

Ønske om langvarig hjelp med overspising

Pasienter med overspisingsproblematikk som er operert for alvorlig overvekt- erfaringer i møte med helsevesenet: En kvalitativ intervjustudie

Rebecca Sandal



Masteroppgave

Master i helse og samfunn

Veileder:

Målfrid Råheim, Universitetet i Bergen

Forskergruppe: Helsevitenskap og erfaringsforskning

Institutt for global helse og samfunnsmedisinske fag

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

Vår 2023

Forord

Det er med glede at jeg leverer masteroppgave i forbindelse med fullført mastergrad ved studiet; Masterprogram i Helse og Samfunn ved Universitetet i Bergen. Arbeidet med dette prosjektet har vært en svært lærerik og spennende, men også krevende prosess. Jeg ønsker å rette en stor takk til informantene som deltok i prosjektet. Uten dere ville ikke prosjektet vært mulig å gjennomføre, og jeg er takknemlig for tilliten dere viste meg ved å dele deres opplevelser og erfaringer. Jeg ønsker også å takke alle som har bidratt med hjelp til rekruttering, en prosess som viste seg krevende og som ikke ville vært mulig uten hjelp fra engasjerte personer i miljøet.

Jeg vil takke min veileder Målfrid Råheim som har fulgt meg gjennom prosessen på godt og vondt, med fantastisk veiledning og støtte. Til slutt vil jeg takke familie og venner for støtte og oppmuntring underveis i arbeidet med prosjektet.

Rebecca Sandal

Våren, 2023

Innholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	<i>I</i>
<i>Oversikt over forkortelser, figurer og tabeller</i>	<i>V</i>
<i>Litteratursøk</i>	<i>V</i>
<i>Sammendrag</i>	<i>VI</i>
<i>Abstract</i>	<i>VII</i>
<i>1.0 Introduksjon</i>	<i>1</i>
1.1 Generelt om problemområdet	1
1.1.2 Overvekt og fedme: Definisjon og årsaksmekanismer.....	1
1.1.3 Forekomst av overvekt og fedme	2
1.1.4 Behandling av fedme.....	3
1.2 Fedmekirurgi i Norge	4
1.2.1 Før fedmeoperasjon: Utredning og hva som skal til for å få fedmeoperasjon	5
1.2.2 Oppfølging av personer operert for fedme	6
1.3 Overspisingslidelse	7
1.4 Praksis på overvektspoliklinikker.....	9
1.5 Tidligere forskning på temaet.....	10
<i>2.0 Studiens hensikt og problemstilling</i>	<i>14</i>
2.1 Hensikt	14
2.2 Problemstilling(er)	14
<i>3.0 Teoretisk perspektiv</i>	<i>15</i>
3.1 Salutogenese og Sence of coherence	15

4.0 Metodologi og metode	17
4.1 Metodologisk tilknytning	17
4.2 Valg av forskningsdesign og metodisk fremgangsmåte.....	19
4.3 Del av et større prosjekt, men likevel en selvstendig studie	20
4.4 Utvalg og rekruttering av deltakere	20
4.4.1 Inklusjonskriterier.....	20
4.4.2 Rekruttering av informanter	21
4.4.3 Utvalget.....	22
4.4 Forberedelse til og innsamling av datamaterialet.....	23
4.4.1 Utarbeiding av intervjuguiden.....	23
4.4.2 Datainnsamling: Digitalt og ved fysisk møte.....	24
4.4.3 Teknisk utstyr	24
4.4.4 Intervjusituasjon	25
4.4.5 Forskerrollen og forforståelse	25
4.5 Analyse	26
4.6 Forskningsetiske hensyn.....	33
5.0 RESULTATER	35
5.1 Behovet for å bli møtt med bakgrunn i egen historie	36
5.1.1 Hver pasient har en unik vektreise: Behovet for individuell tilpasning	36
5.1.2 Vekthistorien: mat som glede og besettelse blir ikke borte over natten	38
5.2 Når operasjonen blir altoppslukende: En siste utvei ingenting får lov til å true	39
5.3 Kontraster: Fra å kjenne seg godt ivaretatt til å bli overlatt til seg selv	40
5.3.1 Godt ivaretatt rundt operasjonen	40
5.3.2 Overlatt til seg selv på sikt: Gamle og nye helseproblemer	41
5.3.3 Når vekt får mer fokus enn helse: Uheldige konsekvenser	42

