsynligvis metabolismen deres mer effektiv. Forskjellen i vekt nedgang hos de to aldersgruppene var ikke signifikant, men forfatterne anså det som et interessant funn. Det var derimot signifikante bedringer hos begge grupper på mentalt og fysisk velvære, mens emosjonelt velvære var omtrent uendret

siden før operasjon. Studien gikk ikke nærmere inn på hva årsaken til dette funnet kunne være, annet enn å kommentere at de underliggende mekanismene for emosjonelt velvære ikke er helt forstått (Cooiman et al., 2019).

En annen svensk studie av Dreber et al. (2018) hadde samsvarende resultater for forskjeller i helserelatert livskvalitet blant ulike aldersgrupper etter fedmekirurgi. I denne studien ble SF-36 og Obesity Problem scale (OP) brukt for å måle livskvalitet. Fem år etter operasjon rapporterte den yngste aldersgruppen (18-25 år) liten til ingen bedring i mentale aspekter ved helserelatert livskvalitet sammenlignet med den eldste aldersgruppen ( $\geq 26$  år). Det var derimot store forbedringer i de fysiske aspektene i begge grupper (Dreber et al., 2018).

Forskning har antydnet at fedmekirurgi har en positiv innvirkning på livskvalitet generelt, men at det påvirker mer fysiske aspekter enn psykisk aspekter (Kunnskapssenteret, 2014; Lindekilde et al., 2015). Spirou et al. (2020) pekte på at angst, depresjon og overspising kan bedres etter fedmekirurgi. Studiens resultat tydet imidlertid på at tilbakefall av slike plager forekom etter noen år. Artikkene i denne systematiske oversikten hadde gode resultater på både angst, depresjon og overspising rett etter operasjon, men bare ni av 48 studier hadde med oppfølging etter to år. Kun tre av disse ni studiene testet deltakerne fem år etter operasjon. Fem år etter operasjon var resultatene som omfattet angst, depresjon og overspising sprikende. En studie rapporterte om reduserte symptomer, en annen rapporterte samme symptomer som før operasjon og en tredje rapporterte økende symptomer. Funnene indikerte at fedmekirurgi bedret med stor sannsynlighet pasientenes psykiske helse i det korte løp, mens effekten var mer usikker i det lange løp (Spirou et al., 2020).

Disse funnene sammenfaller med Kunnskapssenteret (2014) forskningsoppsummering av langtidseffekter etter fedmekirurgi. Oppsummeringen beskrev fedmekirurgi som en effektiv behandlingsmetode for vekttap blant personer med sykelig fedme ( $KMI \geq 35$   $kg/m^2$  med minst en følgesykdom eller  $KMI \geq 40$   $kg/m^2$ ), men at den langvarige ( $<10$  år) effekten er usikker. Konklusjonen baserte seg på at det er manglende forskning på personer som har gjennomgått fedmekirurgi ti år etter operasjon (Kunnskapssenteret, 2014).

Det er etter hvert blitt et økende fokus på bruk av psykososiale intervensjoner i etterkant av fedmekirurgi for at pasienten skal kunne ivareta vektnedgangen og få økt livskvalitet. En nylig systematisk oversikt av David et al. (2020) hentydet at psykososiale intervensjoner har gode effekter på spisevaner, depresjon, angst og livskvalitet. I tillegg hadde kognitiv atferdsterapi spesielt god effekt på emosjonellstyrt spising. De vanligste psykososiale intervensjonene som ble brukt var læring om mental helse, problemløsning, lære å ta vare på

seg selv samt forebygging av tilbakefall til uheldige spisevaner. I 24 av 44 studier ble intervensjonene satt i gang etter operasjon. Disse studiene antydte bedre effekt ved postoperative intervensjoner enn de studiene som kun hadde pre-operative intervensjoner og de studiene som hadde intervensjoner både før og etter operasjon. Forfatterne beskrev at en mulig årsak kunne være at pasientene var mer opptatt av oppfølging og råd og dermed mer mottakelig i etterkant av operasjon. En fornyet fremtidsoptimisme og opplevd kontroll over helseatferd beskrev de også som mulige bidragsyttere til hvorfor slike intervensjoner hadde bedre effekt etter operasjon (David et al., 2020).

Personer med fedme som søker behandling kan ofte ha forventninger til livet etter kirurgi. En systematisk oversikt av Cohn et al. (2019) inkluderte kvalitative studier som undersøkte pasienters forventninger til fedmekirurgi. Studien antydte at ulike faktorer som én eller flere livsstilssykdommer, støttende familie/venner og samtaler med helsepersonell bidro i beslutningsprosessen om å velge en slik behandling. Pasientene hadde forventninger om bedre fysisk helse og positive forandringer i hvordan de oppfattet seg selv, samt bedre relasjoner og forhold. Mange ønsket et større engasjement i samfunnet i form av arbeid. Kun et fåtall av de inkluderte studiene undersøkte pasientenes opplevelser i etterkant av operasjonen. De som gjorde det, pekte i retning av at fedmekirurgi ikke innfridde pasientenes forventninger til vektreduksjonen og bedring i psykososiale aspekter. Forfatterne pekte på at helsepersonell ofte er mest opptatt av de medisinske utfallene, mens pasienten vektlegger livskvalitet og kontroll over livet i større grad. Ifølge forfatterne kan denne uoverensstemmelsen mellom helsepersonell og pasient ha bidratt til å høyne pasientens forventninger i form av at helsepersonellet forventer en viss vektreduksjon med inngrepet og bedring i følgesykdommer (Cohn et al., 2019).

I en enkelstudie av Coulman et al. (2020) etterlyste pasientene langtidsoppfølging av et tverrfaglig team etter fedmeoperasjon, og opplevde lite støtte fra helsepersonellet som fulgte dem opp etter operasjonen. Det interessante i denne studien var at pasientene som hadde hatt fedmekirurgi for mindre enn to år siden, følte seg bedre ivaretatt av helsepersonellet enn dem som hadde gjennomgått operasjon for mer enn to år siden. Deltakerne som hadde hatt operasjon for mer enn to år siden uttrykte en følelse av at helsepersonellet ikke brydde seg om langtidsbivirkninger som følge av operasjon og vektnedgang, og at disse problemstillingene ikke ble håndtert godt nok av helsepersonellet. De var heller ikke sikre på hvem de skulle henvende seg til med komplikasjonene, og en deltaker uttrykte at hun følte at komplikasjonene hennes ødela «ryktet» til helsepersonellet som fulgte henne opp. At pasienter ikke nødvendigvis får oppfylt sine forventninger om

behandlingseffekt har satt søkelys på oppfølgingen, og om den er mangelfull (Coulman et al., 2020; Le Foll et al., 2019; Spirou et al., 2019).

En norsk kvalitativ studie av Groven et al. (2017) undersøkte erfaringer med fysisk aktivitet etter fedmekirurgi hos ti norske kvinner. Kvinnene prøvde ulike aktiviteter for å holde seg fysisk aktiv, men beskrev at det ikke alltid var lett å holde aktivitetsnivået oppe grunnet variabelt energinivå, bivirkninger av operasjonen, fordøyelsesproblematikk og akutte episoder med sykdom under og etter aktivitet. Flere av kvinnene fant derimot minst én meningsfull aktivitet de trivdes med. Aktivitet hjalp også til å ta fokuset bort fra mat, og gjorde at flere fikk bedre kontroll over emosjonene knyttet til mat og kosthold. Yoga ble viktig aktivitet for flere fordi det både ga en god opplevelse av bevegelse og bevisstgjorde dem på egen kropp i samspill med omgivelsene. I tillegg kunne yoga utføres på tross av manglende energi og utmattelse (Groven et al., 2017).

### **3.3 Salutogenese og livskvalitet**

En systematisk oversikt av Eriksson og Lindström (2007) er en av få studier som har undersøkt sammenhengen mellom *opplevelse av sammenheng (OAS)* og livskvalitet. Flere av studiene inkludert i oversikten hentydet en sammenheng mellom livskvalitet og OAS. Resultatene er derimot av begrenset omfang og ikke nødvendigvis tilstrekkelig for å gi et klart bilde på hvordan det henger sammen ettersom studiene brukte mange ulike skjemaer for å måle livskvalitet. Eriksson & Lindström (2007) beskrev flere av måleskjemaene som patogene fordi skjemaene målte symptomer, risikofaktorer og sykdom. Et eksempel er Sickness Impact Profile og Nottingham Health Profile, som ofte betegnes som skjemaer for livskvalitet, men som kun måler fysiske symptomer. Disse skjemaene vektlegger generell helse, og tolkes til at dårlig helse gir dårlig livskvalitet (Eriksson & Lindström, 2007). SF-36 måler imidlertid emosjonelle, sosiale og eksistensielle elementer ved livskvalitet (Eriksson & Lindström, 2007).

For å måle livskvalitet mer spesifikt, brukte flere av de inkluderte studiene eksempelvis Czapinski's QOL Questionnaire, The EORTC QoL Questionnaire-C30, The Comprehensive QoL Scale og The World Health Organization QoL scale for å nevne noen. Flere av disse skjemaene måler følgelig funksjonsbegrensninger, uførhet og sykdomssymptomer. Oversiktens funn sammenfaller likevel med hypotesen om at OAS har innvirkning på livskvalitet. Uavhengig av det anvendte måleskjemaet, pekte funnene mot at jo sterkere OAS desto bedre var opplevd livskvalitet. Oversikten antydte også at bruk av

spesifikke måleskjema på livskvalitet, korrelerte OAS sterkere med livskvaliteten til deltakerne. Korrelasjonen var noe svakere ved bruk av generelle måleskjemaer på livskvalitet. Forfatterne beskrev i tillegg hvordan familiær OAS kan predikere familiær livskvalitet, og hvordan barn av foreldre med sterk OAS håndterer sykdom med positive strategier og god selvtillit (Eriksson & Lindström, 2007). Tverrsnittstudiene og de longitudinelle studiene i oversikten hentydet at OAS fremmet livskvalitet hos blant annet pasienter med schizofreni, hjertesykdom, eldre med frakturer og middelaldrende personer med psykiske lidelser (Eriksson & Lindström, 2007).

Nyere studier har også pekt på sammenheng mellom OAS og livskvalitet hos ulike pasientgrupper. Floyd et al. (2011) undersøkte sammenhengen mellom OAS og livskvalitet hos pasienter med lungekreft. Studiens resultat pekte mot at OAS er positivt assosiert med livskvalitet og at OAS muligens er en beskyttende faktor med hensyn til psykologiske tilpasninger og livskvalitet hos kreftoverlevende (Floyd et al., 2011).

En studie av Sarenmalm et al. (2013) undersøkte om OAS predikerte stressende livshendelser, håndteringsstrategier, helsestatus og livskvalitet hos kvinner nylig diagnostisert med brystkreft. Studiens resultat antydte at kvinnene med sterk OAS hadde bedre helsetilstand og livskvalitet og hadde færre stressende livshendelser. Disse kvinnene brukte flere håndteringsstrategier enn dem med svak OAS. Kvinnene med svak OAS aksepterte sjeldent egen situasjon, og rapporterte om dårligere helsetilstand og livskvalitet, uavhengig av sykdomsstadiet og behandling. Noen av kvinnene gjennomgikk en re-operasjon grunnet tilbakefall av kreft, hvilket kan ha større påvirkning på helsetilstand og livskvalitet enn antydte i studien. 13-item SOC Scale ble brukt til å måle OAS, og bygger på de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. For å måle livskvalitet og helsetilstand brukte de The EORTC QoL Questionnaire-C30, et spørreskjema som er egnet for kreftpasienter (Sarenmalm et al., 2013).

Oppsummert har disse studiene pekt mot at OAS kan påvirke livskvalitet, og at sterk OAS henger sammen med god opplevd livskvalitet. Studiene av kreftpasienter pekte på hvordan sterk OAS gjorde personer i stand til å oppleve god livskvalitet på tross av sykdom og livsomveltende hendelser. Dersom sterk OAS fremmer god livskvalitet slik resultatene antyder, kan det å undersøke OAS i andre pasientgrupper gi større forståelse rundt opplevd livskvalitet ved andre sykdommer eller behandlinger.

## 4 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Litteratursøket jeg utførte i ulike databaser ga ingen treff på salutogenese og fedmekirurgi. Mange av studiene undersøkte fedmekirurgi og livskvalitet, både generell og helserelatert, men ikke OAS og eventuelt hvordan det hang sammen med livskvalitet for personer som hadde hatt fedmekirurgi. Fedme blir mer og mer forstått som en kronisk sykdom, og helsetjenesten tilbyr fedmekirurgi til personer med sykkelig fedme. Slik behandling vil innebære en stor endringsprosess for dem som gjennomgår den, og er ment å påvirke livskvaliteten til pasientene positivt. Studier som bygger på et førstepersonsperspektiv har gitt innsikt i hvordan slike prosesser erfarer av dem det gjelder, og fått frem nyanserte beskrivelser av motsetningsfylte og krevende endringsarbeid. Hvordan personer som har gjennomgått fedmekirurgi uttrykker seg om OAS og betydninger og meninger som ligger i det, er lite belyst i forskningen. Denne studien kan derfor tilføre ny kunnskap til fedmekirurgifeltet om salutogenese. Innsikt i hvordan personer som gjennomgår fedmekirurgi uttrykker seg om OAS kan gi en mer nyansert forståelse av hva behandlingen innebærer. Studiens resultat kan gi innspill til oppfølging av pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi. Studiens hensikt er å undersøke personer som har gjennomgått fedmekirurgi sine erfaringer av livet etter operasjonen, og jeg har valgt følgende problemstilling:

*Problemstilling:* Hvordan erfarer personer som har gjennomgått fedmekirurgi vektreduksjonsprosessen, og hvordan uttrykker de seg om opplevelse av sammenheng?

Under denne problemstillingen vil følgende forskningsspørsmål også utforskes: Hvordan oppleves endringsprosessen etter operasjon? Hvordan håndterer deltakerne livet etter operasjon? Hvordan uttrykker de seg om indre og ytre ressurser?

## 5 Metodologi

Gjennom ulike forskningsmetoder kan man innhente ny vitenskapelig kunnskap som kan gi svar på forskningsspørsmål og problemstillinger som oppstår (Creswell & Creswell, 2018, s. 19). I denne studien har jeg benyttet kvalitative forskningsintervju og *thematic analysis* (TA), eller tematisk analyse på norsk, som er en mønster-basert analysemetode innenfor kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2013, s. 173). Jeg vil i dette kapittelet først beskrive den vitenskapsteoretiske forankringen for oppgaven, og deretter beskrives datainnsamlingsprosessen og etterarbeidet med det innsamlede materialet. Videre legger jeg frem hvordan kvalitet i kvalitativ forskning sikres, og hvordan jeg forsøkte å etterleve disse kriteriene i denne studien. Til slutt diskuteres etiske aspekter rundt metoden og forskningsprosessen. Masteroppgaven baserer seg på et datamateriale jeg har fått tilgang til, og hvordan jeg har forholdt meg til dette i forskningsprosessen blir beskrevet fortløpende.

### 5.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Epistemologi, også kalt vitenskapsteori eller erkjennelsesteori, handler om hva som er gyldige måter å forstå kunnskap, sannhet og vitenskapelig tenkning på (Malterud, 2017, s. 27-28). Forskningens epistemologiske ståsted påvirker hvilken metode som brukes og hvordan forskningsprosessen utføres (Thomassen, 2006, s. 63-64). Eksempelvis er medisin- og helseforskning dominert av det positivistiske paradigme med en grunnforståelse av at verden består av stabile fenomener som kan observeres, måles og sammenfattes som objektive fakta (Malterud, 2017, s. 26-27). Kvantitative metoder bygger på dette paradigme. Det fortolkende paradigme anerkjenner og undersøker subjektivitet, og med en grunnforståelse om at verden oppfattes forskjellig avhengig av hvilket ståsted individet har (Malterud, 2017, s. 27). Forskeren er sentral og fungerer som et medvirkende redskap i forskningen. Kvalitative forskningsmetoder bygger på det fortolkende paradigme, og med en induktiv tilnærming trekkes det slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017, s. 27).

Eksempler på datamateriale i kvalitativ forskning kan være observasjon, intervju, dokument eller film. Gjennom en induktiv tilnærming til datamaterialet arbeides det frem kategorier og temaer fra materialet, for å skape mening av innholdet (Creswell & Creswell, 2018, s. 181). På den måten kan eksisterende teorier brukes eller nye teorier utvikles, for å utdype forståelse og kunnskap om et fenomen, og forklare funn fra analysen (Creswell & Creswell, 2018, s. 181). Teori er et verktøy til å systematisere ulike konsept for å definere og forstå et fenomen (Silverman, 2017, s. 153).

### *5.1.1 Fenomenologi som epistemologisk ståsted*

I fenomenologi reflekteres det rundt grunnleggende spørsmål om menneskelig eksistens og hvordan det gir implikasjoner for kunnskapssyn og vitenskapsproduksjon (Thoresen et al., 2020, s. 12). Innen fenomenologi rettes oppmerksomheten mot verden slik den oppleves og erfares fra et subjektperspektiv, og forsøker å forstå individers opplevelser (Thomassen, 2006, s. 83). I forskning med fenomenologisk tilnærming er målet å se verden gjennom forskningsdeltakernes øyne. Forskerens forforståelse av fenomenet som undersøkes er et viktig premiss ved utarbeiding av ny kunnskap i fenomenologisk forskning (Thoresen et al., 2020, s. 34). Samtidig skal forskeren være klar over, klargjøre og sette parentes rundt sin opprinnelige forståelse av et fenomen eller en sak, og dermed undersøke fenomenet så fordomsfritt som mulig (Thoresen et al., 2020, s. 36). Å sette parentes omkring egen forforståelse er ikke det samme som å være objektiv til saken, men heller et forsøk på å være åpen for å se hvordan livsverden oppleves for forskningsdeltakerne (Green & Thorogood, 2014, s. 16).

Et førstepersonsperspektiv i medisinsk forskning er viktig for å kunne forstå personlige opplevelser i livsomveltende situasjoner (Thoresen et al., 2020, s. 14). Med en fenomenologisk tilnærming er det ønskelig å forstå opplevelser og meninger, og forsøke å se hva som er unikt med disse betydningene (Green & Thorogood, 2014, s. 17). Dette tatt i betraktning behøver vi kunnskap om det komplekse, kontekstuelle og subjektive for å kunne yte god helsehjelp (Thoresen et al., 2020, s. 15). Jeg har valgt en fenomenologisk forankret tilnærming for å undersøke subjektive opplevelser og erfaringer hos personer som har gjennomgått fedmeoperasjon.

## **5.2 Metodisk tilnærming**

Forskningsmetoden som velges når man skal undersøke noe, avhenger av problemstilling og formålet med studien (Creswell & Creswell, 2018, s. 3). Jeg har valgt et kvalitativt design med intervju som metode. Når man vil undersøke sykdom og helse som dynamiske prosesser i menneskekroppen, behøves det mer enn bare generaliserbar kunnskap som fås gjennom numeriske data (Malterud, 2017, s. 30).

### *5.2.1 Kvalitativ metode*

I kvalitativ forskning er intervju en mye brukt datainnsamlingsmetode (Creswell & Creswell, 2018, s. 187; Thagaard, 2018, s. 13). I en medisinsk sammenheng kan kvalitative metoder



gjøre ulike problemstillinger tilgjengelige for utforskning og forståelse. Slike metoder kan frembringe kunnskap om menneskelige egenskaper som tanker, forventninger, motiver, holdninger, opplevelser og erfaringer (Malterud, 2017, s. 31). I kvalitativ forskning kan man spørre etter betydning, nyanser og mening av atferd og hendelser, og på den måten bidra til forståelse omkring menneskelig atferd (Malterud, 2017, s. 31). Kvalitative metoder egner seg godt på områder det er forsket lite på, og i det medisinske fagfeltet har kvalitative forskningsmetoder en spesiell styrke når det kommer til menneskelig samhandling og erfaring (Malterud, 2017, s. 32).

5.2.1.1 Intervju som metode. Metoden som ble brukt i denne studien var individuelle dybdeintervjuer. I forskningsintervjuer skapes kunnskap i samspillet mellom mennesker (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49), og kan gi informasjon om individers opplevelser, selvforståelse og synspunkter (Thagaard, 2018, s. 13). Intervjuer kan være åpne, semi-strukturerte eller strukturerte, og kan brukes individuelt eller i fokusgruppe. Som intervjuer er det ønskelig at intervjupersonen/deltakeren skal gi fylldige og konkrete beskrivelser av sine erfaringer og handlinger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47), og åpne spørsmål vektlegges for å få frem deltakerens meninger, opplevelser og synspunkter (Creswell & Creswell, 2018, s. 187). Et slikt individfokus får frem informasjon og nyanser som ikke er mulig å få frem ved andre forskningsmetoder. Etersom forskeren bruker seg selv som et verktøy for å innhente informasjon, er tillitsforholdet mellom forsker og deltakere viktig for produksjonen av datamaterialet (Thagaard, 2018, s. 13).

I intervjuer med personer som har gjennomgått fedmekirurgi kan det være mange emosjoner, erfaringer og opplevelser knyttet til temaet fedme og overvekt. Det er derfor viktig at intervjueren er oppmerksom på mulige etiske krenkelser av deltakerens personlige grenser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49). I tillegg må intervjueren være i stand til å håndtere dynamikken i samspillet mellom forsker og deltaker i situasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49). Forskeren kan bruke egen forforståelse til å åpne for størst mulig forståelse av deltakerens opplevelser og synspunkter. Samtidig vil førforståelsen, forskerens kunnskap og teori rundt fenomenet alltid påvirke fortolkningen av datamaterialet (Dalen, 2011, s. 16-17). Intervjueren i denne studien har lang erfaring med intervju som metode i kvalitativ forskning og har intervjuet mange personer som har hatt fedmekirurgi.

## 5.3 Datainnsamling

Datamaterialet som denne studien bygger på, stammer fra et større forskningsmateriale i en studie om poliklinisk oppfølging etter fedmekirurgi. Hovedstudien har til hensikt å bidra med kunnskap som kan utvikle og styrke oppfølging etter fedmekirurgi, slik at pasientene får en best mulig sjanse til å få det bedre både kroppslig, psykisk og sosialt. Nedenfor redegjør jeg for sentrale metodologiske valg knyttet til datainnsamling og analyse.

### 5.3.1 Rekruttering

Forskningsgruppen hadde invitert voksne norskspråklige personer over 18 år som hadde gjennomgått fedmekirurgi for to til tre år siden til intervju, noen måneder før de skulle til årlig poliklinisk oppfølging. Deltakerne ble rekruttert via en tredjeperson, en forskningssykepleier ved en større poliklinikk i Norge. Forskningssykepleieren samarbeidet med det kliniske miljøet på poliklinikken for å identifisere aktuelle deltakere å invitere til studien og kontaktet disse. Deltakere som ønsket å delta samtykket til at prosjektleder fikk deres kontaktinformasjon og kontaktet dem direkte.

### 5.3.2 Utvalg

Utvalget i denne studien besto av ti deltakere, hvor seks av dem var kvinner og fire av dem menn. Alle deltakerne var norskspråklig og aldersspennet var fra 37-58 år. Flere av dem var i arbeid, og noen var uføretrygdet. Antall deltakere i studien var opprinnelig 11, inkludert ett pilotintervju ved en annen klinikk. Deltakeren i dette intervjuet ønsket ikke at andre enn prosjektleder skulle ha tilgang til opplysningene, og intervjuet er derfor ikke inkludert i materialet. I intervjuundersøkelser er et vanlig antall 15 deltakere +/- 10 (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Antallet er en estimering basert på hvor mye tid og ressurser som er tilgjengelig for forskningsprosjektet, samt loven om fallende utbytte (jo flere som blir intervjuet, desto mindre ny informasjon kommer frem) (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Utvalgets størrelse gjorde det mulig for meg å foreta dyptgående analyser av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Det er mulig at flere intervjudeltakere kunne gitt mer informasjon, men i denne oppgaven kunne et større antall deltakere ført til en mer overfladisk analyse.