6.0 DISKUSJON	44
6.1 RESULTATDISKUSJON	44
6.1.1 <i>Den komplekse vektreisen: Betydning for utbytte av behandling</i>	45
6.1.2 <i>Tilbakeholdenhet, ønsker og forventninger: Et paradoks</i>	54
6.2 METODEDISKUSJON	56
6.2.1 <i>Intern validitet- troverdighet</i>	56
6.2.2 <i>Forskerens refleksive prosess gjennom prosjektet</i>	59
6.2.3 <i>Ekstern validitet: Overførbarhet</i>	60
7.0 Konklusjon og implikasjoner	64
<i>Litteraturliste</i>	65
<i>Vedlegg</i>	I
<i>Vedlegg 1: Informasjonsskriv</i>	I
<i>Vedlegg 2: Flyer</i>	V
<i>Vedlegg 3: Intervjuguide</i>	VI
<i>Vedlegg 4: Skjema for bakgrunnsforhold</i>	VII

Oversikt over forkortelser, figurer og tabeller

BMI: Body mass index

DPS: Distriktpsikiatrisk senter

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Classification of Diseases

LFO: Landsforeningen for overvekt

ROS: Rådgivning for spiseforstyrrelser

SOC: Sence of Coherence

SO-Reg Norge: Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi

UiB: Universitetet i Bergen

WHO: World Health Organization/ Verdens helseorganisasjon

Figur 1: Foreløpige tema ved analyse

Figur 2: Kodegrupper og undergrupper i analyseprosessen

Figur 3: Endelige hovedtema og undertema

Tabell 1: Oversikt over BMI- verdier

Tabell 2: Diagnosekriterier for overspisingslidelse (DSM-5)

Tabell 3: Bakgrunnsopplysninger om informantene

Tabell 4: Eksempel på kondensat, meningsbærende enheter og gullsitat

Litteratursøk

Relevant litteratur har blitt funnet via ulike kilder, i hovedsak databasen PubMed.

Relevante artikler ble også identifisert via referanselisten til andre artikler, som oppgir beslektede artikler og artikler som har sitert den opprinnelige. Søkord som har vært benyttet er blant annet: «*overweight*», «*obesity*» «*medical treatment of obesity*», «*treatments for obesity*», «*bariatric surgery and weightloss*», «*bariatric surgery and binge eating disorder*», «*weight stigma and obesity*», «*obesity and patient´s experiences with healthcare*», «*patients with obesity in healthcare settings*». ¹

¹ Videre er ulike nettsider som tilhører Helsedirektoratet, Verdens helseorganisasjon og Folkehelseinstituttet blitt brukt for relevante faktaopplysninger.

Sammendrag

Bakgrunn: Overvektskirurgi anses som den mest effektive metoden for vektnedgang. For å ha nytte av operasjonen på lang sikt, er det avgjørende at pasientenes behov ivaretas i møte med helsevesenet. Få studier har utforsket erfaringer med helsevesenet hos pasienter med overspisingsproblematikk som gjennomfører overvektskirurgi.

Hensikten med studien er å få økt innsikt i hvilke erfaringer pasienter med overspisingsproblematikk har hatt i møte med helsevesenet før de gjennomgikk operasjon for alvorlig overvekt, samt ved oppfølging etter operasjonen.

Metodologi og metode: Studien har en pragmatisk forskningstilnærming og er forankret i en hermeneutisk tenkning. Prosjektet har et kvalitativt forskningsdesign. Syv individuelle kvalitative intervjuer er gjennomført. Benyttet analysemetode er systematisk tekstkondensering.

Resultater: Tre resultat kategorier ble analysert frem; 1) *Behov for å bli møtt med bakgrunn i egen historie*, 2) *Når operasjonen blir altopplukende: En siste utvei ingenting får lov til å true*, 3) *Kontraster: Fra å kjenne seg godt ivarettatt til å bli overlatt til seg selv*. Informantene uttrykte et ønske om at helsepersonell tok mer hensyn til ens individuelle vektreise og ens utfordringer med overspisingsproblematikk før og etter operasjonen. Overvektsoperasjonen opplevdes som siste løsning for vellykket vektnedgang, og resulterte i at viktige temaer relatert til spiseproblematikk ble utelatt i samtale med helsepersonell. For mange ble behandlingstilbudet erfart som positivt før og rett etter operasjonen, men særlig mangelfullt i oppfølging på lang sikt.

Konklusjon: Deltakerne i studien etterlyste mer individrettet kartlegging i utredning før og i oppfølging etter overvektsoperasjonen, som inkluderte spiseproblematikk i større grad.

Nøkkelord: pasienterfaringer, overvektskirurgi, overspisingsproblematikk, møte med helsevesenet

Abstract

Background: Bariatric surgery is considered the most effective method for weight loss. To benefit from the procedure long term, it is crucial that the patient's diverse needs are taken care of in encounters with healthcare. Few studies have examined the healthcare experiences of individuals with binge eating problems who undergo bariatric surgery.

Aim: To gain increased insight into the experiences of patients with binge eating problems in encounters with healthcare before completing bariatric surgery, as well as in follow-up after surgery.

Method: This study has a pragmatic research approach and is anchored in hermeneutics. The project has a qualitative research design. Seven individual qualitative interviews have been conducted. Systematic text condensation has been used to analyze the data.

Results: Three categories were produced from the analysis: 1) *The need for consideration of one's individual weight journey*, 2) *When the operation becomes all-consuming: a last resort where nothing is allowed to threaten it*, 3) *Contrasts: From feeling taken care of, to feeling abandoned*. The informants expressed a need for healthcare professionals to take their individual weight journey and their challenges with binge eating problems into account before and after bariatric surgery. The surgery was perceived as the last solution for weight loss, which led to important issues related to problematic eating being left out of conversations with healthcare professionals. The informants experienced the treatment before and straight after the surgery as positive, but inadequate in long-term follow up.

Conclusion: The informants in this study called for more personalized assessment before and during follow-up after bariatric surgery, including a greater focus regarding problematic eating.

Keywords: bariatric surgery, patient experiences, binge eating problems, encounters with healthcare

1.0 Introduksjon

1.1 Generelt om problemområdet

Denne oppgaven vil handle om pasienter med overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk og deres erfaringer i møte med helsevesenet før og i oppfølging etter en overvektsoperasjon. Jeg vil innlede med å gi en oversikt over temaene overvekt og fedme, fedmekirurgi i Norge, overspisingslidelse og overspisingstematikken, samt en kort beskrivelse av praksis på overvektspoliklinikker noen steder i landet. Videre vil jeg presentere tidligere forskning på denne hovedtematikken, og med det som utgangspunkt presisere hensikten med og forskningsspørsmålene i studien.

1.1.2 Overvekt og fedme: Definisjon og årsaksmekanismer

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer overvekt og fedme som unormalt eller overflødig kroppsfett som utgjør en helserisiko (1). For å avgjøre om en person er normalvektig eller om man har overvekt eller fedme benyttes kroppsmasseindeks/body mass index (BMI). Dette er et verktøy som egner seg godt på befolkningsnivå for å kartlegge andelen personer med overvekt og fedme (Tabell 1). Utvikling av overvekt og fedme skyldes i teorien en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, men i praksis er årsaksmekanismene for denne utviklingen komplekse. Sammen med forstyrrelser i energibalansen er det en rekke faktorer som kan påvirke om man utvikler overvekt og fedme. Ofte vil miljømessige forhold som individuell atferd, levevaner, kosthold, aktivitetsnivå og sosioøkonomisk status samvirke med genetiske faktorer i en overvekt- og fedmeutvikling (2).

Tabell 1: Oversikt over klassifisering av BMI-verdier

Klassifisering	BMI, kg/m²
Undervekt	18,4 eller lavere
Normalvekt	18,5-24,9
Overvekt	25,0-29,9
Fedme- grad 1	30-34,9
Fedme- grad 2	35-39,9
Fedme- grad 3	40,0 eller høyere