Ifølge Malterud (2017, s. 58) er informasjonsstyrke i et kvalitativt utvalg et bedre kriterium enn representativitet. Data fra et utvalg med god informasjonsstyrke gir økt mulighet for tvil og ettertanke, samt anledning til å vurdere resultatenes feilmarginer

(Malterud, 2017, s. 60). Gyldigheten av en kvalitativ studie kan trues dersom utvalget er representativt og tilfeldighetsbasert. I denne studien er deltakerne som er inkludert et tilgjengelighetsutvalg, som vil si at forskningssykepleieren brukte eget nettverk til å få tak i kandidater til studien.

### *5.3.3 Forskningsintervju*

Forskningsgruppen ønsket å få frem hvordan oppfølgingen ved fedmepoliklinikk to til fem år etter fedmekirurgi opplevdes. De valgte individuelle dybdeintervjuer for å få frem rike og nyanserte beskrivelser. Hva slags intervjueteknikk man benytter seg av, avhenger av studiens formål, og hvor mye intervjuer ønsker å styre samtalen (Green & Thorogood, 2014, s. 96). I denne studien ble det brukt åpne spørsmål for å gi rom for deltakeren til å reflektere over egne opplevelser. Intervjueren stilte oppfølgingsspørsmål for å stimulere deltakeren til å nyansere og utdype enkelte problemstillinger eller erfaringer.

Intervjuene var semi-strukturerte, som innebærer at forskeren har noen forhåndsbestemte tema og spørsmål å gå ut ifra, samtidig som det gir tid og rom for at deltakeren kan snakke fritt om egne opplevelser. I og med at intervjuet skulle handle om overvekt og fedme som sannsynligvis krever trygghet og ettertanke for å deles, var det viktig å være sensitiv for deltakerens responser og gi han/henne mulighet og tid til å hente frem erfaringer og behov (Malterud, 2017, s. 133).

5.3.3.1 Intervjuguide. En intervjuguide er et hjelpemiddel for å strukturere intervjuforløpet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162), og bør fungere som en huskeliste på temaer intervjuer ønsker å få data om (Malterud, 2017, s. 133-134). Intervjueren utarbeidet en tematisk intervjuguide hvor det ble satt opp temaer med forslag til spørsmål og oppfølgingsspørsmål (se vedlegg 4). Intervjuguiden var en forberedelse og la grunnlag for en progresjon i intervjuene, ved å starte med åpne og lette spørsmål for å bryte isen, og deretter gå mer i dybden.

5.3.3.2 Gjennomføring av intervju. Intervjuer booket møterom på et hotell for å ikke intervjuer på sykehuset. Det var et bevisst valg for at settingen skulle bli mer alminnelig. Intervjuer brukte lydopptaker i intervjuene, hvilket gir mulighet for intervjupersonen å konsentrere seg om intervjuets emne og dynamikk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205).

Jeg fikk tilgang til dette intervjumaterialet gjennom veileder og prosjektleder. Jeg reiste til forskningsgruppens kontorer og fikk låne en PC med en egen innlogging.

## **5.4 Tilnærming til forskningsfeltet**

Før jeg tok kontakt med fagmiljøet, hadde jeg et ønske å få vite mer om hvordan det går med personer som tar fedmekirurgi, og hvordan de erfarer tilværelsen etter operasjon.

Forskningsgruppen jeg kom i kontakt med hadde et datamateriale som skulle analyseres, og jeg fikk tilgang til dette. Prosjektleder søkte meg inn som prosjektmedarbeider, slik at jeg kunne få innsikt i et relevant datamateriale. Under arbeidet med prosjektplanen og kapitlet om litteraturgjennomgang, fikk jeg økt innsikt i operasjonsmetoder, effekter av fedmekirurgi og eventuelle komplikasjoner rundt behandlingen. Etter hvert som jeg fikk innsikt i hvordan dette kan erfares og hva slags kunnskap og forskning som finnes om temaet, har jeg blitt mer ydmyk overfor fedmekirurgi som en nødvendig behandlingsmetode i enkelte tilfeller. Det som vekket min interesse, var hvordan pasientene opplevde økt livskvalitet i etterkant av fedmeoperasjonen. Studiene som kom frem i litteratursøket, ga økt innsikt i pasientenes liv og livskvalitet etter operasjon. Jeg erfarte da at dette oppleves svært ulikt fra pasient til pasient. Gjennom et salutogent perspektiv kunne jeg undersøke pasientenes ressurser og erfaringer fra livet etter fedmekirurgi, hvilket det ikke finnes mye forskning om.

## **5.5 Datamaterialet og etterarbeid**

I samarbeid med forskningsgruppen fikk jeg tilgang til datamaterialet som besto av transkripsjoner fra ti tidligere intervjuer. Jeg prøvde å gå inn i datamaterialet med åpent sinn og reflekterte rundt egen kunnskap og forforståelse av temaet i forkant av lytting og lesing. Jeg dro til forskergruppens lokaler for å få muligheten til å lytte til lydopptakene samtidig som jeg leste igjennom transkripsjonene for første gang. Jeg begynte med intervju nummer én, og lyttet igjennom lydopptaket samtidig som jeg leste transkripsjonen. Jeg anonymiserte transkripsjonen fullstendig ved å ta vekk eventuelle navn deltakeren nevnte, samt stedsnavn og andre opplysninger som var identitetsavslørende. Slik fortsatte jeg til jeg hadde lyttet og rettet alle ti transkripsjonene. Jeg fikk også se bilder fra intervju-lokalet slik det var forberedt før deltakerne ankom. Det var et vanlig møterom med store vinduer mot et atrium, og lagt opp til at intervjuer og deltaker satt på hver sin langside av møtebordet. På bordet lå diktafoner, notatblokk og penn, og det var satt frem kopper til kaffe og vann. Slik fikk jeg enda nærmere innblikk i konteksten rundt intervjuene.

Å lytte til lydopptakene samtidig som jeg leste var en unik mulighet som ga meg en enda større nærhet til intervjusituasjonen og deltakerne. Jeg fikk en «stemme» festet til hvert intervju, som senere i analysen gjorde det lettere å huske deltakerens historie og utsagn. Jeg

tok også notater etter hvert intervju og underveis i lyttingen om umiddelbare tanker eller viktige poeng deltakerne uttalte. I tillegg leste jeg igjennom intervjupersonens feltnotater etter hvert intervju for å se hvilke tanker den personen hadde gjort seg. Jeg kunne også diskutere det med intervjueren selv. Denne prosessen tok meg fire dager å gjennomføre.

Datamaterialet i denne oppgaven består av intervjuer med en gjennomsnittlig varighet på 1 time og 14 minutter. Intervjuene var av ulik lengde, der det lengste varte i 1 time og 37 minutter, mens det korteste varte i 45 minutter. Deltakerne hadde ulike måter å uttrykke seg på, hvorav noen hadde rike og fyldige beskrivelser av egne opplevelser og erfaringer mens andre hadde ikke så lett for å uttrykke seg klart og tydelig. I de sistnevnte tilfellene stilte intervjuer enda flere konkrete spørsmål for å fange essensen samt for å bekrefte eller avkrefte sine oppfatninger av deltakerens erfaringsbeskrivelser. Under arbeidet med transkripsjonene stilte jeg stadig spørsmål til datamateriale for sikre at jeg hadde nødvendig informasjon/erfaringer fra deltakerne til å få frem kunnskap om OAS og fedmekirurgi.

### *5.5.1 Transkripsjon*

Transkripsjon betyr å transformere fra språk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Jeg fikk tilgang til et materiale som var transkribert, men var av varierende kvalitet og de som hadde gjort transkriberingen brukte ulike måter å systematisere transkripsjonene på. Ettersom jeg fikk tilgang til å lytte på lydopptakene fikk jeg også muligheten til å «rette» dem til én form, for å bedre kunne forstå det i etterkant og anonymisere transkripsjonene fullstendig. Inspirert av Kvale og Brinkmann (2015, s. 209) fulgte jeg følgende form; stedsnavn og navn ble satt i [klamme], pauser ble satt i (parantes), pauser i deltakerens resonnement ble markert med (...) og ordlyder, handlinger og kroppsspråk ble satt i parentes (ler). Denne prosessen gjorde at jeg fikk en bedre forståelse for intervjusituasjonen, kunnskap om transkribering og inngående kjennskap til materialet.

Sitater fra deltakerne er presentert i resultatdelen, og uttalelser som ikke var relevante ble redigert bort, merket med [...]. Personene som transkriberte intervjuene hadde brukt forskjellige skriftspråk og forholdt seg ulikt til deltakernes dialekter. Det sistnevnte kan være noe avslørende for deltakernes identitet og opprinnelse, og derfor har jeg valgt å skrive alt på bokmål for å ivareta anonymiteten til deltakerne. Meningsinnholdet er ikke endret.

## **5.6 Analysen**

### *5.6.1 Induktiv tilnærming*

Analyse kan gjøres på ulikt vis, men hovedsakelig er en analyse induktiv eller deduktiv (Green & Thorogood, 2014, s. 205). Ved induktiv analyse dannes temaer og forklaringer i analysen ut ifra datamaterialet selv, uten å prøve og få det til å passe inn i tidligere konsepter eller ideer fra teori. I deduktive analysemetoder dannes temaer og forklaringer fra tidligere konsepter i form av teori, temaer i intervjuguide eller litteratur på forskningsområdet (Green & Thorogood, 2014, s. 205). I praksis er ingen analyse kun deduktiv eller induktiv, men preges ofte av begge tilnærmingene. Balansen mellom de to tilnærmingene avhenger av hensikten med studien og studiens epistemologiske utgangspunkt (Green & Thorogood, 2014, s. 205).

Siden målet med analysen var å få frem deltakernes opplevelser og erfaringer fra livet etter operasjon, var det ønskelig å analysere datamaterialet mest mulig induktivt. I den kvalitative forskningsprosessen er det samspillet mellom egen forforståelse og den teoretiske referanserammen som fører til ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 43). Etersom jeg som forsker analyserer og tolker materialet, var det viktig at jeg hele tiden var bevisst min egen rolle og overveide egen innflytelse på resultatene. Det er ikke mulig å kode data i et epistemologisk vakuum (Braun & Clarke, 2006), men jeg har i stor grad forsøkt å vektlegge deltakernes fortellinger og erfaringer. Analyseprosessen var derfor stort sett preget av en induktiv tilnærming.

### *5.6.2 Tematisk analyse*

I denne studien har jeg valgt å bruke tematisk analyse av Braun og Clarke (2006), en fleksibel analysemetode som egner seg for uerfarne forskere, og er ikke knyttet opp mot en spesifikk teori (Braun & Clarke, 2013, s. 178). Fremgangsmåten går ut på å identifisere, analysere og rapportere mønstre – temaer på tvers av et datamateriale. Analysemetoden hjelper til å organisere datasettet og gir samtidig i rike detaljer og ulike aspekter ved forskningstemaet (Braun & Clarke, 2006). Som uerfaren forsker og student passer metoden godt fordi den har en enkel oppbygning og fremgangsmåte sammenlignet med andre analyseverktøy (Braun & Clarke, 2013, s. 178). Tematisk analyse består av seks faser, som jeg nærmere beskriver under. Jeg forsøker å tydeliggjøre hvilke valg jeg har tatt gjennom analyseprosessen, og med det gi leseren en mulighet til å vurdere valgene som er gjort og utviklingen av resultatene som

legges frem i neste kapittel. Til grunn for analysen lå ti intervjutranskripsjoner og notater som jeg hadde skrevet under lytting til intervjuene.

5.6.2.1 - Fase 1: bli kjent med datamaterialet. Den første fasen i tematisk analyse består av å lese aktivt, analytisk og kritisk igjennom datamaterialet for å lete etter mening, mønstre og lignende (Braun & Clarke, 2013, s. 205). I denne fasen leste jeg nøye igjennom transkriberingene og notatene jeg hadde gjort etter lyttingen. Jeg noterte så ned hva som var betydningsfullt for hver enkelt deltaker, hvilke ytre og indre ressurser de hadde og det generelle synet de hadde på livet etter operasjon. Deretter sammenlignet jeg alle intervjuene for å se hvilke mønstre som gikk igjen blant deltakerne. Jeg gikk tilbake til transkripsjonene og notatene jevnlig for å avdekke eventuelle meninger i den opprinnelige samtalen. Hver enkelt deltaker uttrykte ulike erfaringer og opplevelser fra livet, selv om mange av de samme spørsmålene ble stilt i intervjuet. Disse fortolkningene av datamaterialet la grunnlag for neste fase i analysen. Jeg prøvde bevisst å være åpen for mulige nye temaer og mønstre.

5.6.2.2 - Fase 2: Koding av datamaterialet. Den neste fasen består av å systematisk kode hele datasettet. Braun og Clarke (2013, s. 206) beskriver koding som en prosess hvor man identifiserer aspekter ved datamaterialet relatert til forskningsspørsmålet. Med bakgrunn i det lette jeg etter ord, setninger eller utsagn som ga informasjon og beskrev den enkelte kode. Deretter kodet hver enkelt transkripsjon og satt da igjen med koder fra alle ti intervjuene. Jeg brukte software programmet NVivo 12 (QRS International, 2021) for å bedre organisere kodingen av datamaterialet. Den systematiske kodingen i NVivo 12 hjalp meg til å være i tråd med metoden til Braun og Clarke (2006), ved å gi likeverdig oppmerksomhet til hvert enkelt intervju.

Jeg valgte å kode alle transkripsjonene på langs først, og deretter se etter mønster på tvers av intervjuene. I tråd med Braun & Clarke (2006) kodet jeg for så mange mønstre og temaer som mulig. Kodene skrev jeg inn i en tabell i Word, som jeg senere ville bygge på med temaer/kategorier.

5.6.2.3 - Fase 3: Leting etter temaer. Fase tre handler om å sortere kodene inn i potensielle temaer, og ifølge Braun & Clarke (2013, s. 224) fanger et tema opp viktig informasjon om datamaterialet relatert til forskningsspørsmålet, og representerer et slags meningsmønster innenfor datasettet. Analysing av ulike koder gir grunnlag for et overordnet tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). For å lettere få oversikt over mulige temaer delte jeg tabellen inn i ulike rader og samlet koder som sa noe om det samme, som igjen ble til potensielle temaer og kategorier. Ifølge Braun & Clarke (2013, s. 230) er viktigheten av temaer ikke basert på hvor mye det inneholder, men på om det forteller noe betydningsfullt og

viktig i forhold til forskningsspørsmålet. Derfor tok jeg med alle relevante temaer, uavhengig av omfang. Til slutt satt jeg igjen med seks mulige temaer og 13 undertemaer.

5.6.2.4 - Fase 4: Gjennomgang av de ulike temaene. Ifølge Braun & Clarke (2006, s. 91) består den fjerde fasen av to deler. Den første delen innebærer å gjennomgå kodete utdrag for å se om temaene har nok koder/data til å bestå. Den andre delen består av å gjennomgå hele datasettet for å vurdere om hvert enkelt tema gjenspeiler meningsinnholdet i materialet (Braun & Clarke, 2006, s. 91). For å få bedre oversikt over temaene tegnet jeg opp et tankekart over de mulige temaene og undertemaene. På denne måten var det lettere å avdekke om kodene var plassert under riktig tema, og om kodene ga mening i temaene de sto under med hensyn til forskningsspørsmålet. Jeg kom frem til at en del undertemaer og temaer behøvde et annet navn for å bedre dekke meningsinnholdet.

I tråd med Braun & Clarke (2013, s. 234) vurderte jeg validiteten i hvert enkelt tema ut ifra hele datasettet i denne fasen. Noen av temaene og undertemaene var mindre relevant i forhold til forskningsspørsmålet, og jeg tok derfor vekk disse. Deler av meningsinnholdet i disse temaene og undertemaene var derimot relevant for problemstillingen, og jeg vurderte det som passende under andre temaer. Jeg slo derfor sammen flere temaer og undertemaer. Etter dette satt jeg igjen med tre temaer og 11 undertemaer som ga mening og forståelse i forhold til erfaringer fra personer som har gjennomgått fedmekirurgi.

5.6.2.5 - Fase 5: Definere og navngi tema. Fase fem handler om å identifisere den sentrale betydningen av hva temaene handler om og fastslå hva slags aspekter ved datamaterialet som temaene fanger opp (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Jeg gikk igjennom navnene på temaene og undertemaene for å se at det passet med meningsinnholdet fra deltakernes intervjuer. Jeg redefinerte navnet på flere temaer og undertemaer slik at det gjenspeilte meningsinnholdet i intervjuene (se tabell 5.6). Jeg var hele tiden bevisst på hva temaene kunne belyse i forhold til problemstillingen, og hvordan de svarte på forskningsspørsmålet.



**Tabell 5.6 – Eksempler over koder, undertema og tema**

<b>Koder</b>	<b>Undertema</b>	<b>Tema</b>	<b>Overordnet tema</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindre mengde</li> <li>• Spise på klokken</li> <li>• Glede med mat</li> <li>• Sult-/matlyst og metthetsfølelse</li> <li>• Matintoleranse</li> </ul>	<i>Mat</i>	<b>Forhold til mat og vekt</b>	<b>Det nye livet</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ukentlig veiing/kontrollering av vekt</li> <li>• Frykt for vektøkning</li> <li>• Stabilisering av vekt etter operasjon</li> <li>• Stressfaktor</li> </ul>	<i>Vekt</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedret søvn</li> <li>• Kjøpe vanlige klær, i riktig størrelse</li> <li>• Føle seg fin</li> <li>• Tørre å ta plass i sosiale sammenhenger</li> </ul>	<i>Endringer</i>	<b>Forventninger og endringer etter fedmekirurgi</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Å gå ned i vekt, vektmål</li> <li>• Bedring av tilleggsykdommer</li> <li>• Lettere å være til</li> <li>• Mindre smerter i ledd</li> <li>• Kunne handle vanlige klær</li> </ul>	<i>Forventninger</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Åpenhet rundt operasjon</li> <li>• Familie/venner/bekjente som har gjennomgått operasjon</li> <li>• Støtte i valget om operasjon</li> </ul>	<i>Støtte fra nære/familie</i>	<b>Aksept og forståelse fra omverden</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuell- og gruppe oppfølging</li> <li>• Få hjelp til det man trenger</li> <li>• Telefonoppfølging</li> </ul>	<i>Oppfølging fra poliklinikk</i>		

Ut ifra de tre temaene som kom frem ut av analysen, var alle deltakerne representert via korte sitater eller setninger, men noen deltakers bidrag har fått større plass enn andre. Årsaken til det var at disse deltakerne hadde lett for å uttrykke seg og ga fyldige og detaljerte beskrivelser av egne opplevelser, mens andre ga kortere og mindre fyldige svar.

5.6.2.6 - Fase 6: Produsere rapporten. Den siste fasen i tematisk analyse er presentasjon av studiens resultat (Braun & Clarke, 2006, s. 93). Det ble utarbeidet tre temaer i analyseprosessen som viste seg å henge nøye sammen. Temaene representerte deltakernes subjektive opplevelser og erfaringer om muligheter og begrensninger i livet etter fedmekirurgi. Temaene var et resultat av analysering av hvordan personer som har gjennomgått fedmekirurgi uttrykker seg om OAS og hvilke erfaringer de har fra livet etter fedmekirurgi. I tillegg representerte temaene oppgavens salutogene menneskesyn, ved å vise hvordan ulike stressfaktorer kan påvirke individer og hvilke håndteringsstrategier individene velger.

## **5.7 Kvalitetssikring**

For å sikre troverdighet i kvalitativ analyse og forskning, er det kriterier om transparens, validitet, reliabilitet, overførbarhet og refleksivitet som må oppfylles (Green & Thorogood, 2014, s. 226-227). Følgende beskriver jeg mine refleksjoner rundt forskerrollen, samt hvordan reliabilitet, validitet og overførbarhet er tatt hensyn til for å kvalitetssikre studien.

### *5.7.1 Forskerrolle*

Jeg har i denne studien brukt intervjuer og fortellinger direkte fra deltakere som tidligere har gjennomgått fedmekirurgi for å svare på min problemstilling. Studien vil likevel være farget av meg som student og min forforståelse, ettersom forskeren alltid vil påvirke forskningsprosessen og resultatene som kommer fram av denne prosessen (Malterud, 2017, s. 41)

Jeg har ikke hatt mulighet til å påvirke intervjusituasjonen og deltakerne da jeg ikke utførte intervjuene selv. Min yrkestittel som fysioterapeut påvirket hvordan jeg behandlet materialet og hvordan jeg fortolket det. Jeg har alltid vært opptatt av god helse, og som fysioterapeut ønsker man å optimalisere funksjon og helse for pasientene. Gjennom mitt studieforløp på masteren har jeg tilegnet meg en bredere kunnskap om hva som skaper god helse og endret noe syn på hva god helse innebærer. Den kunnskapen bidro til at jeg var mer åpen i møte med datamaterialet, og hadde en positiv nysgjerrighet om hvordan personer som har hatt fedmekirurgi erfarte livet. Malterud (2017, s.19) har beskrevet viktigheten av forskerens åpenhet i forskningsprosessen for å få frem noe annet enn det forskeren vet, tror eller tar for gitt. Det innebærer også åpenhet for uventede funn og konklusjoner. Malterud (2017, s. 46) påpekte at jo mer overraskende funn en finner i datamaterialet, desto bedre har

forskeren lykkes i å ta imot ny kunnskap fra dataene. Eksempel på et funn som overrasket meg var hvor krevende et restaurantbesøk kunne være for personer som har hatt fedmekirurgi og hvordan forholdet til mat kunne endre seg etter operasjon.

Selv om jeg ikke utførte intervjuene selv, var det fremdeles jeg som skulle lese datamaterialet og se etter mønstre. Malterud (2017, s. 43) har beskrevet at mønstrene vi ser er avhengig av hvilke mønstre vi har evne til å gjenkjenne. Jeg tilstrebet derfor å lese mye litteratur og forskning på fedmekirurgi i forkant av møtet med datamaterialet for å tilegne meg ny kunnskap. På den måten hadde jeg sannsynligvis en bedre evne til å se mønstre jeg ellers ikke ville sett i materialet.

### *5.7.2 Validitet*

I kvalitativ forskning undersøkes komplekse sosiale fenomener, og gjør at funnenes troverdighet ikke kan bedømmes på lik måte som i kvantitative studier. Validiteten handler om hva studien forteller noe om, hva metoden og datamaterialet gir mulighet til å si noe om, og hvilken overførbarhet resultatene har (Malterud, 2017, s. 23). Jeg har forsøkt å beskrive forskningsprosessen både rikt og transparent for at lesere enkelt skal kunne vurdere studiens gyldighet. I forkant av datainnsamlingen satt jeg meg godt inn i litteraturen og forskningen om effekter av fedmekirurgi og erfaringer fra personer som hadde gjennomgått fedmekirurgi. På den måten fikk jeg bedre innsikt og forståelse rundt prosjektgruppens forskning, og hvordan de arbeidet frem ny kunnskap for å utvikle oppfølgingsopplegget for personer som hadde hatt fedmekirurgi.

Det gir validitet til denne studien at jeg har brukt en kjent og godt beskrevet analysemetode. Siden metoden er fleksibel med tanke på teori, kunne jeg bruke en salutogen tilnærming i studien og få svar på forskningsspørsmålet jeg hadde utarbeidet. Gjennom gode beskrivelser av forskningsprosessen har jeg forsøkt å gjøre det klart for leseren hvordan forskningsspørsmålet ble utarbeidet, samt hvordan valg av metode og analyse hang sammen med problemstillingen.