1.1.3 Forekomst av overvekt og fedme

På verdensbasis er fedme en av de største utfordringene knyttet til helse, hvor rundt 5% av verdens befolkning har en BMI på over 30. Den økte forekomsten av fedme har i stor grad vært knyttet til industrialiserte land, men i senere år har man sett at dette er et voksende problem også i utviklingsland (2). I Norge har andelen voksne med fedme økt de siste 40 til 50 årene, hvor tall fra Tromsø viser en økning fra 5% med fedme på 1960-tallet, til over 25% i 2016 (menn). Gjennomsnittsvekten til både menn og kvinner økte kontinuerlig rundt 1970/1980 fram til tusenårsskifte, hvor man så en særlig kraftig økning på 1990-tallet (3). I dag har en av fem nordmenn en BMI over 30, og faller inn under kategorien fedme. Dette er en dobling av andelen i befolkningen med fedme i løpet av de siste 20 årene (2).

Den økende trenden av antall personer med fedme er svært bekymringsfull både på individ og samfunnsnivå. Høy BMI er en av de ti viktigste risikofaktorene for død, og medførte blant annet 4 millioner dødsfall på verdensbasis i 2015 og rundt 2400 dødsfall i Norge (3). Fedme kan føre til alvorlige konsekvenser for helse, hvor tilstanden øker risikoen for en rekke fysiologiske sykdommer som blant annet kreft, hjerte-karsykdom og diabetes. I tillegg kan fedme påvirke ens psykiske helse i stor grad, hvor blant annet stigmatisering, mistriivsel og nedsatt livskvalitet kan trekkes fram (2, 3).

På samfunnsnivå har overvekt og fedme store økonomiske konsekvenser, knyttet til blant annet sykefravær, førtidspensjon og produksjonstap. Vektrelaterte helseproblemer står for 2-6 % av de totale helsekostnadene i industrialiserte land, og samlede samfunnsomkostninger relatert til livsstilssykdommer knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og kosthold anslås til 1-2 % av bruttonasjonalprodukt (2). Med en økende grad av fedme i befolkningen, har behovet for effektive tiltak for forebygging og behandling av fedme blitt mer sentralt. Behandlingstilnæringer inkluderer livsstilintervensjoner, medikamentell behandling og overvektskirurgi. Sistnevnte har økt betraktelig de siste tiårene, verden over (4).

1.1.4 Behandling av fedme

Overvekt og fedme blir i hovedsak behandlet ved hjelp av livsstilsendringer som ofte baserer seg på atferdsendring, kosthold og fysisk aktivitet. Denne behandlingen foregår ofte i primærhelsetjenesten. I forbindelse med dette har fastlege, fysioterapeut og ernæringsfysiolog sentrale roller, hvis bidrag ofte inkluderes i behandlingsforløpet til pasienter med alvorlig overvekt eller fedme. Ifølge Helsedirektoratet skal behandlingsopplegget være individuelt tilpasset og inkludere fysisk aktivitet, kostholdsendringer og støtte til atferdsendring (2). Selv om pasienter får et individuelt tilpasset opplegg, er det likevel få personer som oppnår normalvekt som følge av behandlingen og de fleste pasientene oppnår sjeldent vektreduksjon utover en periode på 6 måneder (2, 5). Årsakene til dette varierer og kan blant annet skyldes de komplekse prosessene i sentralnervesystemet og appetittreguleringen som vil søke mot å opprettholde ens høye kroppsvekt når den først en gang har blitt etablert (2). Andre årsaker til redusert vekttap eller vektøkning kan inkludere manglende motivasjon, lav mestringsfølelse, sosial støtte, emosjonell spising eller genetiske predisposisjoner (2).

Selv om det er få som oppnår normalvekt er det likevel store helsegevinster ved et vekttap på 5-10% fra utgangsvekten ettersom tapet av det intraabdominale fett blir relativt stort i forhold til totalvekten. I tillegg kan en moderat vekt nedgang på 5-10% resultere i bedre metabolske verdier som blodtrykk, insulinfølsomhet og kolesterol (2). En oversiktsartikkel fra 2017 fant også at et beskjedent vekttap på 3-5% også var assosiert med bedre lipidprofil, blodglukose, bedre livskvalitet og lavere risiko for diabetes type 2. Man observerte at et vekttap på 10% eller mer økte forbedringen av disse verdiene ytterligere (6).