### *5.7.3 Reliabilitet*

Reliabilitet i kvalitative studier handler om troverdighet og pålitelighet av datainnsamlingsmetoden, analysen og forskningsresultatene (Braun & Clarke, 2013, s. 279; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Reliabilitet kan sikres gjennom nøyaktige gjengivelser i transkripsjonene og diskusjon av koder med eksempelvis medstudenter eller veileder. I denne

studien fikk jeg lytte til lydbåndene fra intervjuene og «rette» opp i transkripsjonene for å få en mest mulig nøyaktig gjengivelse av samtalen. Det styrket reliabiliteten i datainnsamlingen. I gruppeveiledning sammen med veileder og medstudenter, gjennomgikk vi eksempler på koder og temaer fra studiens datamateriale. Det var også god hjelp å ha tett kontakt med intervjuer for å bedre kunne forstå og sette meg inn i intervjusituasjonen, og på den måten få en større nærhet til materialet.

Reliabilitet bygger også på inkludering av rådata, altså deltakernes egne utsagn (Green & Thorogood, 2014, s. 229). Under analyseringsprosessen gikk jeg flere ganger tilbake til transkripsjonene og egne notater fra lyttingen for å se at meningsinnholdet stemte og at gjengivelsen var korrekt. På den måten styrket jeg påliteligheten fordi det gir rom for leseren å vurdere mine tolkninger ved å vise sammenhengen mellom rådata og tolkninger (Green & Thorogood, 2014, s. 229).

#### *5.7.4 Overførbarhet og generalisering*

Overførbarhet og generalisering handler om i hvilken grad studiens funn er overførbare til en større populasjon og/eller en annen kontekst (Braun & Clarke, 2013, s. 280; Green & Thorogood, 2014, s. 250). I kvalitativ forskning er utvalget sjeldent representativt for befolkningen, og omhandler en spesifikk kontekst og individer i den konteksten. Utvalget i kvalitative studier skal gi fyldige beskrivelser og få frem nyanser omkring et tema, og det kan være utfordrende å generalisere funnene som kommer frem (Green & Thorogood, 2014, s. 250). Disse individuelle og kontekstavhengige beskrivelsene kan derimot være en utfordring innenfor helseforskning, ettersom man i helseforskning må kunne si noe om i hvilken grad forskningen har betydning en større gruppe pasienter/brukere. Det viktige i kvalitativ forskning er derfor å belyse hvilket forhold studiens funn har til andre populasjoner og settinger, og hvilke slutninger som kan dras ut fra dataanalyseringen (Green & Thorogood, 2014, s. 251).

Resultatene i denne studien kan være til hjelp for både helsepersonell og personer som gjennomgår fedmekirurgi til å bli mer ressursfokusert i en slik behandling. Leser kan likevel vurdere likhetstrekk mellom egen situasjon og situasjonen beskrevet i studien, og på den måten relatere til egen posisjon. Derved kan personlig kunnskap og sammenligning av egne erfaringer føre til forbedret praksis gjennom det som kalles naturalistisk generalisering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 290). For å muliggjøre dette har jeg forsøkt å beskrive kontekstuelle faktorer rundt forskergruppens datainnsamling, utvalget og min egen forforståelse som forsker.

### *5.7.5 Refleksivitet*

Refleksivitet handler om forskerens evne til å se betydningen av ens egen rolle i samhandling med deltakere, det teoretiske perspektivet, dataene og egen forforståelse som forskeren selv bringer med seg inn i prosjektet (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009, s. 17). Refleksivitet krever derfor at forskeren hele tiden er bevisst egen påvirkning på forskningsprosessen (Green & Thorogood, 2014, s. 231).

På grunn av koronapandemien var det ikke mulig for meg å besøke forskningsgruppen gjentatte ganger for å eventuelt lytte igjennom lydopptakene på nytt. Det kunne kanskje ha vært fornuftig til tider, siden det noen ganger var utfordrende å ikke blande deltakernes historier underveis i skriveprosessen. Det førte til at jeg måtte gå enda mer grundig igjennom transkripsjonene underveis for å se at jeg hadde forstått riktig, og for å kunne gjengi deltakernes utsagn og meninger korrekt. Jeg har hele tiden vært bevisst min bakgrunnskunnskap igjennom analysen og behandlingen av datamaterialet. Jeg er glad i å være i aktivitet, og som fysioterapeut er stimulering til aktivitet og bevegelse hos pasientene en viktig del av jobben. Som en betydningsfull ting i mitt liv, la jeg fort merke til deltakernes fysiske aktivitet og funksjon. Fysisk aktivitet kom frem som en betydningsfull del av deltakernes liv, men jeg var hele tiden bevisst på å se etter andre mønstre som handlet om mer enn bare fysiske aspekter ved vektreduksjonen. Jeg vendte derfor ofte tilbake til forskningsspørsmålet for å sikre at jeg fikk med meg nok informasjon i dataene til å kunne svare på problemstillingen.

Veiledning og diskusjon med både medstudenter og veileder gjorde at jeg fikk nye perspektiv og tanker om datamaterialet. Det beriket analyseprosessen og resultatene ved at jeg kunne se ting i nye sammenhenger.

## **5.8 Etikk**

### *5.8.1 Etiske overveielser*

Et overordnet prinsipp i all forskning som involverer mennesker er å ha grunnleggende respekt for menneskeverdet gjennom hele forskningsprosessen, og av etiske hensyn er derfor slik forskning regulert (World Medical Association, 2013). Det omfatter hele prosessen fra valg av tema, datainnsamling, valg av metode, samt ansvar for forskningens samfunnsmessige konsekvenser og for den enkelte deltaker involvert i studien (World Medical Association, 2013). Denne studien inngår i et større forskningsprosjekt som var godkjent i REK (saksnummer 1153932) før datainnsamling (se vedlegg 2), i tråd med forskningsetiske

retningslinjer. Studien ble meldt til personvernombudet ved forskningsansvarlig institusjon, som godkjente den. I tråd med regelverket til REK sendte prosjektleder endringsmelding om at jeg skulle ha tilgang til data (se vedlegg 3).

### *5.8.2 Frivillig informert samtykke*

Alle deltakerne fikk informasjon om studien muntlig og skriftlig, og signerte på at de samtykket til deltakelse før intervju (se vedlegg 1). Informert samtykke betyr at aktuelle deltakere til studien informeres om studiens formål, hovedtrekkene i studiedesignet og mulige risikoer og/eller fordeler ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). En annen viktig del er å informere tydelig til alle aktuelle deltakere at det er frivillig å delta i forskningsprosjektet, samt at de har rett til å trekke seg ut av prosjektet når som helst. Dette ble alle deltakerne informert om i forkant av forskningsgruppens oppstart av prosjektet, og alle de som ønsket å delta signerte på dette.

### *5.8.3 Konfidensialitet*

Personer som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at personlig informasjon blir behandlet konfidensielt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019; Green & Thorogood, 2014, s. 72). Alle lydbånd og andre dokumenter ble oppbevart på sikret og godkjent forskningsserver hos prosjektgruppen. Jeg fikk med meg en kryptert harddisk med alle de anonymiserte intervjutranskripsjonene og feltnotatene fra intervjuer. Jeg oppbevarte harddisken på et sikkert sted hjemme, og skal returnere den til prosjektleder når oppgaven er levert. Kodingsprogramvaren NVivo lar deg beskytte filene man legger inn i programmet med passord, hvilket gjorde det mulig å oppbevare transkripsjonene trygt.

Forskeren skal sørge for at bruk og formidling av informasjon skjer på en forsvarlig måte slik at personene det forskes på ikke skades. Jeg diskuterte kun informasjon og helseopplysninger som kom frem i intervjuene med prosjektleder som hadde intervjuet deltakerne. Bare prosjektleder har informasjon om deltakernes identitet.

### *5.8.4 Etisk formidling av resultatene*

I god kvalitativ forskning dokumenterer og reflekterer forskeren over mangfoldet av deltakernes perspektiver relatert til et fenomen (Creswell & Creswell, 2018, s. 95). Som forsker har jeg bevisst inkludert alle funnene, selv de funn som skilte seg ut. Det er derimot sitat som går igjen fra de samme deltakerne, ettersom disse deltakerne beskrev de ulike

problemstillingene svært detaljrikt og fyldig. Sitatene som er lagt fram i neste kapittel er funn hvor ingen kan kjenne seg igjen i alt, men alle kan kjenne seg igjen i noe.

## **5.9 Oppsummering**

I dette kapitlet har fremgangsmåten jeg brukte i studien blitt presentert. Jeg har beskrevet min tilgang til forskningsfeltet og hvordan jeg har arbeidet med datamaterialet og analysene. Videre har jeg beskrevet hvordan jeg tilstrebet kvalitet og gode etiske vurderinger igjennom hele forskningsprosessen. Denne studien har en kvalitativ tilnærming med formål om å få en dypere innsikt i deltakernes erfaringer og opplevelser med livet etter operasjon, samt hvordan de uttrykte seg om opplevelse av sammenheng. De ti intervjuene som la grunnlaget for datamaterialet, ble analysert ved bruk av tematisk analyse. Analysen resulterte i tre temaer som inneholdt fellestrekk og variasjon gjennom bidrag fra alle deltakerne. Disse temaene presenteres i det neste kapitlet.

## 6 Resultater

I dette kapittelet presenterer jeg funnene som kom frem i analysen. Hensikten med denne studien var å undersøke erfaringer fra personer som hadde hatt fedmekirurgi etter operasjon, og hvordan de uttrykte seg om opplevelse av sammenheng. Transkripsjoner fra intervjuer av personene la grunnlaget for analysen, og i analysen arbeidet jeg frem et overordnet tema kalt *det nye livet med økte muligheter*. Det overordnede temaet er igjen delt inn i temaer og undertemaer som nærmere beskriver funnene av deltakernes erfaringer og opplevelser.

### 6.1 Det nye livet med økte muligheter

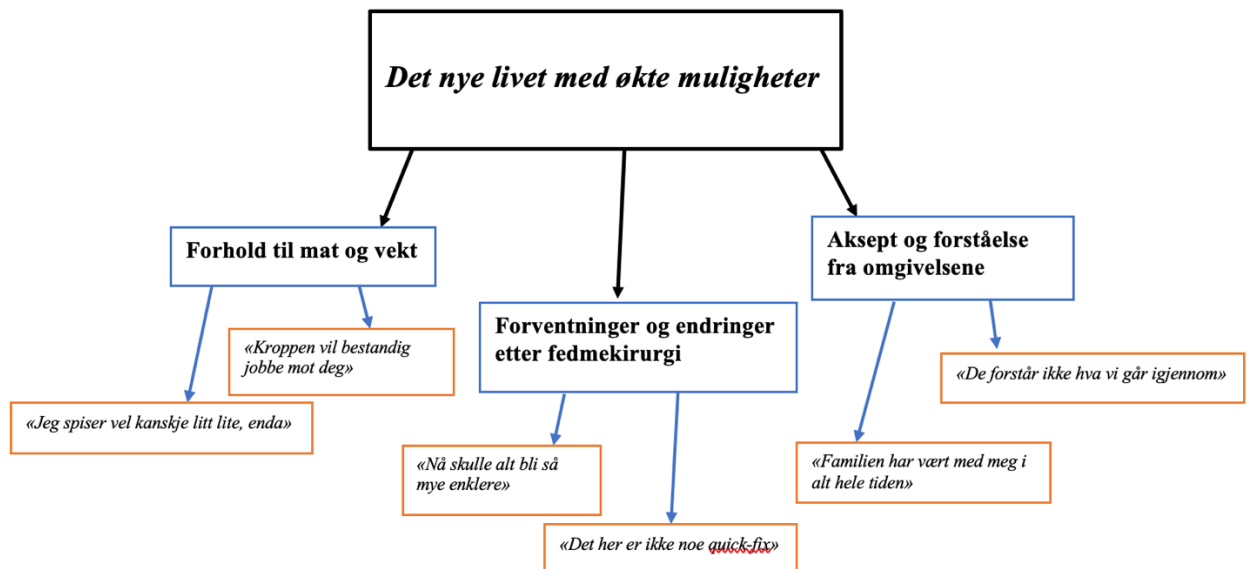
De fleste deltakerne fortalte at årsaken til vekttoppgangen var trøstespising grunnet mobbing på skolen, fødsler, skader og/eller sykdommer. Alle hadde prøvd å gå ned i vekt med andre metoder før løsningen til slutt ble fedmekirurgi. De fleste beskrev at operasjon var «en siste sjanse» for å kunne få livet tilbake og leve slik de ønsket. Den drastiske vektreduksjonen ga deltakerne nye muligheter i livet. Vekten hadde blitt håndterbar og ikke lengre et hinder i deltakernes hverdag. Bedre søvn og mer energi gjorde at de fleste klarte å bidra mer i eget liv og/eller i familielivet. Mer energi og mindre smerter ga økte muligheter for aktivitet og fjellturer, både på egenhånd og sammen med venner/familie. Arbeidslivet ble lettere for dem som hadde jobb, og hadde fått kommentarer fra kolleger om bedre humør og håndtering av arbeidsoppgaver. I tillegg var det å kunne handle klær i vanlige klesbutikker noe alle deltakerne bemerket som svært positivt. Det ga flere valgmuligheter og gjorde at de kunne føle seg mer vel både til hverdags og ved begivenheter.

De økte mulighetene i livet som vektreduksjonen hadde gitt, førte med seg andre utfordringer som deltakerne måtte lære seg å leve med. Hyppig utskiftning av garderoben betød økte utgifter på klær ettersom kroppen stadig var i endring. For noen var det et tøft økonomisk prosjekt, som reduserte noe av gleden ved de kroppslige forandringene. I tillegg førte operasjonen med seg komplikasjoner og bivirkninger grunnet liten magesekk, som for noen av deltakerne var svært plagsomme. Oppkast, dumping og smerter ved matinntak ble nevnt, og kunne hindre de som var mest plaget i å delta i sosiale settinger rundt mat. For de fleste gikk bivirkningene seg til med tiden, men tilbakefall kunne oppstå i perioder. Det store vekttapet ga også mye overflødig hud. For noen var denne huden svært plagsom og ubehagelig grunnet sårddannelser og gnagende klær. Hudfjerningsoperasjon var helt avgjørende for noen deltakere for å få det godt med seg selv og kunne kjenne på følelsen av å ha kommet i mål med vektreduksjonen.



Jeg vil først presentere temaet *forhold til mat og vekt*, som er inndelt i to undertemaer. Deretter presenterer jeg det andre temaet *forventninger og endringer etter fedmekirurgi*, som igjen er delt inn i to undertemaer. Til slutt presenterer jeg temaet *aksept og forståelse fra omgivelsene* med to undertemaer. Bilde 6.1 viser en oversikt over alle temaer og undertemaer.

**Bilde 6.1 – Oversikt over temaer**



### 6.1.1 Forhold til mat og vekt

Etter fedmekirurgi er mat en av elementene det skjer mest forandringer med. Det er ikke bare kostholdet som endres, men også tempo på matinntak, måltidsmengde og antall måltid gjennom dagen. I analysen kom det frem store variasjoner i hvordan deltakerne forholdt seg til mat, og hvordan mat for noen ble en stressfaktor i hverdagen. Mindre måltidsmengde gjorde at flere deltakere hadde lite variasjon i kosten og ble fort matlei.

Deltaker 1: Det har sikkert med at jeg bor alene, også spiser man ganske lite. Og da blir det ikke så mye variert da for du kan ikke fylle opp kjøleskapet. Da må du jo kaste over halvparten [...]. Også spiser du det over en periode og blir kjempelei av det [...].

Den første tiden etter operasjon var det mange som ikke kjente sultfølelse, mens andre hadde hatt matlyst og sultfølelse fra første stund, og var opptatt av matglede.

Deltaker 3: [...] det hadde jeg fra første dag, jeg. At jeg kjente sult. Og at jeg kjenner at jeg blir mett. Og jeg laget mat. Jeg kom hjem fra sykehuset og laget mat med en gang. Til resten, ikke sant. Og hadde glede av det.

Mat i sosiale settinger var noe flere deltakere beskrev som utfordrende grunnet mye oppmerksomhet og kommentarer fra andre personer rundt. Ved middagsmåltid kunne familien rette mye oppmerksomhet og bekymringer mot vedkommende som spiste lite.

Deltaker 3: «For før så spiste du en tallerken, eller kanskje to og, ikke sant. Og nå så spiser du en liten barneporsjon, og det kan være litt vanskelig for resten av familien». Restaurantbesøk var spesielt utfordrende med tanke på oppmerksomhet, og en deltaker uttrykte at gleden med å gå på restaurant ikke var den samme lengre. Deltaker 2: «Nei, det er ikke det samme å gå på restaurant lenger da. Det er det ikke. Jeg husker jo i begynnelsen, at du knapt fikk ned en halv potet».

#### «Jeg spiser vel kanskje litt lite, enda»

I temaet forholdet til mat og vekt var det tydelig at deltakerne hadde gjort store vaneendringer under behandlingsperioden. Deltakerne fortalte om hyppigere matinntak, omtrent hver tredje time, og redusert måltidsmengde som de største endringene etter operasjon. Å forandre hyppigheten på måltid og å finne en passende mengde var utfordrende i begynnelsen.

Deltaker 6: Så du måtte jo lære deg [...] tvinge deg selv til å spise frokost og tvinge deg til å få i deg en banan eller noe slikt. Også lunsj og noen mellommåltid og middag.. Til å få den der syklusen med alle måltidene på plass då. Det var, det var det tøffeste. [...] Å bare.. begrense mengden på måltidene og sånt. Og å være bevisst på hva du putter inn i munnen. [...] Men når jeg først kom over det, så [...] nå tenker jeg ikke over det en gang. Nå er det jo helt automatisk.

En annen uttrykte fremdeles mye usikkerhet rundt hvilken mengde som var passende for å ikke gå opp igjen i vekt.

Deltaker 1: Jeg har begynt å spise mer av typ middag, for der har jeg spist ganske lite [...] og det skremmer meg litt da. For spiser jeg for mye nå, eller er det greit? Har hele

tiden den tanken der. [...] skal jeg spise ett knekkebrød eller skal jeg spise to? [...] jeg kjenner jo at jeg godt kan spise to knekkebrød sånn for metthetsfølelsen.

Mat kunne være en stressfaktor i hverdagen fordi det var utfordrende å roe ned tempoet ved matinntak, samt å holde seg unna usunne matvarer.

Deltaker 1: Altså, det som er det tøffe er å holde seg unna. Å gå på butikken og ikke kjøpe noe av det du ikke skal ha. Det er vanskelig, også plutselig har du plukket med deg noe uten at du er helt bevisst, og så blir det sånn at du nyter ikke det du har kjøpt en gang [...] så er det bare rett ned. [...] du kjenner nesten ikke smaken en gang.

Tempo på matinntaket beskrev flere deltakere som utfordrende fordi de hadde vært vant til å spise fort. Da matmengden gikk ned, ble plutselig middagen eller måltidet veldig kort. Det gikk utover matgleden for noen. Deltaker 1: «Jeg klarer ikke å legge av meg den uvanen med å spise fort. [...] også er det så fort borte at du klarer ikke å nyte det på en måte». Andre uttrykte et avslappet forhold til de nye rutinene. Deltaker 2: «Nei, nå har jeg egentlig et ganske avslappet forhold til mat. [...] Der [ved måltid] har jeg faktisk blitt veldig flink til å spise rolig».

Matnyttelse var svært viktig i hverdagen for noen, og en deltaker beskrev at dette var så viktig at vedkommende lenge vurderte andre metoder for å få til en vektreduksjon. Deltakeren var veldig bevisst på at en fedmeoperasjon kunne endre forholdet til mat og beskrev mat som en betydningsfull del av familielivet. Likevel ble det til slutt løsningen på vedkommende sitt vektproblem.

Deltaker 3: Eh, matmessig, der var jo jeg veldig usikker på om jeg ville ta den operasjonen i forhold til hvilket forhold du får til mat etterpå. For at mat er jo en kjempeviktig faktor i hverdagen vår. [...] Og det å kunne nyte mat og. Heldigvis så har det gått over all forventning, da.

Flere deltakere klarte ikke lengre å kose seg med maten. Kosen var relatert til mengde mat på tallerkenen og med det varte måltidet lengre. Da måltidsmengden plutselig ble redusert betydelig og man ble fort mett, forsvant noe av gleden og nytelsen ved maten. Deltaker 10: «Jeg syntes jo det var litt trist til å begynne med, for jeg koste meg jo ikke med maten». Deltaker 1: «Jeg føler ikke at jeg har noe sånn glede av mat lengre. [...] om det er noe veldig

godt som blir laget til middag, du blir så fort mett at du har ikke den der kosen lengre synes jeg».

Et annet interessant funn som kom frem i analysen, var mat i sosiale settinger. Fellesskapet rundt måltid var svært utfordrende for en del deltakere fordi familien ga mye oppmerksomhet rundt spesielt mengde. Årsaken til all oppmerksomheten stammet fra bekymringer og omsorg fra familien, men virket kanskje mot sin hensikt.

Deltaker 10: Nei, det var vanskelig, synes jeg. For jeg sitter jo ikke og lar være spise for moro skyld. Så jeg skjønner at de vil meg vel, og syntes at nå begynte det å bli veldig stusselig med mat og inntaket [...], men jeg måtte bare si ifra til slutt, at vet du, takk for at dere bryr dere, men vet du, ikke mas på meg. Og så sluttet de å mase de hjemme, og det har blitt bedre.

Restaurantbesøk, som ofte innebar andre enn bare sine aller nærmeste, og ble av noen beskrevet som utfordrende. Porsjonsstørrelse var noe som ofte reiste spørsmål, og flere deltakere prøvde ofte å bestille barneporsjon for å unngå for mye oppmerksomhet. Det viste seg å frembringe uønsket oppmerksomhet det også.

Deltaker 5: I forhold til det, jo, ute å spise, restaurant, den biten der, der du faktisk må be om en barneporsjon eller få en mindre porsjon. Og du får et nei, men du må forklare at du ikke klarer å spise noe mye på grunn av en operasjon. Der har dem [restaurantbransjen] ikke kommet noe langt. For det er jo ingen som ønsker å gå til fremmede folk og si hvorfor du bestiller en mindre porsjon.

For dem som bestilte vanlig porsjon ble det også mange spørsmål fra servitører og andre om maten ikke smakte ettersom det ble liggende mye mat igjen på tallerkenen.

Deltaker 8: Da [ved restaurantbesøk] er det jo sånn at kokken, servitøren kommer jo og spør da, om jeg ikke liker maten og sånn. Jeg spiser nå det jeg spiser, og så koser jeg meg med det. [...] Jeg bryr meg ikke så mye om det står igjen tre fjerdedeler av tallerkenen.

Deltaker 2: Det kom jo folk bort til bordet og lurte på om maten ikke smakte. Jeg måtte jo bare forklare at jeg faktisk er slankeoperert. Da skjønnte de tegningen fort, da. Spurte om jeg kunne få med meg en «doggy bag».

Å ha tatt fedmekirurgi innebar ulike bivirkninger og komplikasjoner. Det kom frem at toleransen for ulike matvarer var forskjellig fra deltaker til deltaker. Smerter og ubehag i magen, samt oppkast var typiske tegn på at de hadde spist noe de ikke tålte. Tungt fordøyelig mat som rødt kjøtt var problematisk for flere, og noen tålte dårlig middagsmat. Deltaker 6: «[...] stekt kjøtt, som stekt biff og sånne ting, det kan jeg bare glemme, for da blir jeg helt uggen i magen». Deltaker 9: «De [familien] kaller meg jo drøvtyggeren. [...] jeg gulper opp og kan tygge og tygge flere ganger. Middagen spesielt. [...] også mat jeg ikke tåler kan du si, da. Men jeg kaster ikke opp så mye nå». En annen deltaker tålte dårlig grønnsaker. Deltaker 7: «Ikke salat for eksempel, [...] det bobler jo nede i magen da.»

Selv om de fleste hadde en eller annen bivirkning/komplikasjon som følge av operasjonen, hadde deltakerne ulikt fokus og opplevelse av det. Deltaker 2 fortalte at operasjonen hadde vært vellykket og at vedkommende ikke hadde hatt noen komplikasjoner. Senere kom det frem at personen hadde hatt komplikasjoner i form av gallesteinsanfall, som er en vanlig bivirkning av fedmekirurgi, og skulle inn å få fjernet galleblæren. Andre medisinske komplikasjoner knyttet til tarmsystemet hadde også deltakeren opplevd. På tross av disse hendelsene, virket vedkommende svært positiv til operasjonen og livet.

Deltaker 2: Denne operasjonen her, jeg har ikke hatt komplikasjoner i det hele tatt. [...] Nå skal jeg inn og fjerne galleblæra. [...] Og så fikk jeg jo sånn gallesteinsanfall, da. [...] jeg hadde hørt at det var veldig mye betennelser og problem med oppkast og dumping og (...) men jeg har ikke hatt antydning til en eneste ting. Det har jo gått som en lek for å si det rett ut.

En annen deltaker fortalte om store problemer med dumping og oppkast som hadde vært svært plagsomt, og at komplikasjonene vedvarte forholdsvis lenge. Til slutt ble situasjonen nokså alvorlig for denne deltakeren.

Deltaker 5: Jeg var jo litt uheldig med operasjonen, jeg var veldig dårlig etterpå. [...] Jeg kastet opp hele tiden (...) I mange måneder. Jeg måtte inn å få intravenøs væske og sånn innimellom, da. Holdt ikke på noe av mat eller drikke.

En tredje deltaker hadde en del problemer rundt matinntak, og beskrev det som en dumping-lignende følelse med fysisk ubehag og smerte under måltid.

Deltaker 10: Det har blitt bedre nå, for jeg har hatt store plager med spesielt middag, at det setter seg fast som en propp i det tynne røret. [...] det har vært ubehagelig, sånn vondt da ... det ble en slags sånn dumpingfølelse, men nå har jeg ikke så mye dumping, (...) men du blir litt sånn fysisk syk, da. Når det stopper seg opp.

#### «Kroppen vil bestandig jobbe mot deg»

Det var gjennomgående at de fleste var fornøyde med vektnedgangen de hadde oppnådd nå to til tre år etter operasjon. Deltaker 8: «[...] det som var viktigere for meg var egentlig ikke tallene. Det var livskvaliteten». En del ønsket også en ytterligere vektreduksjon for å nå vekt målet og få muligheten til hudfjerningsoperasjon. Arbeidet med å komme ned i vekt, stabilisere vekten og bli der tok tid for deltakerne. Selv to til tre år etter operasjon var det flere deltakere som ennå ikke var kommet «på plass» der de ønsket.

Deltaker 4: Innen to år burde du jo ha gått ned den vekten du skal, altså, for da... Har du liksom ikke så mye hjelp av den operasjonen. Det er liksom, det er nesten sånn at jeg stresser litt for det. Kroppen vil bestandig jobbe mot deg til (...) altså, den vil bestandig nå den høyeste vekten du har vært.

Deltaker 1: «Jeg kunne ha tenkt meg noen kilo til ned. [...] Jeg prøver å gå på vekten hver mandags morgen.» Deltaker 3; «[...] jeg skal aldri gå over den vekten jeg har nå. Heller litt lengre ned». Etter mange år med overvekt, var det for noen svært utfordrende å kjenne hvilken vekt som føltes «rett» eller kunne være akseptabel.

Deltaker 5: [...] så tenkte jeg, og hadde et mål selv, mellom 70 og 75. Men der har jeg ikke vært. Så jeg har en sånn, det er noe der som ikke helt stemmer. [...] jeg vet jo ikke helt hva jeg bør ligge på.

En annen deltaker opplevde en helt motsatt effekt, hvor vekten raste nedover og vedkommende hadde problemer med å stoppe vektreduksjonen. Småspising av blant annet kjeks, ble løsningen for å opprettholde vekten. Deltakeren hadde delte følelser rundt dette,

fordi småspising av usunne matvarer var noe man skulle slutte med etter en slik operasjon. Likevel ble det en løsning for å ha kontroll over vektnedgangen.

Deltaker 10: Nei, jeg går jo ned, jeg har jo ikke lyst til gå ned noe mer i vekt nå. Men akkurat nå så har jeg på en måte, hvis jeg hadde kutta ut [kjeks], så bare raser jeg ned i vekt igjen, sånn tre-fire kilo i uka og sånn. Jeg klarer ikke å få i meg nok. [...] For at jeg skal jo gå ned i vekt (...) jeg kan jo ikke ete hele tiden, for da ville ikke jeg gå ned noen ting, vet du. Men det fant jeg jo fort ut, at jeg gjorde jo det likevel. Om jeg spiste mer enn jeg hadde lyst på. Så gikk jeg jo ned likevel.

Vektmålet var for en del av deltakerne svært viktig å nå for å kunne bli vurdert til hudfjerningsoperasjon. Det interessante var at flere deltakere hadde et stort behov for å sette punktum ved vektreduksjonsprosessen, og en hudfjerningsoperasjon var for noen det punktet.

Deltaker 5: [...] Men fokuset er fortsatt magepartiet, som det har vært hele livet. [...] Så ønsker jeg ikke å endre meg. Jeg vil være den jeg er, bare litt mindre. Det er derfor jeg sier at jeg håper jeg får hjelp med den siste biten [hudfjerning], for da tror jeg kanskje at jeg kommer der jeg skal være. [...] Og da er jeg ferdig, hvis du skjønner. [...] jeg er jo veldig redd og nervøs for hva hvis jeg ikke (...) for jeg har ikke syv centimeter heng, som er et krav som jeg har hørt. Og det er den biten som mangler for meg, tror jeg, for at jeg skal få det bra med meg selv.

Den overflødige huden gjorde at flere deltakere ikke følte seg bekvem i egen kropp, og at en hudfjerningsoperasjon ville være å foretrekke dersom det ble mulig.

Deltaker 8: Altså, jeg ser jo i speilet at jeg er mye slankere og finere, men (...) jeg er ikke helt bekvem med all den huden som jeg har. [...] Ja, jeg vil si at hvis jeg får muligheten til å ta magen og brystkassen så kommer jeg til å gjøre det.

Denne deltakeren påpekte at det å fjerne hud var ønskelig fordi det var psykisk tungt å være lite komfortabel med eget utseende og ikke fordi huden ga fysiske plager. Deltaker 8: «Så det er psykisk (...) At jeg ikke er helt komfortabel med sånn som jeg ser ut nå».

En annen deltaker hadde reflektert mye over temaet, og kommet frem til at det kanskje ikke var så viktig å fjerne den overflødige huden. Vedkommende hadde på en måte forsonet seg med hvordan livet var nå, og at en slik operasjon ikke nødvendigvis ville gjøre livet bedre. Deltakeren hadde en del komplikasjoner forbundet med fedmeoperasjonen, og fryktet at hudfjerningsoperasjon kunne føre til flere komplikasjoner.

Deltaker 10: Så nå er det bare liksom det her lille, at det er litt – henger her og der. [...] Jeg har blitt litt mer reflektert over sånne ting, at er jeg så forbanna opptatt av om hun nabodama har løsskinn? Jeg er ikke det, vet du. [...] Jeg er litt usikker fordi at, jeg tenker, skal jeg gjennomgå enda flere operasjoner, kanskje blir jeg syk, [...] skal jeg la kroppen min gjennomgå det her igjen?

Hos de fleste deltakerne lå det en underliggende frykt for vektoppgang. Noen følte de hadde gode nok rutiner rundt mat og aktivitet for å klare og holde vekten nede. Deltaker 6: «Lykkelig med meg selv og bruker ikke en kalori på kilogrammene. Jeg vet at jeg må passe på å ikke gjøre dumme ting, for da går det opp igjen.» En annen bekymret seg mye for vektsvingninger, og uttrykte et svært anstrengt forhold til vekten.

Deltaker 5: Du er livredd for å gå opp igjen. Kanskje jeg aldri klarer å slappe av. Må kontrollere hele tida. [...] Litt sånn 1-2 kilo opp og ned, det er normalt. Men jeg synes det er like forferdelig den dag i dag. [...] jeg prøver jo å si til meg selv at jeg ikke skal tenke på det, men det er lettere sagt enn gjort.

Denne deltakeren var heller ikke fornøyd med den nåværende vekten, og følte at noe var «feil» siden vedkommende ikke hadde nådd vekt målet. I tillegg beskrev deltakeren en indre konflikt mellom kroppen og hjernen. Deltaker 5: «Ja, jeg prøver jo å ikke ha fokus på det [vektsvingninger], men hjernen styrer jo tankene og følelsene så det er en sånn konflikt der».

Oppsummert var redusert måltidsmengde og økt hyppighet av matinntak de største endringene for deltakerne. Redusert måltidsmengde ble ødeleggende for matnyttelse og matglede for noen, samt at det var relatert til vekt og frykt for vektoppgang. Mat førte også med seg stress i form av bemerkelser og oppmerksomhet i sosiale settinger som eksempelvis ved restaurantbesøk. Å nå vekt målet var avgjørende for noen deltakere ettersom det kunne gi dem mulighet til hudfjerningsoperasjon, og med det kunne bli tilfreds med eget utseende.



### 6.1.2 Forventninger og endringer etter fedmeoperasjon

I analysen kom det frem at deltakerne hadde en del forventninger til livet etter operasjon. Omtrent alle deltakerne hadde forventninger om at det kom til å bli lettere å være til og få bukt med fysiske plager. Deltaker 6: «Jeg hadde i grunnen ikke noen forventninger annet enn at jeg skulle slippe å plages med smerter i ledd og fungere normalt igjen».

Hva som faktisk endret seg etter operasjon var det vanskelig å være helt forberedt på. Deltaker 10: «Jo, altså jeg synes vi var godt forberedt. Men jeg tror ikke det går an å forberede riktig på hva det er». En av de mest betydningsfulle endringene for de fleste deltakerne var å kunne gå i vanlige klesbutikker og handle klær. Selv om dette ga økte økonomiske utgifter, var det en viktig mulighet for å kunne føle seg vel og ordentlig til hverdags og fest.

#### «Nå skulle alt bli så mye enklere»

Å kunne utføre hverdagslige gjøremål, økt personlig hygiene, få mer energi og muligheten til å være mer aktiv var forventninger som gikk i igjen i intervjuene. Deltaker 8: «Jeg håpet jo at det ville bli mye lettere, livet. At jeg skulle få tilbake energien og alt. Få igjen livet. Få det mye bedre. Både på jobb og privat. Henge med i det sosiale. Være aktiv». For deltakerne som var i arbeid var det forventninger om å kunne fungere bedre i arbeidslivet. Deltaker 4: «Og at det er lettere å være på jobb [...] og så føle at helsen er (...) at kroppen ikke arbeider mot meg».

Noen deltakere fortalte ikke om forventninger, men om drømmer. Deltaker 1 fortalte om drømmer vedkommende hadde hatt til livet etter operasjon, men hadde fått beskjed fra helsepersonell at sykdomshistorien ikke nødvendigvis ble bedre etter vektreduksjonen. Deltakeren fortalte at noen av disse drømmene hadde gått i oppfyllelse, mens andre ikke.

Deltaker 1: Altså du hadde jo noen sånne drømmer, at nå skulle alt bli så mye enklere og det med smerter i kroppen, kanskje det forsvant, kanskje komme tilbake i jobb, for å ikke snakke om det. Jeg har jo jobbet hele livet mitt [...]. De [helsepersonellet] sa jo det at det er ikke sikkert du vil merke så mye bedring på kroppen, og det har de nok hatt en del rett i.

Det var vanskelig for deltakeren å ikke tenke at smertene kom til å bli bedre ettersom vedkommende i flere år hadde fått tilbakemelding på at det å redusere vekten ville gi mindre

belastning på ledd. Deltaker 1: «Så er det i hvert fall det som sitter i hodet ditt, at okei, nå blir jo kroppen bedre når jeg blir kvitt noen kilo. Så du blir litt sånn, søren det har ikke skjedd så mye».

En annen deltaker brukte også ordet «drømmer» om livet etter operasjon. Det interessante i denne livshistorien var at deltakeren hadde hatt svært varierende perioder etter operasjon. Et halvt år etter operasjon kunne deltakeren være med på fjellturer og hadde fått oppfylt en del av drømmene sine. Deltaker 9: «Å ikke være helt utslitt. Å ikke ha vondt. [...] føle meg vel i all slags klær, være med venner på fjellturer, lange fjellturer, sitte ved et vann og fiske». Deretter ble deltakeren diagnostisert med en sykdom som gjorde det utfordrende å holde vekten. Det endte med tilbakefall til uheldige spisevaner og vektoppgang. Heldigvis fikk deltakeren hjelp av poliklinikken til å komme inn igjen på riktig spor, og det hadde gitt vedkommende nye drømmer.

Deltaker 9: [...] jeg var på fjellturer, jeg var det. Så det er drømmen min da, å få begynne med igjen. [...] men nå har jeg kanskje fått en annen igjen! Nå vil jeg ha et sunt forhold til mat. Litt mer sånn slutte å ha sånne cravings for sjokolade og akkurat det der, og det der belønning at «i dag har du vært flink, da kan du kjøpe deg noe godt».

#### «Det her er ikke noe quick-fix»

Etter vektreduksjonen hadde de fleste mer energi, bedre søvn og humør, en større glede av å gjøre ting og at det var lettere å være til. De deltakerne som var i jobb beskrev at den økte energien bidro til at det var lettere å være i arbeid, og at man samtidig hadde overskudd etter arbeidsdagen var slutt. Flere brukte ord som «bedre livskvalitet» og «livsglede» om livet etter operasjon. Deltaker 2: «Det har åpnet seg et helt nytt liv, både arbeidsmessig og følelsesmessig, ja».

Deltaker 8: Alt er mye lettere. Humøret er mye bedre. Jeg føler at jeg får til å stille opp mer for familien. Være mer til stede. Har litt mer energi til overs når jeg er ferdig med arbeidsdagen. At jeg kan stille opp hjemme. [...] livsgleden har kommet tilbake igjen.

Selv om livet ble lettere etter vektreduksjonen, fortalte en deltaker om litt tyngre perioder med manglende energi. Som beskrevet tidligere hadde denne deltakeren utfordringer med å stoppe

vektreduksjonen, og at underernæring og lange arbeidsdager sannsynligvis bidro til manglende energi i perioder.

Deltaker 10: Jeg synes jo jevnt over at det er bedre. Har jo litt sånn, det er jo som en sier at man mister litt, har litt lite energi, da. I perioder. Og det merker jeg jo, men igjen så er jo alt mye lettere.

En betydningsfull endring var muligheten til å handle klær i vanlige klesbutikker. Flere valgmuligheter førte til at mange deltakere følte seg mer vel. Deltaker 6: «Det har vært litt kult da! Å kunne handle klær som jeg, som en har lyst på. Og ikke bare en kjøper fordi at det er den størrelsen». Det gjorde noe med selvpresentasjonen til deltakerne. Deltaker 1; «[...] det med klær ikke sant, og når jeg var i bryllup i helgen så følte jeg meg jo fin».

Deltaker 10: Å kjøpe seg nye klær, og følelsen, å kikke seg i speilet så er det liksom sånn «jøss, jeg ser bra ut». Har hatt litt den følelsen der igjen, som jeg hadde før. Og at man ikke må gå på butikker for telt, og så videre.

Samtidig var det et økonomisk aspekt ved vektendringene. Det å stadig måtte skifte ut garderoben la en demper på gleden for noen. Deltaker 4: «Jeg prøver jo ikke å kjøpe alt for mye, men det er liksom, jeg må jo bytte ut og. [...] Det er et dyrt prosjekt».

Deltaker 1: [...] når du har litt dårlig økonomi da, så kan du jo liksom ikke bare fråse heller. Så det er jo mye både ting og tang jeg kunne tenkt meg, [...] så litt av den der gleden med både utstyr, klær og sko og alt sånn blir litt sånn (...) den blir litt dempet for du vet at du har ikke har muligheten.

Selv om deltakerne hadde fått flere valgmuligheter i form av butikker og klær, var det også utfordringer rundt dette. Deltaker 3: «[...] men at en velger litt for store klær, sånn jeg bruker jo størrelse medium. Jeg tenker liksom medium, det er liksom (...) i bakhodet så virker det så lite».

Deltaker 1: Men når du er vant med, okei det her får jeg på meg så det her må jeg kjøpe, så klarer ikke jeg å snu om hodet mitt til at (...) Altså jeg liker fortsatt ikke å gå

og kjøpe meg klær for at jeg klar ikke å snu om hodet. Jeg klarer ikke å se hva som passer til meg for eksempel.

Flere endringer som kom med vektreduksjonen, var endret selvtillit og selvbilde. Her kom det frem store variasjoner på hvordan selvbildet og selvtilliten hadde endret seg for den enkelte. Deltaker 2: «Det er ikke noe tvil om. Selvbildet har blitt et helt annet. Ja, det er jo klart at du får bedre selvtillit». Som overvektig var ofte den varme årstiden utfordrende fordi man ikke følte for å gå lettkledd. Etter vektreduksjonen ble det enklere for noen å kle av seg i sommervarmen. Deltaker 9: «Lettkledd kan jeg gå. I stedet for å ha på jakke på genser på bukse på genser, og lag på lag på lag på lag. Når det var fem og tyvevarmegrader». Det var ikke slik at selvbildet nødvendigvis ble betydelig bedre for alle. Å gå lettkledd var ennå ubekvem for noen, og gjorde det kun med sine nærmeste. Deltaker 8: «For det var med familien at en kunne begynne å ta av seg på bar overkropp igjen. Men ikke noe sånn mer, nei. Jeg føler meg ikke bekvem med det». Deltaker 5: «[...] jeg føler meg ikke komfortabel med å kle av meg. Lettere i syden. Ingen kjenner deg». Deltaker 1: «[...] så det selvbildet er kanskje bedre, men ikke noe sånn jihu nei».

Det var varierende følelser rundt det å bli tatt bilde av eller å se seg selv i speilet. Deltaker 10: «Jeg har nok litt å gå på enda der, kjenner jeg. For enda litt i hodet mitt så er jeg nok enda tjukka, av og til. Jeg er det. Men det blir bedre og bedre». Deltaker 1: «[...] Før så likte jeg aldri å bli tatt bilde av, ikke så veldig glad i det nå heller [...]». I tillegg til å gi ubekvemhet med eget utseende ga mye overflødig hud fysiske ubehag.

Deltaker 9: Men jeg synes ikke jeg er noe fin. Jeg synes jeg er styggere enn før, da. [...] nå er det så mye nytt som har dukket opp (kort pause). Men jeg er jo eldre og, jeg er jo det. Men (sukker). Men med klær på så synes jeg at jeg er fin.

For andre var overflødig hud ikke noe de brydde seg om, og kunne være lettkledd rundt andre. Deltaker 2: «[...] Jeg tar av meg på overkroppen når jeg er i syden. Det er ikke noe problem, det. Da må de bare glo». Deltaker 7: «Nei, det går bra. Det er ikke noe jeg bryr meg om».

Oppsummert ble en god del ting som forventet etter operasjon for mange av deltakerne. Det ble lettere å være til, livsgleden kom tilbake og arbeidslivet ble enklere. Bedre selvbilde, muligheter for å kunne kjøpe seg klær i vanlige klesbutikker og være tilfreds med eget utseende opplevde flere deltakere etter vektreduksjonen. Samtidig var det noen som enda

ikke likte speilbildet av seg selv eller å gå lettkledd i det offentlige rom. Økonomiske begrensninger la også en demper på gleden av kleshandling og vektforandringene.

### *6.1.3 Aksept og forståelse fra omverden*

I analysen kom det frem store variasjoner i deltakernes liv når det gjaldt aksept og forståelse fra personer rundt dem. De fleste deltakerne påpekte hvor viktig det hadde vært å ha noen som støttet dem igjennom prosessen. Enten det var familie eller andre utenforstående, var støtten viktig for å bane nye veier og rutiner i livet etter operasjon. I tillegg var det godt å ha noen å snakke med i utfordrende perioder. Det var varierende grad av åpenhet rundt det å ha tatt en fedmeoperasjon. Noen deltakere fortalte fritt til de som spurte. Deltaker 2: «Nei, jeg har vært så åpen om det, så alle sammen har visst om det». Andre var mer tilbakeholden med hva de hadde gjennomgått. Deltaker 10: «Ja, altså (...) det var ikke noe jeg gikk og proklamerte med at jeg hadde gjort. Men de nærmeste rundt meg, og de som jeg mener skal vite det, de vet det». For en deltaker var noe av årsaken en frykt for å bli stigmatisert.

Deltaker 5: De nærmeste er nå greit, men, venner ja (...) det er ikke alle du forteller det til, hva du har vært gjennom. Det er mange som ikke vet at jeg har tatt operasjon. [...] du vil egentlig ikke snakke om at du har operert. Det er litt sånn tabu.

En del av dem som var mindre åpen, fortalte om en underliggende frykt for at familie og andre nære personer ikke skulle støtte dem i avgjørelsen. Derfor ventet blant annet en av deltakerne med å fortelle til sine nærmeste valget de hadde gjort til kort tid før operasjon.

Deltaker 4: Min mor, lillesøsteren min og samboeren min var dem som fikk vite det først. [...] da sa jeg det liksom rett ut, hva jeg liksom tenkte [...]. Jeg har bestemt meg. Uansett hva de sier, så kommer jeg til å gjennomføre det. Det er liksom, det er mitt valg, det (...) Det må dere bare respektere.

En annen deltaker gjorde mye for å bearbeide familien og få dem til å forstå og støtte vedkommende i avgjørelsen om å ta operasjon.

Deltaker 10: [...] når jeg først fikk de med på laget. For at til å begynne med så var de helt imot at jeg skulle opereres, og steilet helt. Men jeg ga meg ikke. Jeg sa at det her gjør jeg for meg selv. Men så fikk jeg dem med på laget, da. Hadde dem med inn på

møtet og litt sånn, så da skjønte dem at okei, da må vi bare støtte det her. Så de har vært veldig støttende, vært hjelpsomme.

*«Familien har vært med meg i alt hele tiden»*

De aller fleste deltakerne inkluderte sine nærmeste i prosessen før operasjon for å kunne forberede dem på hva som kunne skje, samt innarbeide nye rutiner i familien. Selv om flere deltakere fikk støtte i avgjørelsen, var tiden etterpå utfordrende grunnet komplikasjonene som fulgte med. Deltaker 9: «Også synes de det var forferdelig at jeg slet, har slitt så mye med maten, da. Og mannen min har vært veldig bekymret for meg». Samtidig var det godt å ha familien rundt seg. Deltaker 9: «Men så har de også delt gledene da. Når jeg har følt glede, sant».

De som ikke hadde nær familie, søkte ofte støtte og hjelp andre steder. For noen ble poliklinikken svært viktig i tiden etter operasjon. Deltaker 2: «Jeg føler at jeg har fått et nært forhold – eller ikke nært forhold, da – men at det i hvert fall er lettere å åpne seg der [på poliklinikken] [...]. Også kan du jo faktisk få oppringinger og».