Konservative tiltak med fokus på livsstilsendringer har som nevnt vist å gi utilfredsstillende vekttap over tid. Kirurgisk behandling for overvekt og fedme har derimot vist å gi et betydelig større vekttap enn ikke-kirurgisk behandling. Her er det også verdt å nevne at det i de siste årene har blitt tatt i bruk mer såkalte «slanke» medisiner som ser ut til å ha effekt på vekt nedgang. Disse medikamentene kan blant annet påvirke inntak av mat og opptak av energi via ulike biologiske mekanismer. Det kan for eksempel være medikamenter som blokkerer fettabsorpsjon eller som virker på appetittreguleringen, som igjen kan påvirke sult og metthetsmekanismer (7).

I en systematisk oversiktsartikkel fra 2016 fant man at medikamentelle preparater for å behandle fedme var assosiert med et vekttap på minst 5% ved 52 uker sammenlignet med placebo (8-10). Dette kan forbedre både blod, insulin- og lipidmarkører som nevnt tidligere. Medikamentell behandling ser ut til å ha positiv effekt på vektnedgang og det gir et mer håpefullt syn på konservativ behandling av fedme. Dette er imidlertid medikamenter som må brukes kontinuerlig, hvor man kan forvente vekt oppgang og avtagende effekt ved avsluttet behandling (7).

1.2 Fedmekirurgi i Norge

Fedmekirurgi har vist seg å være den mest effektive behandlingen for individer med alvorlig fedme, som ikke har oppnådd langvarig vektreduksjon med konservative behandlinger (11). Operasjonen resulterer i et større vekttap og gir større forbedringer i forbindelse med fedmerelaterte tilleggsykdommer, enn hva andre intervensjoner gjør (4). Fedmekirurgi har eksistert siden 1952, men på denne tiden var de kirurgiske inngrepene preget av lave suksessrater og medførte høy sykelig- og dødelighetsrisiko. Etter hvert ble operasjonsmetodene videreutviklet. Med forbedret pasientbehandling og kirurgiteknikk, resulterte fedmekirurgi i et mer tilfredsstillende vekttap, samt redusert risiko for alvorlige bivirkninger og dødelighet (12). Ulike former for fedmekirurgi har vært i bruk i Norge siden 1970-tallet.

På 2000 tallet var ikke fedmekirurgi vanlig i Norge, med i underkant av 50 pasienter i året som fikk tilbud om operasjon. Dette antallet økte derimot raskt, og i dag er fedmekirurgi en utbredt behandling for alvorlig overvekt. Vektreduserende kirurgi har blitt en av de vanligste operasjonene ved flere gastrokirurgiske seksjoner og det gjennomføres rundt 3000 inngrep på landsbasis hvert år (13). At fedmekirurgi har hatt en betydelig økning, kan skyldes flere faktorer, men henger i stor grad sammen med den økte forekomsten av alvorlig fedme (8).

Det finnes ulike kirurgiske metoder som benyttes ved overvektsoperasjoner; restriktiv fedmekirurgi, en metode som innebærer at magesekkens volum reduseres, og malabsorptiv fedmekirurgi hvor deler av tarmen kobles ut (2). Det er i hovedsak to metoder som benyttes ved kirurgisk behandling av fedme i dag; gastrisk bypass og gastrisk sleeve.

Dette er begge metoder som omkobler systemet i gastrointestinalkanalen og som medfører både restriksjon og malabsorpsjon (14). Gastrisk bypass er den vanligste kirurgimetoden som benyttes i Norge og den innebærer å redusere magesekkens volum og koble ut deler av tarmen. På denne måten vil inntatt mat ledes forbi hoveddelen av magesekken og første del av tynntarmen. Dette vil igjen bidra til redusert ventrikkelplass, samt redusert opptak av næringsstoff i tynntarmen. Gastrisk sleeve er en annen behandlingsmetode som innebærer å kirurgisk fjerne deler av magesekken som igjen medfører en kraftig reduksjon av magesekkens volum og derav plass til mat (14).

Fedmekirurgi gir betydelig vektreduksjon og studier viser at operasjonen er assosiert med et vekttap på rundt 60% hos pasienter operert med gastrisk bypass. De fleste pasientene opplever de største forandringene de første 6 til 12 månedene etter operasjonen hvor man får et signifikant vekttap på svært kort tid. Videre er det vanlig at pasientene opplever å gå opp i vekt i løpet av 3 til 5 år etter operasjonen. Til tross for denne vektøkningen ser vekttapet ut til å opprettholdes på rundt 30% av pasientens totale kroppsvekt før de gjennomgikk overvektsoperasjonen. Sammenlignet med konservativ behandling av fedme som har vist seg å gi en begrenset vektnedgang, ser det ut til at fedmekirurgi gir et betydelig vekttap, også utover det første året (15, 16).