Deltaker 6: Fordi på fedmepoliklinikken, ufattelig flott gjeng som følger meg opp.. Fulgte meg opp hele tiden og motiverte og forklarte og (pause). Både sykepleiere og psykiatri og blant annet en sosiolog og leger [...]. Bare positivt å si. Ja, alle de på fedmepoliklinikken har forstått og har faktisk gått ekstra skritt for at det skal gå. At jeg skal få den hjelpen jeg har hatt. De har vært kjempebra.

Denne deltakeren beskrev noe veldig interessant på slutten av intervjuet. Vedkommende hadde opplevd det helt motsatte i forbindelse med en annen sak tidligere i livet. Deltaker 6: «Opplevelsen med å ha en fagperson som.. Ikke i det hele tatt bryr seg om individet, men bare.. Altså, en blir spist opp av systemet. Det har jeg og vært igjennom, så jeg vet andre siden av det». Det gjorde at deltakeren satte enda mer pris på hjelpen poliklinikken hadde gitt.

For deltaker 9 hadde tiden etter operasjon vært svært vanskelig grunnet en sykdom som oppsto en stund etter inngrepet. Vektøkningen som kom i den forbindelse tok deltakeren svært tungt. Deltaker 9: «Så jeg trakk meg unna fedmeklinikken og jeg utsatte den der toårskontrollen min, [...] for jeg følte meg ikke verdig å komme dit å, ja». Da deltakeren ikke kom til kontroll ble vedkommende kontaktet av poliklinikken som ønsket å høre hvordan det gikk. Det ble et viktig vendepunkt for deltakeren.

Deltaker 9: De [poliklinikken] tok kontakt med meg – [Deltakers Navn], nå må du komme. Men dere kan ikke hjelpe meg lenger nå, sier jeg. Det er ikke noe mer dere kan gjøre for meg. Og jeg har brukt opp sjansen min og greier ... Slutt å tull. Kom da, vi [legene ved poliklinikken] har noe. To ting som har kommet på markedet. [...] Ja, og jeg gikk til dem og jeg ville ikke se vekta da, første gangen. Og det respekterte legen, det var ikke noe problem. Og greide å snakke med meg (...) og jeg ble så takknemlig (glad, lys stemme).

En spesielt viktig del var gruppeoppfølgingen deltakerne hadde etter operasjon. De satt da i grupper og snakket med andre personer som hadde gjennomgått fedmekirurgi. Det var for mange betydningsfullt grunnet erfaringsutveksling og forståelse for hva de gjennomgikk.

Deltaker 6: At sånn, i begynnelsen så var det grupper. Og det tror jeg var litt viktig, fordi man fikk snakket med andre som har vært igjennom det [...]. Men det å få perspektiv på seg selv i forhold til at det er andre som også har vært igjennom det og som har sine erfaringer, det var viktig. Nå er det jo mer individuelt, og det er jo helt greit, synes jeg.

Deltaker 8: For jeg tror det er bare positivt med de her gruppesamlingene som de har, både før og etter – spesielt før, da. [...] For at hodet skal være med. Og hele opplegget der var helt fenomenalt, synes jeg.

Noen deltakere hadde også familiemedlemmer, slekt, venner og/eller bekjente som hadde hatt fedmekirurgi. På ulikt vis hadde disse personene vært til hjelp for deltakerne både i forkant av operasjon og i tiden etterpå. Deltaker 7: «Søsteren min har gjort det for (...) [...] 15 år siden». De som aktivt delte og høstet erfaringer fra andre kjente, opplevde at det var godt å ha noen nære som hadde full forståelse for hva de gikk igjennom. Deltaker 4: «[...] jeg har jo en tremenning av meg [...] hun var jo operert her. Det er nå en del år siden. Så det var liksom, jeg snakket jo litt med henne, hvordan hun hadde hatt det».

Deltaker 3: [...] nå hadde jeg jo besøk av søsteren min og en venninne, og de er jo begge operert [...] ellers så har jeg jo hatt alle de rundt meg da, som har opplevd det, og det er til veldig hjelp, synes jeg da.

«De vet ikke hva vi går igjennom»

Noen av deltakerne fortalte ikke sine nærmeste om valget de hadde bestemt seg for før tett oppunder operasjonsdato. De uttrykte frykt for å ikke få støtte og var usikker på hvordan familien ville reagere.

Deltaker 5: I og med at det var så usikkert på om at jeg fikk det her, så holdt jeg det for meg selv. Til jeg fikk klarsignal. Jeg husker veldig godt den dagen jeg skulle fortelle foreldrene og ungene mine det, liksom. At nå har jeg bestemt meg for det her og vært gjennom det [livsstilsendringer]. Fått klarsignal og (...) reaksjonen var begge deler, tror jeg. Både på godt og vondt, liksom.

For en annen deltaker var problemet at mor ikke helt forsto hvilke begrensninger vedkommende måtte forholde seg til etter operasjon.

Deltaker 6: [...] det største problemet er jo moren min. Hun skjønner ikke helt det der enda.. Og den generasjonen, de skjønner jo ikke at du må gjøre noen endringer, du kan ikke spise alt [...] Så, den har vært den tøffeste bulken.

En annen deltaker søkte støtte og hjelp hos poliklinikken for å få familien til å forstå hva vedkommende gjennomgikk.

Deltaker 10: For de er jo redd for at jeg har mangelsykdommer og at jeg skal falle om en dag på jobb for at jeg ikke får nok næring. Men jeg tok med meg partneren min og snakket med både lege og dem oppå der [poliklinikken], og de sier at hun får i seg næring. Prøvene viser at hun får i seg næringen.

Det kunne føles ensomt og at en satt litt alene med problemene sine fordi at familien/nære ikke hadde forståelse. Deltaker 5: «De vet ikke hva vi går gjennom, verken følelsesmessig eller hele opplegget, egentlig. Du føler deg litt alene, da». Deltaker 4: «Han [samboer] sitter og spiser potetgull og drikker brus [...]. Av og til kan jeg bli litt irritert». En annen hadde utfordringer med å vite hvordan en skulle bli forstått. Deltaker 1: «Det er ikke så mange som, (pause) ja jeg vet ikke, skjønner det eller (...). Jeg har jo en svoger som er operert likedan og jeg har en bror som er på vei nå». Selv om deltaker 1 hadde flere nære personer som hadde hatt og skulle ha fedmekirurgi, virket det ikke som vedkommende søkte støtte og forståelse



hos disse personene. Deltaker 1: «[...] samtidig så tenker jeg hva det egentlig er å snakke med noen om? Det er sånn du vet ikke helt hva du higer etter liksom».

Ikke bare var det utfordrende at familien ikke forsto, men noen deltakere følte heller ikke at de fikk god nok oppfølging og støtte fra poliklinikken. De som var kritiske etterlyste mer gruppeoppfølging, slik de hadde hatt den første tiden etter operasjon. For noen deltakere var erfaringsutveksling og diskusjon i gruppeoppfølgingen betydningsfullt fordi man både kunne få hjelp og være til hjelp for andre. Det kunne oppleves mer utfordrende å fortelle om egne opplevelser når man satt en-til-en med helsepersonellet på individuelle oppfølgingstimer.

Deltaker 1: [...] for jeg savner gruppe (...). Det har jo ikke vi hatt siden første det året tror jeg. Jeg føler i hvert fall at det gir meg mer i en liten gruppe som kan sitte og snakke om løst og fast, og ha litt utvekslinger av erfaringer, og å få til noen diskusjoner enn at du sitter der en-til-en mange ganger. Så jeg savner det, og det å kanskje kunne ha vært til hjelp [for andre] [...].

#### «Så kan jeg òg være som en fjellgeit oppover»

For mange av deltakerne var fysisk aktivitet sammen med andre en svært betydningsfull mulighet de hadde fått etter vektreduksjonen. Å gå fjellturer som ikke var mulig før og dele naturopplevelser sammen ga en følelse av fellesskap. De kunne føle at de passet inn og at de også var en del av «tur-kulturen». Deltaker 10: «[...] det betydde en del. At datteren min skal på tur, så kan jeg og være som en fjellgeit oppover (snufs). Og kanskje gå i forkant, og ikke henge litt bak». Deltaker 8: «Jeg kan gå meg en fjelltur, uten at å dø de første hundre meterne der det er litt bratt».

En god del av deltakerne hadde en person de trente sammen med. Fellesskap ble skapt gjennom felles mål med treningspartneren og stimulerte til motivasjon for aktivitet.

Deltaker 4: Og så har jeg funnet en som jeg trener i lag med. Hun har jo sine utfordringer, for hun var i en ulykke for mange herrens år siden, og det sliter hun med enda. Men hun har jo klart å komme seg ganske bra i det siste. Også er det jo mye at når vi er to, liksom. Vi har jo hver våres utfordringer, men på en måte samme mål, liksom.

For en annen deltaker var aktivitet sammen med andre godt for å motivere seg selv, og å kunne motivere andre. I tillegg ble humøret bedre etter aktivitet i godt selskap.

Deltaker 3: [...] når vi går tur, jeg og venninnen min, [venninnens Navn], så er jo jeg faktisk, jeg kan være sur når jeg går, hvis du skjønner? Og når jeg kommer hjem, så har jeg, ja akkurat som at du skrur på en bryter det, ikke sant, da kommer du hjem og har masse energi igjen og du har fått lufta hodet.

For en deltaker var treningspartneren en viktig hjelp for å klare og justere treningen i ulike perioder etter operasjon. Deltaker 2: «En venn har hjulpet meg mye. [...] jeg har vært med å trene sammen med han, og har gitt meg et spark i ræva når jeg trengte det og gitt meg en klapp på skulderen når jeg trengte det». Denne deltakeren fortalte også om en fritidsaktivitet som hadde gitt mye glede både før og etter vektreduksjonen. Vedkommende var svært fornøyd med å kunne delta mer aktivt som spillende trener, hvilket ikke var mulig før. Deltaker 2: «Det var kjeften som gikk da (ler). Nå kan jeg jo være med og vise litt øvelser og faktisk sette meg inn i en spillsituasjon. [...] jeg har jo hatt veldig gode støttespillere når jeg er fotballtrener».

Vektreduksjonen gjorde at mange kunne være mer aktiv med familien, noe som var svært betydningsfullt. Deltaker 10: «[...] jeg og partneren min har jo trent mye for å opprettholde styrke og for at du ikke skal gå helt ned, og da har vi holdt på med trappeløp og jogging og sånt som jeg aldri har gjort før». Deltaker 3: «Og så har jeg kjøpt hengekøye til alle de andre nå i bursdagsgave (ler litt). Så det er klart, jeg, jeg liker jo å ha med meg familien ut på tur, ikke sant». Lavere kroppsvekt gjorde det lettere å bevege seg i aktivitet i tillegg til at aktiviteten følte bedre. Deltaker 9: «[...] nei det var det jeg sa at det ble mye bedre å være litt mer aktiv selv òg liksom».

Den største endringen for de fleste var at aktivitet ble forbundet med mer glede og mestring enn tidligere, og mange følte at aktivitet var meningsfullt. For noen av deltakerne fungerte aktivitet som selvregulering og var en betydningsfull egentid i en hektisk hverdag. Deltaker 4: «[...] treningen er en god del av hverdagen min, [...] det gir meg ganske mye».

Deltaker 3: [...] for å klare alle de utfordringene en hverdag er med å ha mye unger, da er det kjempeviktig å være i form. Og det er jo en måte, i hvert fall for meg, å selvregulere meg selv, det er rett og slett det å holde meg i form, da.

Oppsummert var familien en viktig del av behandlingsprosessen for flere deltakere, men støtte og forståelse var ikke en selvfølge. For noen var poliklinikken en viktig arena for å få støtte og hjelp, mens andre hadde mindre kontakt med helsepersonellet som hadde ansvaret for oppfølgingen. Flere kjente på en fellesskapsfølelse gjennom aktivitet sammen med andre, og at fysisk aktivitet var betydningsfullt å drive med.

## 7 Diskusjon

Hensikten med denne studien har vært å få frem nyanserte beskrivelser av livet etter operasjon fra personer som har gjennomgått fedmekirurgi, og hvordan de uttrykte seg rundt opplevelse av sammenheng. Diskusjonskapittelet er strukturert ut ifra temaene som kom frem i analysen og presentert i resultatkapittelet. Temaene blir diskutert fra et salutogent perspektiv med fokus på de tre dimensjonene innenfor OAS; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39-41), i hovedsak de to siste dimensjonene. Diskusjonens omdreiningspunkt er deltakernes håndtering av de økte mulighetene og hvordan de fant mening i endringene som fulgte operasjonen og i «det nye livet». Funnene er også et utgangspunkt for å diskutere mulige sammenhenger mellom OAS og livskvalitet. Egne refleksjoner rundt metodikk og avgrensninger for studien vil bli lagt frem.

### 7.1 Oppsummering av funn

Denne studien har pekt mot at fedmekirurgi har positive innvirkninger på livskvalitet og livsglede for personer med fedme. Resultatene kan bidra til å fremme forståelse og aksept for personer som gjennomgår fedmekirurgi og de langvarige endringsprosessene de står i. Personer med fedme kan oppleve mange begrensninger i livet, og fedmekirurgi kan være en god behandling for å gi bedre helse og livskvalitet, samt flere muligheter. Deltakernes erfaringer og historier fra denne studien antyder kompleksiteten rundt fedmekirurgi og den følgende vektreduksjonen. Selv om alle deltakerne uttrykte at de ikke angret på valget de hadde gjort, erfarte de vektreduksjonen forskjellig og beskrev noe motstridende følelser knyttet til det å være fedmeoperert.

Et hovedfunn som kom frem i analysen, var at fedmekirurgi hadde gitt deltakerne et nytt liv med flere muligheter. Samtidig innebar det nye livet begrensninger på andre områder som utdypes videre i temaene. Analysen resulterte i tre temaer som på forskjellige måter ga økte muligheter og/eller begrensninger i det nye livet. Det første temaet baserte seg på deltakernes forhold til mat og vekt, der deltakerne trakk fram redusert måltidsmengde, frykt for vektoppgang, komplikasjoner og uønsket oppmerksomhet ved måltid som eksempler på ting de måtte forholde seg til etter operasjon. Forventninger og endringer etter fedmekirurgi kom frem som det andre temaet, og baserte seg på deltakernes forventninger om et lettere liv. Endringene som fant sted etter operasjon, var likevel både uventede og forventede endringer for deltakerne. Det siste temaet som kom frem i analysen var aksept og forståelse fra omgivelsene, og gikk ut på hvilken støtte deltakerne fikk fra nære og fjerne personer rundt

dem, og hvordan støtten påvirket dem videre i endringsprosessen. Studiens epistemologiske ståsted anerkjenner kunnskap forankret i analyser av førstepersonserfaring som verdifull kunnskap, og til nytte i samhandling med personer som har hatt fedmekirurgi.

## **7.2 Forholdet til mat og vekt**

### *7.2.1 Spisevaner*

Tidligere forskning har vist at fedmekirurgi gir bedre helse relatert livskvalitet for personer med fedme på lengre sikt (Andersen et al., 2015; Karlsson et al., 2007). Psykososiale intervensjoner for personer som har hatt fedmekirurgi antydte gode effekter på spisevaner, depresjon, angst og livskvalitet hos denne pasientgruppen (David et al., 2020). Økt livskvalitet etter fedmekirurgi sammenfaller delvis med funn fra den inneværende studien. Noen av deltakerne i denne studien uttrykte et avslappet forhold til mat etter operasjon, selv om de tidligere hadde trøstespist og hatt ugunstige spisevaner. Samtidig framkom også motstridende funn der noen av deltakerne hadde et svært anstrengt forhold til mat. Disse deltakerne var redd for vektøkning, usikker på passende måltidsmengde og gikk fort matlei. I tillegg hadde flere av dem komplikasjoner ved matinntak. En systematisk oversikt av Spirou et al. (2020) pekte mot sprikende resultater på overspising, angst og depresjon hos personer fem år etter gjennomgått fedmekirurgi. Over tid ble resultatene mer og mer sprikende, hvilket gjorde at studien hentydet at fedmekirurgi har en kortsiktig effekt på angst, depresjon og overspising. Oversikten hadde inkludert flere kvalitative studier, og ga dermed flere nyanser av hvordan angst, depresjon og overspising artet seg etter fedmekirurgi (Spirou et al., 2020).

En kvalitativ studie av Coulman et al. (2020) undersøkte personer som hadde hatt fedmekirurgi for seks måneder siden og inntil tre år, og fant at mange av dem strebet etter normalitet rundt forholdet til mat og spisevaner. Det kom frem at noen klarte å skifte fokus mot å spise mer fornuftig, altså en tilpassing i eget liv, fremfor en livslang diett. Andre deltakere opplevde derimot ingen endringer i forholdet til mat, hvor flere fortsatt brukte mat som trøst mot vonde følelser (Coulman et al., 2020). For deltakerne i den inneværende studien var matglede viktig for å oppleve et godt forhold til mat. Et godt forhold innebar et mer avslappet forhold til mat, innenfor en viss struktur, og så ut til å ha sammenheng med gode rutiner på antall måltid i løpet av dagen, samt å ha funnet en måltidsmengde som ga en form for metthetsfølelse. Deltakerne som beskrev et avslappet forhold til mat, hadde ofte mye kunnskap om kosthold og matlaging, og uttrykte at mat var en viktig del av hverdagen.

En deltaker hadde fryktet at mat kom til å bli en stressfaktor etter operasjon, men opplevde at mat ga like mye glede i hverdagen som før. Denne deltakeren kunne i dag forholde seg omtrent likt til mat som før operasjon, og selv om mengden måtte reduseres, anså ikke deltakeren det som negativt. En annen deltaker opplevde å ha et anstrengt forhold til mat, og hadde tidligere brukt mat som trøst mot ensomhet og følelser. Denne deltakeren opplevde mat som en stressfaktor, og uttrykte at vedkommende ikke hadde glede med mat lengre. Redusert matglede var delvis knyttet til mindre måltidsmengde og delvis til dårlig samvittighet for å ikke klare å spise sunnere. Deltakeren uttrykte at håndteringsstrategien overfor mat måtte endres med støtte fra helsepersonell, men vedkommende var fremdeles usikker på hvordan håndtere følelser og rutiner rundt mat etter operasjonen.

Flere av deltakerne i studien til Coulman et al. (2020) hadde også opplevd at effekten av operasjonen hadde avtatt i form av at de fikk økt appetitt og at de med tiden klarte å spise mer mengde. Det sammenfaller med erfaringer og opplevelser hos noen av deltakerne i denne studien. Flere deltakere opplevde at de klarte å spise mer etter hvert som tiden gikk, og noen av deltakerne bekymret seg over om de spiste for mye fordi de enten opplevde vektøkning eller at vektnedgangen stagnerte. I studien til Coulman et al. (2020) etterlyste deltakerne bedre psykososial oppfølging for å få hjelp til å kontrollere matinntak og trøstespising. Noen deltakere i den inneværende studien etterlyste også mer oppfølging psykososialt, og ønsket tettere oppfølging og veiledning i forhold til måltidsmengde for å holde vekten nede. David et al. (2020) pekte på at kognitiv atferdsterapi hadde spesielt god effekt på emosjonellstyrt spising hos personer som hadde hatt fedmekirurgi. Emosjonellstyrt spising var ofte forbundet med trøstespising og overspising og var dermed en risikofaktor for tilbakefall og vektøkning. David et al. (2020) påpekte at kognitive og atferdsrettede intervensjoner er spesielt anbefalt for å optimalisere vektnedgang og psykososiale forhold etter fedmekirurgi. Ettersom kun 57% av pasientene klarer å følge kostholdsrådene som anbefales etter fedmekirurgi (Toussi et al., 2009), ville et forslag til videre forskning vært å se om slike intervensjoner kunne bidra til at flere hadde klart å følge kostholdsrådene.

### *7.2.2 Fellesskap rundt måltid*

Mat i sosiale settinger kan være både utfordrende og ubehagelig for personer som har hatt fedmekirurgi. Interessante funn om forholdet til mat ved Coulman et al. (2020) sin studie var at deltakerne uttrykte uønsket oppmerksomhet ved sosiale spisesituasjoner, spesielt sammen med familie. Under samlede måltid uttrykte familien bekymringer for deltakerens begrensede matinntak, samtidig uttrykte de også svekket appetitt grunnet deltakerens gastrointestinale

komplikasjoner (Coulman et al., 2020). Deltakere i den inneværende studien uttrykte også mye uønsket oppmerksomhet i sosiale sammenhenger som inkluderte mat. Eksempelvis fikk en deltaker mye oppmerksomhet og bekymringer fra familien under måltid fordi vedkommende hadde gått mye ned i vekt, spiste svært lite og opplevde mye ubehag rundt matinntak. Oppmerksomheten rundt måltid uttrykte deltakeren som stressende ettersom vedkommende prøvde iherdig å få i seg nok næring, men kroppen jobbet imot. Sammen med familien og hjelp fra poliklinikken utarbeidet deltakeren og familien nye håndteringsstrategier rundt fellesmåltid. Familien skulle ha mindre fokus på deltakerens måltidsmengde og heller vise omsorg gjennom å tilrettelegge for flere måltid gjennom dagen. Coulman et al. (2020) brukte semi-strukturerte fokusgruppeintervju og tematisk analyse, og hadde 19 personer med ulikt aldersspenn og kjønn som deltok. Som lagt ut har resultatene i Coulman et al. (2020) og den inneværende studien noen interessante paralleller og ulikheter. For eksempel synes den inneværende studiens metode (dybdeintervjuer) å gi rom for utdypende og nyanserte beskrivelser av forholdet til mat og spising, som er et sensitivt tema for personer som har gjennomgått fedmekirurgi.

### *7.2.3 Stabilisering av vekt og vekt mål*

Forskning har vist at ved omtrent 15-18 måneder etter operasjon er det vanlig at vektreduksjonen stopper opp og at vekten kan øke litt igjen før den stabiliserer seg (Le Foll et al., 2019). En mulig årsak til det er at personer som gjennomgår fedmekirurgi kan få tilbakefall til gamle vaner med uheldig spisemønster og inaktivitet med tiden (Le Foll et al., 2019). Deltakerne i denne studien hadde ulik grad av fokus på vekt nedgangen og varierende tilfredshet med vektresultatet to til tre år etter operasjon. Noen var svært bekymret for at vekt nedgangen hadde stagnert og fryktet vektøkning med tiden. Andre følte seg fornøyd med egen vekt og at vektreduksjonen hadde gitt dem et lettere liv. En annen hadde problemer med å kontrollere vektreduksjonen, og fryktet å bli for tynn. Av ulike grunner var det viktig for noen deltakere å nå vekt målet de hadde satt seg før operasjon, og flere jobbet fremdeles mot å nå dette målet. Andre deltakere hadde ikke et spesifikt vekt mål og var fornøyd med den oppnådde vektreduksjonen. En deltaker uttrykte spesielt at det ikke var kilogrammene som betydde noe, det var livskvaliteten. Denne deltakeren var likevel ikke fornøyd med eget utseende. Ifølge Spirou et al. (2020) vil ikke det å nå vekt målet etter fedmekirurgi nødvendigvis endre pasientens negative selvoppfattelse. Flere av deltakerne i Coulman et al. (2020) sin studie hadde hatt opplevd en vektøkning siden operasjon, og uttrykte frykt for å komme opp igjen i opprinnelig vekt. Deltakerne selv anså at årsaken til vekt oppgangen

skyltes økt appetitt og økte porsjonsstørrelser over tid. Det sammenfaller med funn fra denne studien, der deltakerne fortalte om lignende fryktfølelser relatert til vektoppgang, og at frykten for vektøkning til tider var overskyggende for vektreduksjonen de hadde oppnådd. Når frykten blir veldig dominerende, kan det være vanskelig for personen å se de positive mulighetene vektreduksjonen har gitt og gjør at personen kanskje aldri får det godt med seg selv.

Deltakernes forhold til vektstagnasjon, små vektøkninger og vektreduksjon som var vanskelig å stoppe sier noe om at de kanskje ikke lenger anså vektreduksjonen som forutsigbar og kontrollerbar, hvilket kan tenkes å påvirke OAS negativt. Dersom de ikke lenger følte kontroll over vektreduksjonen, og ikke fant en effektiv håndteringsstrategi for å holde vekten nede, kunne det for den enkelte føles mindre meningsfullt å engasjere seg i å holde vekten. Når vekten opplevdes som «utenfor» egen kontroll til tross for operasjon og egen innsats, kunne det komme til uttrykk som fortvilelse og resignasjon.

Flere av deltakerne i denne studien strevde med å finne balansen mellom matinntak og stabilisering av vekt, og på den måten føle kontroll over kroppsvekten. For disse deltakerne kunne vekten oppleves som en stressor og ifølge Antonovsky kan stressorer virke inn på om personen beveger seg i retning sykdom eller helse i kontinuumet (Antonovsky, 1996; Eriksson, 2017, s. 94). Ved å styrke essensielle motstandsressurser, som påvirker OAS positivt, kan personer med svak OAS få bedre evne til å bruke egne ressurser videre i andre livssituasjoner. Bruk av generelle motstandsressurser, som eksempelvis sosial støtte, kan være avgjørende for hvorfor noen bedre håndterer stressorer enn andre (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 42; Idan et al., 2017, s. 57). Når endringsprosesser etter fedmekirurgi blir vanskelige, stopper opp eller går i uønsket retning, kan eksempelvis støtte være en ressurs som bidrar til å snu utviklingen. Et eksempel fra denne studien var en deltaker som beskrev hvor viktig helsepersonellet ved poliklinikken hadde vært da endringsprosessen etter operasjonen gikk i uønsket retning, altså en betydelig vektøkning for deltakeren, hvor helsepersonellet tok kontakt da vedkommende ikke møtte til kontroll og tilbudte en løsning for vektøkningen som deltakeren ikke visste om.

## **7.3 Forventninger og endringer etter fedmekirurgi**

### *7.3.1 Nå skulle livet begynne*

En systematisk oversikt av Cohn et al. (2019) sammenstilte funn fra 28 kvalitative studier. Studien undersøkte årsaker og forventninger til fedmeoperasjon hos personer som hadde hatt



fedmekirurgi, og antydte at personer som gjennomgikk fedmekirurgi hadde høye forventninger til livet etter operasjon, og at forventningene ikke nødvendigvis gikk i oppfyllelse (Cohn et al., 2019). Det stemmer overens med funn fra den inneværende studien. Deltakerne i denne studien hadde forventninger til at livet skulle bli lettere, og at en vektreduksjon ville gi økt energi, økt aktivitetsnivå, samt muligheter til å fungere i arbeidslivet. Selv om de oppnådde en betydelig vektreduksjon, ble ikke alt som forventet. Eksempelvis ble fysisk aktivitet lettere for de fleste, men perioder med manglende energi og kroppslige smerter etter operasjonen førte likevel til mindre aktivitet.

En norsk studie av Groven et al. (2010) beskrev problemstillingen med manglende energi, fatigue og smerter hos kvinner som hadde hatt fedmekirurgi for inntil seks år siden. Ifra et utvalg på 22 kvinner, tok forfatteren utgangspunkt i opplevelsene og erfaringene til fem av kvinnene ettersom disse fem uttrykte at de hadde fått dårligere livskvalitet etter operasjon. Noen måneder etter operasjonen opplevde flere av kvinnene tidvis dårlig hukommelse, utmattelse og gradvis økende smerter. Kombinasjonen av lite energi og kroppslige smerter gjorde at kvinnene følte seg «tvunget» til inaktivitet. Flere av kvinnene hadde vært regelmessig fysisk aktive før operasjon, mens nå var bare det å gå korte turer med lav intensitet slitsomt og smertefullt. Kvinnene hadde fått redusert livskvalitet som følge av fedmeoperasjonen (Groven et al., 2010). Selv om flere av deltakerne i den inneværende studien opplevde kroppslige smerter og manglende energi, ga de ikke uttrykk for at livskvaliteten hadde blitt dårligere, men heller at prosessen etter operasjon var annerledes og vanskeligere enn forventet.

### *7.3.2 Selvtillit/selvbilde*

Kroppsbilde, på engelsk body image, kan defineres som en persons subjektive tanker og følelser om egen kropp (Grogan, 2017, s. 4). Fedmekirurgi er assosiert med økt tilfredshet med egen kropp og attraktivitet, som igjen assosieres med bedret generell helsetilstand, mental helse og vitalitet (Lyons et al., 2014). Lyons et al. (2014) undersøkte kroppslige endringer hos 15 personer som hadde hatt fedmekirurgi for minst seks måneder siden, og hadde som formål å få en forståelse av hvordan endring i kroppsbildet opplevdes. Studien brukte fokusgruppeintervju og delte opp etter kjønn med fire til fem deltakere per intervju. Studiens resultat pekte mot at fedmekirurgi ga økt livskvalitet relatert til vekt, men selv om pasientene var fornøyde med vekt nedgangen, opplevde de også negative kroppsforandringer som eksempelvis mye overflødig hud. Et negativt kroppsbilde var assosiert med overspising, usunt kosthold og inaktivitet. Studien av Lyons et al. (2014) var metodisk annerledes enn den

inneværende studien da det ble brukt fokusgruppeintervjuer. Deltakerne i studien ble rekruttert fra støttegrupper i oppfølgingsprogrammet ved en fedmepoliklinikk i Canada, hvilket ga inntrykk av at deltakerne sannsynligvis kjente hverandre godt fra før, og gjorde det lettere å diskutere sårbare temaer (Lyons et al., 2014). Funn fra Lyons et al. (2014) om at kroppsbildet ikke nødvendigvis bedres selv om vekten reduseres har likheter til funn i den inneværende studien. Deltakerne i denne studien ga uttrykk for at de ikke var komfortabel og tilfreds med eget utseende grunnet mye overflødig hud. Eksempelvis følte en deltaker at den overflødig huden «skjulte» hvor mye vedkommende egentlig hadde gått ned i vekt, og ønsket hudfjerningsoperasjon for å «rettferdiggjøre» egen størrelse.

Forskning har antydning forbedringer i fysiske aspekter etter fedmekirurgi, men ved mentale aspekter er det motstridende resultater (Dreber et al., 2018; Lindekilde., 2015). Selv om deltakerne i den inneværende studien beskrev at det ble lettere å være til og at de på én måte mestret livet bedre, førte ikke det nødvendigvis til bedre selvbilde og selvtilit. Vekten var ikke et like stort hinder i hverdagen lengre, men mye overflødig hud gjorde at mange ikke var fornøyd og tilfreds med eget utseende. Flere deltakere beskrev en indre konflikt mellom egne følelser rundt vekt og andres oppfatninger av deres utseende. Det gikk blant annet ut på at det var vanskelig å se at de selv hadde gått ned i vekt, men kommentarer fra andre tilsa at de hadde forandret seg mye. Ifølge Antonovsky & Sjøbu (2012, s. 45) er eksistensielle tanker og kontakt med indre følelser noen av de viktigste generelle motstandsressursene for å skape en sterk opplevelse av sammenheng. Noen av deltakerne uttrykte forvirring rundt indre tanker og følelser, og hadde vanskeligheter med å forstå hvorfor de følte seg mislykket. Fedmekirurgi innebærer livsomveltende endringer som kan lede til indre prosesser knyttet til egen identitet, hvem en er og vil være, fordi man endrer seg så mye på utsiden og samspillet med andre ofte endres. Konflikten mellom det bildet deltakerne så i speilet og de indre tankene om at de ennå var tykke og andres respons på vektreduksjonen, kan ha utfordret deltakernes opplevelse av sammenheng.

Den tredje dimensjonen i OAS, meningsfullhet, går ut på at personen anser det som meningsfullt å engasjere seg i livets stressorer/utfordringer fordi det gir mening både følelsesmessig og kognitivt (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Poenget her er å få løftet fram at det kan være vanskelig for deltakerne å føle en opplevelse av sammenheng hvis de utfordringene man kommer over ikke gir mening følelsesmessig eller kognitivt. Fedmeoperasjonen kan ha gjort at deltakerne måtte finne nye håndteringsstrategier i livet, ettersom tidligere håndteringsstrategier de brukte som overvektig, eksempelvis trøstespising for å håndtere vonde følelser, ikke lenger kunne brukes fordi det blant annet ga risiko for

vektøkning. For noen kan endringene fedmekirurgien gir bli så overveldende at man opplever at livet blir kaotisk og uforståelig, og at man bli et offer for omstendighetene. Intervensjonene som ble undersøkt av David et al. (2020) gikk ut på å finne nye håndteringsstrategier etter fedmekirurgi for å unngå tilbakefall til gamle vaner. Det innebar blant annet å lære problemløsning, hvordan ta vare på seg selv og metoder for å unngå trøstespising (David et al., 2020). Gode resultater fra denne oversiktsartikkelen peker mot at slike intervensjoner kan være nyttig for personer som trenger hjelp til å finne nye håndteringsstrategier og oppdage egne ressurser.

En studie av Natvik et al. (2021) basert på narrativ fenomenologi, fortalte en historie om en kvinne som hadde gjennomgått fedmekirurgi på 70-tallet og som fremdeles strevde med å holde vekten selv 45 år etter. Kvinnen ble operert med jejunioleal bypass, en operasjonsmetode innenfor fedmekirurgi som nå er forbudt grunnet alvorlige komplikasjoner. Hun hadde ikke hatt alvorlige komplikasjoner som følge av operasjonen, men strevde til tider med diaré og magesmerter etter overspising, og hadde et tidlig stadium av osteoporose. Til tross for at Natvik et al. (2021) sin studie belyste én persons livsfortelling knyttet til vektproblematikk og fedmekirurgi, var det flere erfaringer der som har paralleller til deltakerne i denne studien. Eksempelvis la kvinnen frem et dilemma som hun enda ikke visste svaret på, som gikk ut på hvordan hun skulle ende vektreduksjonsprosessen og bli tilfreds i egen kropp uten tilbakefall (Natvik et al., 2021). Deltakerne i denne studien hadde et lignende dilemma hvor noen følte at en hudfjerningsoperasjon ville gjøre dem tilfreds med egen kropp, og at hudfjerning dermed ville bli et punktum på vektreduksjonsprosessen. Kvinnen i studien til Natvik et al. (2021) hadde hatt flere hudfjerningsoperasjoner, men følte enda ikke å ha nådd et endepunkt. Det sier noe om at vektreduksjonsprosessen etter fedmekirurgi er langvarig, og sannsynligvis en livslang prosess som man kanskje aldri kan sette et «punktum» ved. Fjerning av overflødig hud kan bidra positivt til deltakernes selvpresentasjon og på den måten gjør det mer synlig for dem selv og andre at de er kommet i mål. En annen konsekvens av operasjoner for å fjerne overflødig hud kan være en følelse av å aldri komme i mål, slik kvinnen i Natvik et al. (2021) sin studie beskrev 45 år etter operasjon.

### *7.3.3 Økonomi som ressurs og begrensning*

En kvantitativ studie av Larsen et al. (2018) undersøkte og sammenlignet sosioøkonomiske faktorer hos personer som hadde hatt fedmekirurgi og personer med overvekt/fedme som ikke hadde gjennomgått fedmekirurgi i Danmark. Studien pekte mot at personene som gjennomgikk fedmekirurgi hadde færre sykedager og bedre forutsetninger for å delta i

arbeidslivet (Larsen et al., 2018). Samtidig viste ikke studien til om flere kom seg ut i arbeid etter operasjon. Det ble derimot målt utbetaling av sosiale stønader, inntekt og helsekostnader hos begge gruppene inntil tre år før operasjon og opptil fire år etter operasjon. Den opererte gruppen hadde de høyeste kostnadene hos helsetjenester samtidig som de sosiale stønadene gikk ned. Operasjonsgruppen hadde også en signifikant høyere inntekt enn den ikke-opererte gruppen både før og etter operasjon, og kan tyde på at den opererte gruppen har kunnet fortsette i arbeidet etter operasjon. Studien påpekte derfor at på det generelle plan er fedmekirurgi samfunnsøkonomisk fordi det gir bedre helse for de fleste pasientene, og kirurgien vil da være lønnsom i det lengre løp (Larsen et al., 2018).

På et individnivå viser situasjonen å være mer kompleks enn på et populasjonsnivå. For deltakerne i denne studien som var i arbeid, uttrykte noen at de fungerte bedre i jobb etter operasjon og at mer energi gjennom dagen gjorde at det var lettere å både være i jobb og bidra i hjemmet. Andre opplevde utbrenthet og utmattelse i jobben, og en kombinasjon av høye arbeidskrav og vektreduksjonens bivirkninger gjorde det utfordrende å stå i jobben. For deltakerne som var helt eller delvis uføretrygdet endret ikke vektreduksjonen deres mulighet for å delta i arbeidslivet. En deltaker var blant annet svært skuffet over at vektreduksjonen ikke hadde ført til deltakelse i arbeidslivet. De som var delvis eller helt uføretrygdet var sannsynligvis ute av arbeidslivet av andre årsaker enn fedme, da flere fortalte om sykdommer som gjorde dem ute av stand til å fungere i vanlig arbeid.

Som tidligere beskrevet kunne de store kroppslige endringene etter operasjonen være utfordrende å håndtere, og noen av deltakerne i denne studien beskrev også hvordan endringene gikk utover egen økonomi. Noen uttrykte spesielt at klær var et dyrt prosjekt, ettersom vektreduksjonen førte til hyppig utskiftning av klær og sko. Begrenset økonomi ble for noen såpass inngripende at det gikk utover selvbildet og selvpresentasjonen til noen av deltakerne.

#### **7.4 Aksept og forståelse fra omverden**

Støtte fra betydningsfulle personer kan være viktig i en drastisk endringsprosess. Cohn et al. (2019) beskrev at støtte fra familie/nære var viktig i beslutningstakingen for personer som velger å ta fedmekirurgi. Ifølge Antonovsky er sosial støtte en ekstern ressurs, og regnes som en av de viktigste generelle motstandsressursene (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 45).

Deltakerne i denne studien som opplevde god sosial støtte, uttrykte en større tilfredshet og livsglede enn andre som opplevde manglende støtte. Deltakerne beskrev at støtten blant annet

gikk ut på at familie eller nære ga påminnelser om matinntak, da deltakeren fort kunne glemme å spise grunnet mangel på sultfølelse. I tillegg var det viktig å ha noen å dele gledene med, enten om det var mulighet til å være i aktivitet sammen med familie og venner eller å kunne få bekreftelse og ros fra betydningsfulle andre.

En studie av Tolvanen et al. (2021) intervjuet 16 personer som hadde hatt fedmekirurgi mellom 2004 og 2016, og pekte mot at støtte fra både helsepersonell og betydningsfulle personer var viktig i prosessen etter inngrepet. Samtidig var det flere deltakere som opplevde oppfølgingen som utilstrekkelig, enten i form av for sjelden oppfølging eller for lite fokus på motivasjon, kosthold og/eller psykisk støtte (Tolvanen et al., 2021). I den inneværende studien var det også varierende opplevelser med oppfølgingen ved fedmepoliklinikken, hvor noen følte at de fikk hjelpen de trengte fra helsepersonellet mens andre følte mangel på støtte og oppfølging av helsepersonellet. Flere opplevde støtte fra enten nær familie eller gode venner, i tillegg til at de følte seg forstått av helsepersonellet ved poliklinikken. Disse deltakerne var fornøyd med oppfølgingsopplegget, og følte at de fikk den hjelpen de trengte ved poliklinikken. Andre deltakere opplevde manglende støtte fra personer rundt, enten om det var fordi de hadde lite venner eller om det var fordi familiemedlemmer bodde langt vekk. De som var mest kritiske til oppfølgingen opplevde den som mangelfull og sjelden, og følte seg ikke forstått av helsepersonellet. Det gikk blant annet ut på at de ikke følte at det var anledning til å snakke om følelser og den indre konflikten mellom kropp og hodet på oppfølgingstimene ved poliklinikken, og at de medisinske målingene var viktigst.

En studie av Ward og Ogden (2019) undersøkte fedmekirurgers perspektiv på årsaker til mislykket vektresultat for pasienter som hadde gjennomgått fedmekirurgi. Studien ble gjort i England, og kirurgene hadde lang erfaring (>10 år) med fedmekirurgi. Noen av dem jobbet ved private klinikker, mens andre var offentlig ansatt. I intervjuene skulle kirurgene fortelle om én pasient hver, der pasientens vektresultat ikke ble som ventet. Flere av kirurgene antydte at årsaken til pasientenes mislykkede resultat var mangel på informasjon om pasientenes sykehistorier, som i noen tilfeller var grunn nok til å ikke behandle med fedmekirurgi. De var derimot ikke overbevist om at pasientene hadde hatt bedre helse om de ikke hadde blitt operert. Ifølge kirurgene hadde ikke pasientene fulgt deres råd og anbefalinger, og anså det som deler av grunnen til at resultatet ble som det ble. Samtidig vurderte kirurgene deres egen rolle i behandlingsforløpet og opplevde at de ikke hadde kunnskapen til å støtte, motivere eller hjelpe pasientene med følelser og psykiske plager (Ward & Ogden, 2019). Sannsynlighetene for at kirurgene ikke spurte pasientene om følelser og mental helse på oppfølgingstimene er derfor til stede, og virket til å ha med at kirurgene ikke anså det som

deres arbeidsoppgave. Kirurgene mente at det hadde vært nyttig med en psykiater eller psykolog i det tverrfaglige teamet som skulle følge opp pasientene, ettersom den faggruppen hadde kunnskap til å håndtere pasientenes psykiske helse. Samtidig var det ikke midler nok til å ha den faggruppen i teamet (Ward & Ogden, 2019). Deltakerne i både Tolvanen et al. (2021) og i den inneværende studien påpekte at tanker og følelser viktige tema å kunne drøfte med helsepersonellet ved poliklinikken. Kan det være slik at helsevesenets organisering med klart skille mellom avdelinger for somatikk og psykiske helsevern bidrar til å opprettholde tendensen til å forholde seg enten til psykologiske eller til somatiske aspekt, der det biologiske har forrang framfor det holistiske biopsykososiale? Er helsepersonellet så spesialisert at de står i fare for å gå utenom det holistiske menneskesynet?

I forbindelse med livskvalitet og OAS undersøkte Sarenmalm et al. (2013) oppfatninger av egen helse, livskvalitet og opplevelse av sammenheng hos kvinner som gjennomgikk behandling for brystkreft. Studien fant at kvinnene med sterk OAS opplevde å ha bedre helse og livskvalitet uavhengig av hvor langt de var kommet i behandlingsforløpet. Disse kvinnene benyttet seg av flere ulike håndteringsstrategier i møte med forskjellige utfordringer som møtte dem underveis (Sarenmalm et al., 2013). Kanskje kan undersøkelse av OAS hos personer som har hatt fedmekirurgi være til hjelp i oppfølgingen etterpå både for helsepersonell og pasienten selv. Ved å undersøke OAS kan både pasienten og helsepersonellet bli klar over hva som kan være nyttig i oppfølging og støtte for den enkelte, og ikke minst hvordan helsepersonellet kan bli en ressurs for pasienten under endringsprosessen. På den måten bindes psyke og soma sammen, og oppfølgingen kan føles noe mer komplett for pasientene, dersom de blir hørt og sett i egen endringsprosess.

En norsk studie av Jakobsen et al. (2018) sammenlignet fedmekirurgi og annen ikke-kirurgisk behandling for sykelig overvektige personer i Norge. Studiens resultater antydte, som mange andre studier som sammenligner kirurgi med konservativ behandling, at fedmekirurgi ga betydelig vektreduksjon og reduserte både blodtrykk og type 2 diabetes hos pasientene. Samtidig hadde den opererte gruppen dobbelt så høy risiko for å bli mageoperert (grunnet eksempelvis magesmerter, tarmslyng eller gallesteinsanfall), i tillegg økte risikoen for tablettbehandlet depresjon med 50% og mange fikk behov for sterke smertestillende medikamenter grunnet smertetilstander etter operasjon (Jakobsen et al., 2018). En av forskerne ga et intervju med NRK like etter publiseringen av artikkelen, hvor han beskrev de gode resultatene av fedmekirurgi som hadde framkommet i studien (Lysvold et al., 2018). I denne artikkelen vektlegger forskeren de fysiske og medisinske bedringene etter fedmekirurgi, og mente at pasientene får vite nok om hvilke risikoer og komplikasjoner som

kan forekomme til å gjøre et bevisst valg. Artikkelen gikk ikke nærmere inn på funnene som gikk ut på økt bruk av smertestillende og antidepressive medikamenter og medikamenter mot depresjon. Denne illustrerer en tendens til å legge vekt på entydige og lett forståelige funn og underrapportere andre, slik som psykososiale aspekt ved fedmekirurgi.

## **7.5 Studiens begrensninger**

Funnene i denne studien både utfyller og støtter opp om tidligere forskningsresultater om at fedmekirurgi kan gi bedre livskvalitet og helse for personer med fedme. Gjennom individuelle historier og erfaringer ble de ulike opplevelsene med kirurgiens ettervirkninger og hvordan livskvaliteten påvirkes belyst. Utvalget i denne studien ble satt av forskningsgruppen som gjorde intervjuer med deltakerne, og et utvalg på ti deltakere var passende for å få dybdeinformasjon om erfaringer etter fedmekirurgi. Et større utvalg kunne muligens gitt mer informasjon og større variasjoner, men det kunne derimot gjort det vanskelig å få nok dybde i analysene. I og med at jeg har fått tilgang til intervjuer gjort av en erfaren forsker, har ikke jeg selv fått prøve å intervju forskningsdeltakere og kan på den måten ikke si noe om hvordan det er å gjennomføre et forskningsintervju. Jeg fikk derimot tilgang til bilder, lydopptak fra intervjuer og fått pratet med intervjueren selv som gjorde at jeg fikk en større nærhet til datamaterialet enn jeg ellers hadde fått ved å kun lese transkripsjoner skrevet av noen andre. Dette kan derimot ha påvirket resultatene fra i denne studien. Først og fremst prøvde jeg å gå inn i lyttingen med et åpent sinn, men min forforståelse kan ha vært mer fremtredende i møte med intervjuene enn det som kanskje hadde vært tilfelle dersom jeg selv skulle intervjuet deltakerne. Det er lettere å sitte på en dataskjerm og gjøre seg opp meninger om personer man aldri har møtt, samtidig forhørte jeg meg med intervjueren for å bekrefte eller avkrefte ting jeg hadde oppfattet. Jeg mener også at min utdanning kan ha påvirket analysen, hvor blikket fort gikk mot faktorer jeg som fysioterapeut mente var viktig i prosessen etter operasjon. Jeg har prøvd å tydeliggjøre min forforståelse og hvordan den påvirket analysen og resultatene i 5.7.1 og 5.7.5.

Selv om funn fra denne studien får frem flere opplevelser og erfaringer fra personer som har gjennomgått fedmekirurgi, er det kun en liten del av virkeligheten. Funnene representerer studiens utvalg av voksne norske personer to til tre år etter fedmekirurgi ut ifra studiens kontekst. Studiens resultat kan ikke si noe om hvordan fedmekirurgi og vektreduksjon erfares i andre kulturer og helsesystemer, men kan likevel gi indikasjoner på

hva som kan være viktig i møte med disse pasientene og hvordan helsepersonell kan bli mer ressursfokusert i behandlingstilnærmingen.

Studien er utført av meg som uerfaren forsker og student. Jeg har igjennom hele forskningsprosessen forsøkt å tilegne meg kunnskap om kvalitative metoder og få erfaring i de ulike fasene av prosessen. Det er en mulig svakhet for studiens validitet. Jeg har imidlertid fått profesjonell veiledning i forskningsprosessen, samt fulgt metoder og retningslinjer som utviklet min egen forskningsteknikk, og er dermed en styrke for kvalitetssikring i studien.

Ikke bare er vektreduksjonen etter fedmekirurgi en individuell endringsprosess som tar lang tid å venne seg til, men samarbeidet mellom helsepersonell og pasient er også svært viktig i hvordan disse personene opplever livet etter operasjonen. Det kan oppleves usikkert, uforståelig og uhåndterbart for pasienten dersom de ikke føler seg forstått og opplever støtte fra helsepersonellet ved oppfølging. Denne studien har belyst hvordan livet kan oppleves etter fedmekirurgi, og hvordan nye begrensninger som eksempelvis måltidsmengde og -rutiner var utfordrende å håndtere. I tillegg viste studien hvordan støtte fra personer rundt, enten familie eller helsepersonell ved poliklinikken, var viktig i endringsprosessen til deltakerne. Studiens funn kan derfor supplere annen forskning, og gi grunnlag for videre forskning på OAS og personer som gjennomgår fedmekirurgi.

## **7.6 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Oppsummert peker denne studien på at fedmekirurgi gav nye muligheter, men også innebar noen nye begrensninger for personer med fedme og overvekt. Selv om tidligere forskning har vist at livskvalitet og helse generelt sett blir bedre etter fedmekirurgi, er det store individuelle forskjeller blant personer som gjennomgår operasjon. Funn fra denne studien peker mot at det kan være hensiktsmessig å prøve ut målinger av OAS hos personer som gjennomgår fedmekirurgi. OAS er tett forbundet med livskvalitet og kan være et verktøy for både pasienten og helsepersonellet i oppfølgingsperioden. Måling av OAS kan fungere som en brobygger mellom den fysiske og den mentale endringsprosessen som skjer hos pasientene etter fedmekirurgi, og på den måten legge til rette for et helhetlig og individuelt tilpasset oppfølgingsprogram.

I andre pasientgrupper har måling av OAS gitt en større forståelse av hvorfor noen opplever god livskvalitet på tross av sykdom, og synes å ha potensial til å utvide forståelsen av hva som skaper god livskvalitet for personer som har hatt langvarig fedme og får fedmekirurgi. Tidligere forskning og funn fra denne studien tydeliggjør behovet for å endre



tilnærming til personer som tar fedmekirurgi, både før og etter operasjon, slik at flere kan oppleve økt livskvalitet i etterkant. Å integrere et mer ressursfokuseret og holistisk perspektiv blant helsepersonell ved fedmepoliklinikker kan redusere terskelen for å snakke om vanskelige følelser og bidra til at pasientene finner sine egne gode håndteringsstrategier i vektreduksjonsprosessen. Helsepersonellet som følger opp pasientene er en viktig ekstern ressurs, og i posisjon til å legge vekt på pasientenes OAS, legge til rette for og støtte dem i endringsarbeidet. En reorientering av helsetjenesten er beskrevet som en av prinsippene i Ottawa Charteret, og går ut på hvordan helsesektorens rolle i økende grad må bevege seg i en helsefremmende retning (WHO, 1986). OAS er en innfallsvinkel som vil kunne hjelpe helsepersonell og helsetjenesten til å arbeide mer helsefremmende. Ved å være nysgjerrig på pasientenes ressurser og hjelpe pasientene til å utvikle og benytte ressursene sine, kan helsepersonell bidra til pasientenes vekt- og endringsprosess mot å få det bedre i eget liv. Positive forskningsresultater fra nyere studier, viser at psykososiale intervensjoner for personer som har hatt fedmekirurgi fungerer godt for å håndtere utfordringene som både har vært utfordrende før og etter operasjon.

## 8 Avslutning

I et helsefremmende perspektiv er det viktig at også helsesektoren re-orienteres mot helsefremmende faktorer i møte med ulike pasienter. Å studere pasienters erfaringer med helse og sykdom kan gi innsikt i hva helsefremmende innebærer og betyr for dem det gjelder. Når personer går fra å være «vanlige» til å bli «pasienter», er de i en mer sårbar posisjon overfor egen helseoppfattelse. Da er det viktig at helsetjenesten som møter dem, tar deres situasjon på alvor og hjelper dem, uten å sykeliggjøre pasientene mer enn ytterst nødvendig. Helsetjenesten trenger noen verktøy for å kunne få til denne reorienteringen, og en salutogen tilnærming kan være et bidrag i den prosessen. Formålet med denne studien har vært å undersøke erfaringer og opplevelser hos personer som har hatt fedmekirurgi, og hvordan de uttrykte seg om opplevelse av sammenheng. Kvalitativ metode var egnet for å innhente informasjon om deltakernes erfaringer og beskrivelser av livet etter operasjon.

Funnene peker mot at erfaringene og opplevelsene etter fedmekirurgi er svært varierende fra individ til individ, og at både interne og eksterne ressurser er viktig for hvordan vektreduksjonsprosessen oppleves. Kunnskap, motivasjon og fokus på vektreduksjonen, samt støtte fra familie/nære og helsepersonell var viktige ressurser i håndteringen av det nye livet. Resultatene kan tyde på at fedmekirurgien gir nye muligheter i livet for pasientene, men at det også finnes «en bakside av medaljen», i form av uforutsette og uønskede endringer eller mindre endringer enn forventet. Sosial støtte kom også frem som et viktig bidrag til endringsprosessen for deltakerne, og den støtten kunne komme fra deltakerens nærmeste eller fra helsepersonellet ved poliklinikken. Videre har denne studien pekt på at fedmekirurgi innebærer store endringsprosesser, og kan gi en lettere tilværelse og økte muligheter, men også nye begrensninger å ta stilling til. Deltakernes endringsprosesser hadde flere likhetstrekk, men var dog veldig forskjellig, og belyser viktigheten av individualisert oppfølging i forhold til den enkeltes behov etter en fedmeoperasjon.

## Referanser

- Aggrawal, S., Priyadarshini, P. & Gagner, M. (2016). LSG: The Technique. I S. Agrawal (Red.), *Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery : A Practical Guide* (1. utg., s. 245-257). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Alam, I. & Agrawal, S. (2016). Introduction to obesity. I S. Agrawal (Red.), *Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery: A Practical Guide* (s. 3-11). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Albuquerque, D., Manco, L. & Nóbrega, C. (2016). Genetics of Human Obesity. I S. I. Ahmad & S. K. Imam (Red.), *Obesity: A Practical Guide* (1. utg., s. 87-106). Springer International Publishing: Imprint: Springer.
- Andersen, J. R., Aasprang, A., Karlsen, T.-I., Natvig, G. K., Våge, V., Kolotkin, R. L. & Karin Natvig, G. (2015). Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11(2), 466-473. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.10.027>
- Anderson, J. W., Conley, S. B. & Nicholas, A. S. (2007). One hundred–pound weight losses with an intensive behavioral program: changes in risk factors in 118 patients with long-term follow-up. *Am J Clin Nutr*, 86(2), 301-307. <https://doi.org/10.1093/ajcn/86.2.301>
- Andrews, R. C. (2016). Medical Management of Obesity. I S. Agrawal (Red.), *Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery: A Practical Guide* (s. 39-49). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Batterham, R. L. (2016). Obesity and metabolic syndrome. I S. Agrawal (Red.), *Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery* (1. utg.). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Bliddal, H., Leeds, A. R. & Christensen, R. (2014). Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons - a scoping review. *Obes Rev*, 15(7), 578-586. <https://doi.org/10.1111/obr.12173>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research : a practical guide for beginners*. Sage.
- Cohn, I., Raman, J. & Sui, Z. (2019). Patient motivations and expectations prior to bariatric surgery: A qualitative systematic review. *Obesity Reviews*, 20(11), 1608-1618.  
<https://doi.org/10.1111/obr.12919>
- Cooiman, M. I., Aarts, E. O., Janssen, I. M. C., Hazebroek, E. J. & Berends, F. J. (2019). Weight Loss, Remission of Comorbidities, and Quality of Life After Bariatric Surgery in Young Adult Patients. *Obesity surgery*, 29(6), 1851-1857.  
<https://doi.org/10.1007/s11695-019-03781-z>
- Coulman, K. D., Mackichan, F., Blazeby, J. M., Donovan, J. L. & Owen-Smith, A. (2020). Patients' experiences of life after bariatric surgery and follow-up care: a qualitative study. *BMJ Open*, 10(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035013>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design : qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5. utg.). Sage.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Universitetsforl.
- Dalle Grave, R., Calugi, S. & El Ghoch, M. (2013). Lifestyle modification in the management of obesity: achievements and challenges. *Eat Weight Disord*, 18(4), 339-349.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-013-0049-4>
- Das, U. N. (2010). Obesity: Genes, brain, gut, and environment. *Nutrition*, 26(5), 459-473.  
<https://doi.org/10.1016/j.nut.2009.09.020>
- David, L. A., Sijercic, I. & Cassin, S. E. (2020). Preoperative and post-operative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: A systematic review. *Obesity Reviews*.  
<https://doi.org/10.1111/obr.12926>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 31/03/21 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2009, 23.05.2019). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dhurandhar, E. J. P. & Keith, S. W. P. (2014). The aetiology of obesity beyond eating more and exercising less. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 28(4), 533-544.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpg.2014.07.001>

- Di Cesare, M., Bentham, J., Stevens, G. A. & Markey, O. (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. 387(10026).  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)
- Dreber, H., Thorell, A., Reynisdottir, S. & Hemmingsson, E. (2018). Health-Related Quality of Life 5 Years After Roux-en-Y Gastric Bypass in Young (18–25 Years) Versus Older ( $\geq 26$  Years) Adults: a Scandinavian Obesity Surgery Registry Study. *Obesity surgery*, 29(2), 434-443. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3559-3>
- Elfhag, K. & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*, 6(1), 67-85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2005.00170.x>
- Eriksson, M. (2017). The sense of coherence in the salutogenic model of health. I M. B. Mittelmark (Red.), *The handbook of salutogenesis* (1. utg., s. 91-96). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Floyd, A., Dedert, E., Ghate, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Studts, J. L., Stetson, B. & Sephton, S. E. (2011). Depression May Mediate the Relationship between Sense of Coherence and Quality of Life in Lung Cancer Patients. *J Health Psychol*, 16(2), 249-257. <https://doi.org/10.1177/1359105310371856>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse.  
<https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2017, 3.januar, 04.10.17). *Overvekt og fedme i Noreg*.  
 Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Fried, M., Yumuk, V., Oppert, J., Scopinaro, N., Torres, A., Weiner, R., Yashkov, Y. & Frühbeck, G. (2014). Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *The Journal of Metabolic Surgery and Allied Care*, 24(1), 42-55.  
<https://doi.org/10.1007/s11695-013-1079-8>
- Green, J. & Thorogood, N. (2014). *Qualitative methods for health research* (3. utg.). Sage.
- Grogan, S. (2017). *Body image : Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3. utg.). Routledge, Taylor & Francis Group.

- Groven, K. S., Råheim, M. & Engelsrud, G. (2010). My quality of life is worse compared to my earlier life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(4). <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i4.5553>
- Groven, K. S., Råheim, M. & Natvik, E. (2017). Practising Physical Activity Following Weight-Loss Surgery: The Significance of Joy, Satisfaction, and Well-Being. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 17(2), 1-10. <https://doi.org/10.1080/20797222.2017.1370903>
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L. & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9(88). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>
- Hansen, B. H., Kolle, E., Dyrstad, S. M., Holme, I. & Anderssen, S. A. (2012). Accelerometer-Determined Physical Activity in Adults and Older People. *Med Sci Sports Exerc*, 44(2), 266-272. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e31822cb354>
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitetsniv%C3%A5%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%20%E2%80%93%20oppdaterte%20analyser%20basert%20p%C3%A5%20nye%20nasjonale%20anbefalinger%20i%202014.pdf/\\_/attachment/inline/e15dd792-5c3b-48db-9cec-9bd1ad8af8c6:8a4c8a5edbfd22287b6d6db32a7b6c4ceead3ed1/Fysisk%20aktivitetsniv%C3%A5%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%20%E2%80%93%20oppdaterte%20analyser%20basert%20p%C3%A5%20nye%20nasjonale%20anbefalinger%20i%202014.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitetsniv%C3%A5%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%20%E2%80%93%20oppdaterte%20analyser%20basert%20p%C3%A5%20nye%20nasjonale%20anbefalinger%20i%202014.pdf/_/attachment/inline/e15dd792-5c3b-48db-9cec-9bd1ad8af8c6:8a4c8a5edbfd22287b6d6db32a7b6c4ceead3ed1/Fysisk%20aktivitetsniv%C3%A5%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%20%E2%80%93%20oppdaterte%20analyser%20basert%20p%C3%A5%20nye%20nasjonale%20anbefalinger%20i%202014.pdf)
- Helsedirektoratet. (2015). *Sykkelig overvekt*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/sykkelig-overvekt/tilstander-for-sykkelig-overvekt/sykkelig-overvekt-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018, 1.juni). *Kostråd om frukt og grønt*. HelseNorge <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/fem-om-dagen/>

- Helsedirektoratet. (2019, 29.april). *Fysisk aktivitet for voksne og eldre*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre>
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W. & Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International journal of obesity* (2005), 27(11), 1300-1314.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802410>
- Idan, O., Eriksson, M. & Al-Yagon, M. (2017). The Salutogenic Model: The role of generalized resistance resources. I M. B. Mittelmark (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (1. utg., s. 57-69). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Jagielski, A. C., Brown, A., Hosseini-Araghi, M., Thomas, G. N. & Taheri, S. (2014). The Association between Adiposity, Mental Well-Being, and Quality of Life in Extreme Obesity. *PLoS One*, 9(3), 284-307. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092859>
- Jakobsen, G. S., Småstuen, M. C., Sandbu, R., Nordstrand, N., Hofsvold, D., Lindberg, M., Hertel, J. K. & Hjelmæsæth, J. (2018). Association of Bariatric Surgery vs Medical Obesity Treatment With Long-term Medical Complications and Obesity-Related Comorbidities. *JAMA*, 319(3), 291-301. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21055>
- Karlsen, T.-I., Tveitå, E. K., Natvig, G. K., Tonstad, S. & Hjelmæsæth, J. (2011). Validity of the SF-36 in Patients with Morbid Obesity. *Obes Facts*, 4(5), 346-351.  
<https://doi.org/10.1159/000333406>
- Karlsen, T. I., Lund, R. S., Røislien, J., Tonstad, S., Natvig, G. K., Sandbu, R. & Hjelmæsæth, J. (2013). Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and quality of life outcomes*, 11(17), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-17>
- Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L. & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes (Lond)*, 31(8), 1248-1261.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803573>
- Klein, S. (2004). Long-Term Pharmacotherapy for Obesity. *Obes Res*, 12(s12), 163S-166S.  
<https://doi.org/10.1038/oby.2004.283>
- Krokstad, S. & Knudtsen, M. S. (2011). *Folkehelse i endring* (978-82-91725-08-6).  
<https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>

- Kuczumarski, R. J. (2007). What is Obesity? Definitions matter. I S. Kumanyika & R. Brownson (Red.), *Handbook of Obesity Prevention : A Resource for Health Professionals* (1. utg., s. 25-44). Springer US: Imprint: Springer.
- Kumanyika, S. & Brownson, R. (2007). *Handbook of Obesity Prevention : A Resource for Health Professionals* (1. utg.). Springer US: Imprint: Springer.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Langtidseffekter etter fedmekirurgi. Metodevurdering* (1). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.  
<https://www.fhi.no/publ/2014/langtidseffekter-etter-fedmekirurgi/>
- Kushner, R. F. & Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, 16(10), 947-952.  
[https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(00\)00404-4](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(00)00404-4)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsen, A. T., Larsen, A. T., Højgaard, B., Højgaard, B., Ibsen, R., Ibsen, R., Kjellberg, J. & Kjellberg, J. (2018). The Socio-economic Impact of Bariatric Surgery. *Obes Surg*, 28(2), 338-348. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2834-z>
- Le Foll, D., Lechaux, D., Rasclé, O. & Cabagno, G. (2019). Weight loss and quality of life after bariatric surgery: a 2-year longitudinal study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 16(1). <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.10.010>
- Li, J., Lai, D. & Wu, D. (2015). Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Versus Laparoscopic Sleeve Gastrectomy to Treat Morbid Obesity-Related Comorbidities: a Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*, 26(2), 429-442.  
<https://doi.org/10.1007/s11695-015-1996-9>
- Lindekilde, N., Gladstone, B. P., Lübeck, M., Nielsen, J., Clausen, L., Vach, W. & Jones, A. (2015). The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *16*, 639-651. <https://doi.org/10.1111/obr.12294>
- Lindström, B. (1992). Quality of life: a model for evaluating health for all. Conceptual considerations and policy implications. *Soz Präventivmed*, 37(6), 301-306.  
<https://doi.org/10.1007/BF01299136>
- Lindström, B., Eriksson, M. & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Lo Menzo, E., Ordonez, A., Szomstein, S. & Rosenthal, R. J. (2016). Bariatric Surgery in Obesity. I S. I. Ahmad & S. K. Imam (Red.), *Obesity: A Practical Guide* (1. utg., s. 275-284). Springer International Publishing: Imprint: Springer.  
[https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-19821-7\\_22](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-19821-7_22)



- Lyons, K., Meisner, B. A., Sockalingam, S. & Cassin, S. E. (2014). Body Image After Bariatric Surgery: A Qualitative Study. *Bariatric surgical practice and patient care*, 9(1), 41-49. <https://doi.org/10.1089/bari.2014.0001>
- Lysvold, S. S., Samuelsen, J.-A., Tomassen, J. H. & Garfjeld, M. (2018, 22. januar). *Therese (28) skal slankeopereres: - Jeg vet det kan gå galt. Men jeg tar risikoen*. Hentet 11. mai fra <https://www.nrk.no/nordland/therese-28-skal-slankeopereres--jeg-vel-det-kan-ga-galt.-men-jeg-tar-risikoen-1.13868797>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J. & Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(2), 1-78. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008066.pub3>
- McAllister, E. J., Dhurandhar, N. V., Keith, S. W., Aronne, L. J., Barger, J., Baskin, M., Benca, R. M., Biggio, J., Boggiano, M. M., Eisenmann, J. C., Elobeid, M., Fontaine, K. R., Gluckman, P., Hanlon, E. C., Katzmarzyk, P., Pietrobelli, A., Redden, D. T., Ruden, D. M., Wang, C., Waterland, R. A., Wright, S. M. & Allison, D. B. (2009). Ten Putative Contributors to the Obesity Epidemic. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 49(10), 868-913. <https://doi.org/10.1080/10408390903372599>
- Midtthjell, K., Lee, C. M. Y., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., Colagiuri, S. & Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway: Obesity in Norway. *Clinical Obesity*, 3(1-2), 12-20. <https://doi.org/10.1111/cob.12009>
- Mittelmark, M. B. & Bauer, G. F. (2017). The meanings of salutogenesis. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (1. utg., s. 7-13). Springer International Publishing: Imprint: Springer.
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. (2017). *The Handbook of Salutogenesis* (1. utg.). Springer International Publishing: Imprint: Springer.
- Narouze, S. & Souzdalnitski, D. (2015). Obesity and chronic pain: opportunities for better patient care. *Pain Management*, 5(4), 217-219. <https://doi.org/10.2217/pmt.15.16>

- Natvik, E., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Totally Changed, Yet Still the Same: Patients' Lived Experiences 5 Years Beyond Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1202-1214. <https://doi.org/10.1177/1049732313501888>
- Natvik, E., Råheim, M. & Sviland, R. (2021). The hamster wheel: a case study on embodied narrative identity and overcoming severe obesity. *Medicine, Health Care and Philosophy*. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10002-x>
- Nigatu, Y. T., van de Ven, H. A., van der Klink, J. J. L., Brouwer, S., Reijneveld, S. A. & Bültmann, U. (2016). Overweight, obesity and work functioning: The role of working-time arrangements. *Appl Ergon*, 52, 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.07.016>
- Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell : a practical guide to health promotion theories* (3rd ed. utg.). McGraw-Hill.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet : forskning om det gode liv* (s. 15-51). Fagbokforlaget.
- Ogden, J., Ratcliffe, D. & Snowdon-Carr, V. (2019). British Obesity Metabolic Surgery Society endorsed guidelines for psychological support pre- and post-bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 9(6). <https://doi.org/10.1111/cob.12339>
- Picot, J., Jones, J., Colquitt, J. L., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L., Clegg, A. J., Colquitt, J. L. & Clegg, A. J. (2009). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. 13(41). <https://doi.org/10.3310/hta13410>
- Pinto-Bastos, A., Ramalho, S. M., Conceição, E. & Mitchell, J. (2016). Disordered Eating and Obesity. I S. I. Ahmad & S. K. Imam (Red.), *Obesity: A Practical Guide* (1. utg., s. 309-319). Springer International Publishing: Imprint: Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-19821-7\\_25](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-19821-7_25)
- Puhl, R. & Suh, Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep*, 4(2), 182-190. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>
- QRS International. (2021). *NVivo 12 for Mac. Qualitative data analysis*. Hentet 10.01-21 fra <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/about/nvivo>
- Ratcliffe, D. (2016). Psychological assessment of the bariatric surgery patient. I S. Agrawal (Red.), *Obesity, bariatric and metabolic surgery: a practica guide* (1. utg., s. 109-115). Springer International Publishing : Imprint: Springer.

- Sandbu, R. & Svanevik, M. (2019). Fedmekirurgi i Norge – fritt fram? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0346>
- Sarenmalm, E. K., Browall, M., Persson, L. O., Fall-Dickson, J. & Gaston-Johansson, F. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 20-27. <https://doi.org/10.1002/pon.2053>
- Schutz, D. D., Busetto, L., Dicker, D., Farpour-Lambert, N., Pryke, R., Toplak, H., Widmer, D., Yumuk, V. & Schutz, Y. (2019). European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obesity facts; Basel*, 12(1), 40-66. <https://doi.org/10.1159/000496183>
- Silventoinen, K., Rokholm, B., Kaprio, J. & Sørensen, T. I. A. (2009). The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *Int J Obes (Lond)*, 34(1), 29-40. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.177>
- Silverman, D. (2017). *Doing qualitative research* (5. utg.). SAGE.
- Spirou, D., Raman, J. & Smith, E. (2019). Psychological outcomes following surgical and endoscopic bariatric procedures: A systematic review. <https://doi.org/10.1111/obr.12998>
- Spirou, D., Raman, J. & Smith, E. (2020). Psychological outcomes following surgical and endoscopic bariatric procedures: A systematic review. *Obesity Reviews*. <https://doi.org/10.1111/obr.12998>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2013). The genesis of health: Evolution of the concept of health-related quality of life. I K. Kawecka-Jaszcz, M. Klocek, B. Tobiasz-Adamczyk & C. J. Bulpitt (Red.), *Health-related quality of life in cardiovascular patients* (1. utg., s. 1-8). Springer Milan : Imprint: Springer.
- Tolvanen, L., Svensson, Å., Hemmingsson, E., Christenson, A. & Lagerros, Y. T. (2021). Perceived and Preferred Social Support in Patients Experiencing Weight Regain After Bariatric Surgery-a Qualitative Study. *Obes Surg*, 31(3), 1256-1264. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05128-5>

- Toussi, R., Fujioka, K. & Coleman, K. J. (2009). Pre- and Postsurgery Behavioral Compliance, Patient Health, and Postbariatric Surgical Weight Loss. *Obesity (Silver Spring)*, 17(5), 996-1002. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.628>
- Tsigos, C., Hainer, V., Basdevant, A., Finer, N., Fried, M., Mathus-Vliegen, E., Micic, D., Maislos, M., Roman, G., Schutz, Y., Toplak, H. & Zahorska-Markiewicz, B. (2008). Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obes Facts*, 1(2), 106-116. <https://doi.org/10.1159/000126822>
- Vincent, H. K. P., Heywood, K. B. S., Connelly, J. B. S. & Hurley, R. W. M. D. P. (2012). Obesity and Weight Loss in the Treatment and Prevention of Osteoarthritis. *PM R*, 4(5), S59-S67. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.01.005>
- Vitiello, A., Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Pilone, V. & Forestieri, P. (2019). Bariatric Surgery Versus Lifestyle Intervention in Class I Obesity: 7–10-Year Results of a Retrospective Study. *World J Surg*, 43(3), 758-762. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4847-8>
- Wadden, T. A., Webb, V. L., Moran, C. H. & Bailer, B. A. (2012). Lifestyle Modification for Obesity: New Developments in Diet, Physical Activity, and Behavior Therapy. *Circulation*, 125(9), 1157-1170. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.039453>
- Ward, N. & Ogden, J. (2019). 'Damned one way or another': Bariatric surgeons' reflections on patients' suboptimal outcomes from weight loss surgery. *Psychol Health*, 34(4), 385-402. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1529314>
- Wharton, S. (2016). Current Perspectives on Long-term Obesity Pharmacotherapy. *Can J Diabetes*, 40(2), 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.07.005>
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- WHO. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic* (894). [https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)
- WHO. (2016). Global NCD target: halt the rise in obesity. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312281>
- WHO. (2020a). *Basic document*. WHO. [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf)
- WHO. (2020b, 1.april). *Obesity and overweight*. WHO. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>

- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Aasprang, A. (2017). *Livskvalitet etter fedmekirurgi* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen].

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Erfaringer med oppfølging etter fedmekirurgi, informasjon til pasient 25.04.2019



### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

#### ERFARINGER MED OPPFØLGING ETTER FEDMEKIRURGI

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvordan polikliniske oppfølging erfares av personer som har hatt fedmekirurgi og av fagpersoner på fedmepoliklinikker. Fedmekirurgi medfører store endringer for den som gjennomgår behandlingen, og pasienter har rapportert behov for bedre oppfølging. I denne studien skal vi utforske polikliniske møter når det har gått mellom to og fem år etter selve operasjonen. Det finnes lite kunnskap om pasienter og fagpersoners erfaring med endring i psykiske- og sosiale helseaspekt etter fedmekirurgi. Mer kunnskap om hvordan oppfølging etter fedmekirurgi erfares av pasienter og fagpersoner kan bidra til utvikling av dette helsetilbudet.

Dette prosjektet er del av et større forskningsprosjekt<sup>1</sup> og resultater vil bli publisert i vitenskapelige tidsskrift og på konferanser, og bli omtalt i fagutvikling, undervisning og i media. Undertegnede er prosjektleder og postdoktor ved Senter for helseforskning, Helse Førde og førsteamanuensis på Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet.

Denne forespørselen går til personer har hatt fedmekirurgi, og har oppfølging på en fedmepoliklinikk i spesialisthelsetjenesten.

#### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Som deltaker vil du bli intervjuet før- og etter en avtale på fedmepoliklinikken, i alt to ganger. Møtet på fedmepoliklinikken vil bli filmet. Etterpå vil du se filmen sammen med forskeren, som intervjuer deg om dine erfaringer. Før-intervjuet vil ta inntil 1½ time. Etter-intervjuet vil ta inntil 2 timer. Det blir tatt lydopptak av begge intervju. I prosjektet vil vi kun innhente og registrere de opplysninger om deg som du gir i intervjuene.

<sup>1</sup> *NORSE: Building bridges between psyche and soma through personalized and dynamic health systems.*

## MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i et intervju om et tema som både deltaker og forsker er opptatt av kan være en interessant og nyttig erfaring, også for deltakeren. Å bli intervjuet kan innebære at du tenker tilbake på både positive og negative opplevelser knyttet til å gjennomgå fedmekirurgi. Innledningsvis i din avtale på fedmepoliklinikken kan det være at noe av din oppmerksomhet går til at det blir filmet. Å bli filmet kan oppleves krevende. Utover dette vil deltakelse i forskningsprosjektet ikke medføre fordeler eller ulemper for deg.

## FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Eli Natvik, telefon +47 90734031, epost [eli.natvik@hvl.no](mailto:eli.natvik@hvl.no)

## HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Eli Natvik som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

## ØKONOMI

Dersom deltakelse innebærer utgifter til reise, parkering eller lignende, skal disse utgiftene refunderes.

### GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning, med saksnummer 2019/359.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Anne Kristin Kleiven og prosjektleder Eli Natvik et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2 og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

### KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du ønsker å delta, eller har spørsmål til prosjektet kan kontakte Eli Natvik på telefon +47 90734031, eller epost til [eli.natvik@hvl.no](mailto:eli.natvik@hvl.no).

Personvernombud ved institusjonen er [frode.hatten@helse-forde.no](mailto:frode.hatten@helse-forde.no).

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET ERFARINGER MED  
OPPFØLGING ETTER FEDMEKIRURGI OG TIL AT MINE  
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

---

Deltakers telefonnummer



## Vedlegg 2 – REK-godkjenning



---

<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Henriette Snilsberg	<b>Telefon:</b> 22845531	<b>Vår dato:</b> 24.04.2019	<b>Vår referanse:</b> 2019/359 REK sør-øst B
			<b>Deres dato:</b> 12.02.2019	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Eli Natvik  
Helse Førde HF

### 2019/359 Poliklinisk oppfølging etter fedmekirurgi

**Forskningsansvarlig:** Helse Førde HF  
**Prosjektleder:** Eli Natvik

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet 20.03.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven ( hforsknl) § 10.

#### **Prosjektleders prosjektbeskrivelse:**

*Fedmekirurgi gir bedre helse og livskvalitet for pasientar flest, men kunnskapen om korleis behandlinga påverkar psykososiale helseaspekt er mangelfull. Integrering av kunnskap om psykisk helse er prioritert, men i liten grad omsett til praksis i fedmebehandling. Målet med forskningsprosjektet er å utforske psykososiale aspekt ved fedmekirurgi og oppfølging på fedmepoliklinikk. Forskningsspørsmålet er: Kva erfaringar har pasientar/fagpersonar med oppfølging på poliklinikk to/fem år etter fedmekirurgi? Forskningsdesignet er kvalitativt, med bruk av djupneintervju og individuelle intervju basert på video-observasjon, såkalla Interpersonal Process Recall (IPR) intervju. Pasientar og fagpersonar sine erfaringar kan gi ny innsikt i poliklinisk oppfølging og auka forståing for psykososial helse etter fedmekirurgi. Studiens resultat kan brukast i utvikling av praksis, slik at pasientar får best mogleg sjanse til å oppnå betre psykisk-, fysisk- og sosial helse.*

#### **Komiteens vurdering**

Dette er en kvalitativ studie der pasienter som har vært til behandling ved fedmepoliklinikk inviteres til individuelle intervju. Målet med forskningsprosjektet er å utforske psykososiale aspekt ved fedmekirurgi og oppfølging på fedmepoliklinikk.

Det er planlagt å rekruttere 16-24 deltakere, henholdsvis likt fordelt på pasienter og behandlere. Pasientene skal intervjues to ganger, før og etter en avtale på fedmepoliklinikken.

Behandlerne skal intervjues én gang.

Pasientgruppen vil bestå av personer som har hatt fedmekirurgi, og snart skal til toårs eller femårs oppfølging på fedmepoliklinikk.

Fagpersonene består av behandlere som arbeider på en fedmepoliklinikk, og som har minst ett års erfaring med oppfølging av pasienter som har hatt fedmekirurgi.

Det er planlagt at det skal tas film- og lydopptak av møtet på fedmepoliklinikken.

---

**Besøksadresse:**  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:** [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

I etterkant av dette møtet skal forskeren og pasienten se på filmen sammen og deltakeren kan stoppe filmen for å fortelle om sine erfaringer. Intervjuet som skal gjøres i etterkant vil ikke filmes, men det skal taes lydopptak.

Fagpersonene skal også gjennom samme prosedyre i etterkant av at det er filmet en oppfølgingstime.

Som deltaker i forskningsprosjektet vil en eller to av behandlerens oppfølgingstimer med en pasient bli filmet. Etterpå ser man filmen sammen med forskeren, som intervjuer behandleren om erfaringer. Intervjuet vil ta inntil 2 timer, og det blir tatt lydopptak.

Komiteen mener dette er et nyttig prosjekt.

Det ble diskutert hvorvidt det kommer tydelig nok frem at det kan oppleves som krevende og en ulempe å filmes. Dette gjelder da særlig for pasientene. Komiteen mener det kreves ekstra varsomhet ved en sårbar pasientgruppe som dette kan sies å være, og ber om at det beskrives nærmere i informasjonsskrivet om hva filmingen innebærer av mulige ulemper.

Komiteen godkjenner prosjektet slik det nå foreligger på følgende vilkår før det kan igangsettes:

- Det skal skrives inn i informasjons- og samtykkeskrivet at filmingen kan oppleves krevende. Revidert skriv må sendes til komiteen til orientering.

REK ber om at endringer markeres/spores i oppdaterte dokumenter.

#### **Vedtak**

REK har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10, under forutsetning av at ovennevnte vilkår er oppfylt.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad og protokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Tillatelsen gjelder til 01.08.2022. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 01.08.2027. Forskningsfilen skal oppbevares atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helseinspektatets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

#### *Sluttmelding og søknad om prosjektendring*

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt.

#### *Klageadgang*

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem  
Professor, dr. med.  
leder REK sør-øst B

Henriette Snilsberg  
komitésekretær

**Kopi til:** anne.kristin.kleiven@helse-forde.no  
Helse Førde HF ved øverste administrative ledelse: post@helse-forde.no

## Vedlegg 3 – Utvidet REK-søknad



<b>Region:</b> REK sør-øst B	<b>Saksbehandler:</b> Marianne Bjørnerem	<b>Telefon:</b> 22845531	<b>Vår dato:</b> 24.02.2020	<b>Vår referanse:</b> 10944
<b>Deres referanse:</b>				

Eli Natvik

### **10944 Poliklinisk oppfølging etter fedmekirurgi**

**Forskningsansvarlig:** Helse Førde HF

**Søker:** Eli Natvik

### **REKs vurdering**

Vi viser til endringsmelding for ovennevnte forskningsprosjekt mottatt 20.02.20. Søknaden er behandlet av sekretariatet på delegert fullmakt fra REK sør-øst B, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Tidligere referansenummer: 2019/539.

### **Endringen innebærer**

Ny prosjektmedarbeider: Henrikke Lahn-Johannessen, Universitetet i Bergen.

### **Vurdering**

Sekretariatet i REK har vurdert den omsøkte endringen, og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringen slik den er beskrevet i skjema for prosjektendring.

### **Vedtak**

Godkjent

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

REK har vurdert endringssøknaden og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jf. helseforskningsloven § 11.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Med vennlig hilsen

Jacob C. Hølen  
Sekretariatsleder REK sør-øst

Marianne Bjørnerem  
Rådgiver  
REK sør-øst B

Kopi sendt til: Forskningsansvarlig institusjon.

**Klageadgang**

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

## Vedlegg 4 – Intervjuguide

Temaguide og forslag til spørsmål for djupneintervju med pasient nr

<p style="text-align: center;"><b>Kort innleiing</b></p> <p>Gjenta føremål med studien og lydband, sikker lagring og transkribering Avklare rammene for dette intervjuet</p>
<p style="text-align: center;"><b>Opning - Bakgrunnsinformasjon, å bryte isen</b></p>
<p>I kva år er du fødd?</p> <p>Bur du saman med nokon? Alt: kven er dine nærmaste?</p> <p>Kvar bur du? (om aktuelt - by/land - stor by, liten by, tettstad, bygd)</p> <p>Kva er di utdanning?</p> <p>Korleis er situasjonen din i forhold til jobb no?</p> <p>I kva år hadde du fedmekirurgi?</p> <p>Kva slags type operasjon har du hatt?</p> <p><b>STARTAR LYDBAND HER</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Korleis deltakaren har det etter fedmekirurgi</b></p> <p><i>Korleis har du det no for tida, med tanke på operasjonen du hadde for nokre år sidan? Kan du fortelle om prosessen etter at du vart operert?</i></p> <p>Følgje opp, prøve å konkretisere, få tak i kva som står på spel her og no.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Utdjuping</b></p>
<p>Når det gjeld vektproblematikk og ønsket om å gå ned, er kropp, mat og følelsar ofte fletta saman</p> <p><i>Kan du fortelje litt om korleis du har det med vekt, mat og kroppen din no? (Korleis var det før?)</i></p>

Temaguide og forslag til spørsmål for djupneintervju med pasient nr

Spesielt eteproblematikk, følelsar/«humørsvingingar» relatert til mat/vekt/kropp.

*Korleis løyser du det med maten no?*

*Korleis er ein vanleg dag?*

*I kva situasjonar er det utfordrande å leve med «liten mage»?*

*Kva er utfordringane me d «å leve med liten mage»? Korleis løyser du dei?*

*Korleis har du det med å gå på vekta?*

*Kan du gje eksempel på ein situasjon der du la spesielt merke til/kjente at du har fått det betre/lettare etter operasjonen?*

*Kan du fortelje om ein episode eller noko som har skjedd der du har kjent på det å vere fedmeoperert som slitsamt, tungt eller stressande?*

*Kva konsekvensar har vektreduksjon og endringar etter operasjonen hatt for deg?*

Få fram nyansar – positive og negative

**Har du nokon gong stått i fare for å miste noko som er verdifullt for deg, på grunn av at du jobbar med å gå ned i vekt, og endringane du må gjennomføre for å halde vekta?**

Eksempel.

Korleis deltakaren erfarer sitt forhold til andre

*Kan du fortelje om forholdet til dine næraste (familie, kjæraste, venner), og korleis det er, og har utvikla seg etter operasjonen?*

Temaguide og forslag til spørsmål for djupneintervju med pasient nr

**Utdjuping**

Det å gå ned mykje i vekt, endringar i samspelet med andre og det å endre måten ein lever på i kvardagen, kan vere med å skape ein personleg endringsprosess som går over tid.

**Kan du fortelje korleis du opplever deg sjølv når du er i lag med andre no?**

*Om du er i eit parforhold, korleis opplever du dette no? (stemning, samspel, nytt rom - fridom, grenser, seksualitet).*

*Evt: Korleis har du det med å ønske deg eller prøve å finne ein kjæraste/partnar/barn? (rødt flagg – kan innebære smertefulle erfaringar, sorg, tap, sakn)*

Etter fedmekirurgi går ein ned i vekt og endrar seg på mange måtar, og mykje av dette er synleg for omgjevnadane.

*Korleis har du det med «ta plass», og å vise deg sjølv og kven du er til andre no?*

*Korleis er det å bli tatt bilete av, fotografere seg sjølv, sjå deg i spegelen?*

*Korleis er det for deg å vere lettkledd/avkledd i private situasjonar saman med nokon av dine næraste?*

*Korleis er det for deg å vere lettkledd/avkledd i offentlege rom? (symjehall, strand, etc - her kjem kanskje det med hud opp. Om nokon har mykje å sei om det, vil eg gjerne følgje opp erfaringa med overflødig hud)*

*Korleis er din situasjon når det gjeld hud, eller overflødig hud?*



Temaguide og forslag til spørsmål for djupneintervju med pasient nr

<p style="text-align: center;"><b>Forventningane til livet etter kirurgi, og korleis det er i dag</b></p> <p><i>Kan du sei litt om forventingane du hadde til livet etter fedmekirurgi?</i></p> <p><i>Hadde du mål eller draumar som du ønskte å oppfylle? Korleis gjekk det?</i></p> <p><i>Eksempel på ei viktig endring, at du innfridde ei forventing/nådde eit mål/oppfylte ein draum?</i></p> <p><i>Har du eksempel på at noko som er viktig for deg og livet ditt som framleis <u>ikkje</u> har endra seg?</i></p> <p><i>Har du nokon gong tvilt på prosessen etter kirurgi, å skulle gå ned i vekt og halde vekta? (frykt for å gå oppatt, uro, stress, angst)</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Oppfølging og kontakt med helseinstansane</b></p>
<p><i>Kva oppfølging har du hatt etter fedmekirurgi?</i></p> <p><i>Kva instansar har du vore i kontakt med?</i></p> <p><i>Har du søkt/fått hjelp og støtte frå andre instansar enn fedmepoliklinikken?</i></p> <p>Fastlegen er vanlegvis involvert. Andre? (Psykolog? Frisklivsentral? Rehabilitering? Fysioterapeut? Treningscenter?)</p> <p><i>Har du eksempel der du har erfart at ein fagperson har oppfatta kva du treng, og gitt god hjelp då du trengte det? (rett støtte, rett nivå, rett tid)</i></p> <p><i>Har du eksempel på situasjonar der behova dine ikkje vart møtt eller forstått, og at du ikkje fekk hjelpa du søkte?</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Avrunding</b></p> <p>Oppsummering av dei tema vi har vore gjennom.</p> <p>Har du noko du har lyst til å fortelje, som eg ikkje har spurt om?</p> <p>Korleis var det for deg å bli intervjuet om dette?</p>
<p style="text-align: center;"><b>Førebuing til IPR intervju</b></p>

**Temaguide og forslag til spørsmål for djupneintervju med pasient nr**

Til hausten skal du på poliklinikken til 2/5 års oppfølging, og eg har fått lov å filme møtet og intervju deg om korleis du erfarte det etterpå.

Fortelje om IPR –intervjuet ved bruk av den introduksjonen som vi skal bruke i sjøive IPR-intervjuet. Dette kan gjere deltakaren tryggare på situasjonen.

*Har du spørsmål eller kommentarar til dette no?*

*Kva skal til for å legge til rette for ei ok oppleving på poliklinikken, mtp filming og intervju i etterkant? (avtale grenser for filming)*

**Slår av lydband her**

## Vedlegg 5 – Tabell for koder, undertema, tema og overordnet tema

Koder	Undertema	Tema	Overordnet tema
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mindre mengde</li> <li>Spise på klokken</li> <li>Variasjon i middagsmåltid</li> <li>Glede med mat</li> <li>Sult-/matlyst og metthetsfølelse</li> <li>Matintoleranse</li> <li>Matvaner og -rutiner</li> <li>Tempo for matinntak</li> <li>Utfordringer rundt restaurantbesøk/sosiale måltid</li> <li>Økt/svekket søtsug</li> <li>Bevissthet rundt valg av matvarer</li> <li>Kostholdskurs i forkant av operasjon</li> <li>Prøving og feiling ift mattoleranse</li> <li>Væskeinntak</li> <li>Trøstespising</li> </ul>	<i>Mat</i>	Forhold til mat og vekt	Det nye livet med økte muligheter
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ukentlig veiting/kontrollering av vekt</li> <li>Lengde på fedme</li> <li>Plager forbundet med fedme</li> <li>Kurs ved institusjon</li> <li>Frykt for vektøkning</li> <li>Stabilisering av vekt etter operasjon</li> <li>Muskelmassenedgang</li> <li>Stressfaktor</li> <li>Klær</li> <li>Følelser/humor</li> <li>Vektfokus</li> </ul>	<i>Vekt</i>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>Å gå ned i vekt, vektmål</li> <li>Bedring av tilleggssykdommer</li> <li>Lettere å være til</li> <li>Mindre smerter i ledd osv</li> <li>Økt aktivitetsnivå</li> <li>Kunne gå i vanlig klesbutikk</li> <li>På en lettere arbeidsdag</li> <li>Mer overskudd</li> <li>Henge med i det sosiale</li> <li>Ta bedre vare på egen helse</li> </ul>	<i>Forventninger til livet etterpå</i>	Forventninger og endringer etter fedmekirurgi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt liv</li> <li>Bedre livsglede/livskvalitet</li> <li>Mer energi</li> <li>Økt aktivitetsnivå, lettere å bevege seg</li> <li>Bedret sexliv</li> <li>Bedret søvn</li> <li>Kjøpe vanlige klær, i riktig størrelse</li> <li>Føle seg fin</li> <li>Tøre å ta plass i sosiale sammenhenger</li> <li>Reduksjon/eliminering av tilleggssykdommer</li> <li>Livsstilsendringer (Mat + brus/kullsyreholdig drikke)</li> <li>Rask vektreduksjon</li> <li>Drive med aktiviteter man ønsker</li> </ul>	<i>Positive endringer</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Overflødig hud</li> <li>Manglende energi</li> <li>Hodet og kropp henger ikke sammen</li> <li>Smerter</li> <li>Endret personlighet</li> <li>«tjukkertollet» på skulderen</li> <li>Mentale og fysiske forberedelser</li> <li>Humørsvingninger</li> </ul>	<i>Negative endringer</i>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Være klar for å motta hjelp</li> <li>• Se seg i speilet</li> <li>• Overflodig hud (og hudplastikk?)</li> <li>• Gå ietkledd</li> <li>• Bli tatt bilde av</li> <li>• Sosiale evner</li> <li>• Føle seg vel/fornøyd med seg selv</li> <li>• Tvil rundt operasjon og tiden etterpå</li> <li>• Skam over egen kropp</li> </ul>	<i>Selvilde og selvtillit</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smertes ved matinntak</li> <li>• Overflodig hud</li> <li>• Fjerning av galleblære</li> <li>• Dumping</li> <li>• Oppkast</li> <li>• Søvnproblemer for operasjon</li> <li>• Smertetilstander</li> <li>• Skader som har ført til inaktivitet</li> <li>• Halsbrann</li> <li>• Redusert beintetthet</li> <li>• Depresjon</li> <li>• Helseangst</li> <li>• Slapp, svimmel, hjertebank</li> </ul>	<i>Komplikasjoner</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltidsjobb + uføretrygd</li> <li>• Helt uføretrygd</li> <li>• Vanlig jobb</li> <li>• Dyrt å kjøpe nye klær ofte</li> <li>• Kjøpe inn for mye mat, kan bli dårlig for utgangsdato</li> </ul>	<i>Økonomiske utfordringer</i>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trening ukentlig (tur, styrketrening, fritidsaktiviteter osv)</li> <li>• Bevegelsesglede</li> <li>• Fjellnurer og friluftsliv</li> <li>• Hverdagsaktivitet har økt</li> <li>• Ingen trening utenom hverdagsaktivitet</li> </ul>	<i>Aktivitet</i>	<b>Aksept og forståelse fra omverden</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sivilstatus</li> <li>• Mobbeoffer</li> <li>• Støttende familie</li> <li>• Sosialt liv</li> <li>• Familie/venner/bekjente som har gjennomgått operasjon</li> <li>• Forståelse fra omverden</li> <li>• Åpenhet rundt operasjon</li> </ul>	<i>Støtte fra familie/nære</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treningsvenn</li> <li>• Bemerkninger fra andre</li> <li>• PT/fysioterapeut-oppfølging</li> <li>• Hjelp andre med sin historie/erfaring</li> </ul>	<i>Sosialt liv</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Støttende helsepersonell</li> <li>• Individuell oppfølging</li> <li>• Gruppeoppfølging</li> <li>• Telefonoppfølging</li> <li>• Søke hjelp</li> <li>• Få hjelp til vektproblem</li> <li>• Bli henvist til spesialisthelsetjenesten for videre vurdering</li> <li>• Blodprøvetaking og oppfølging av næringsverdier etter operasjon</li> </ul>	<i>Oppfølging fra fedmepoliklinikk og fastlege</i>		