1.2.1 Før fedmeoperasjon: Utredning og hva som skal til for å få fedmeoperasjon

Aktuelle kandidater til overvektskirurgi er personer mellom 18 og 60 år med alvorlig fedme, altså BMI over 40 eller BMI over 35, med tilleggssykdommer (2). Vurderingen av om pasienten kan ha nytte av fedmereduserende kirurgi er en spesialistoppgave som krever et tverrfaglig team hvor man kartlegger pasientens operasjonsrisiko, sykdomsbilde og ens støtteapparat (8). I tillegg må det vurderes om pasienten har alvorlige psykiske lidelser, kognitiv dysfunksjon eller misbruksproblematikk ettersom dette er forhold som kan påvirke utfallet og oppfølgingen av behandlingen (2). Før en person får henvisning til spesialisthelsetjenesten for en eventuell overvektsoperasjon må vedkommende informeres om operasjonen og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå, samt hva som kreves av pasienten før og etter operasjonen.

Selv om fedmekirurgi er en svært effektiv metode for vektnedgang, kan behandlingen også føre til belastninger for pasienten. Det er viktig å være forberedt på og informert om de mulige konsekvensene som kan forekomme som følge av operasjonen.

Personer som gjennomgår en overvektsoperasjon må for eksempel innstille seg på betydelige forandringer når det gjelder matfrekvens, matvaretyper og spisemønster. Dette er igjen faktorer som kan påvirke personens hverdagsliv i varierende grad. I tillegg er det aktuelt med plastikkirurgisk korreksjon som følge av overflødig hud en tid etter operasjonen, som gjelder for rundt halvparten av pasientene. Dette kan også bety påkjenninger (2). Sammen med fastlege skal pasienten ha forsøkt å endre levevaner i minst 6 måneder. Videre anbefales lavkaloridiett, røykeslutt og et regelmessig aktivitetsnivå de siste 6 ukene før pasienten skal utføre operasjonen. Dette er både for å redusere risiko i forbindelse med selve inngrepet og ettersom det er ønskelig å oppnå en varig vektreduksjon på minst 5% for å redusere risikoen for kirurgiske komplikasjoner (2).

1.2.2 Oppfølging av personer operert for fedme

Etter operasjonen er det nødvendig med livslang oppfølging fra helsepersonell. Selv om gastrisk bypass og gastrisk sleeve er to ulike operasjonsmetoder, så er de fysiologiske effektene nokså like. Kirurgisk fjerning eller utkobling av deler av magesekken og tyntarmen kan føre til at næringsstoff ikke blir tilgjengelig for opptak eller at opptaket av vitaminer, mineraler og næringsstoff blir utilstrekkelig. Det er særlig mangel på jern, vitamin B12, vitamin D, og kalsium som er vanlig hos pasienter som er overvektsopererte (11). I tillegg til mangeltilstander er overvektskirurgi assosiert med andre postoperative komplikasjoner som blant annet inkluderer gallesykdom og gastrointestinale plager. Alvorlige komplikasjoner forekommer hos 5% av pasientene (14).

De nordiske retningslinjene fra 2018 for oppfølging av pasienter etter gjennomført fedmekirurgi bygger på internasjonale retningslinjer, men er tilpasset nordiske forhold. Disse fokuserer på forebygging av mangeltilstander som kan oppstå som følge av mangelfullt opptak av næringsstoffer, og inneholder i hovedsak anbefalinger om regelmessig oppfølging med blodprøver, vektkontroll, mulige komplikasjoner, ernæringsstatus og komorbiditeter (11).

De første årene vil pasienter få oppfølging hos spesialisthelsetjenesten, det er også her ansvaret ligger for to, fem og tiårskontrollen. Etterhvert vil ansvaret gå over til fastlegen som vil fortsette med kontroller (11). De nordiske retningslinjene inkluderer ingen spesifikke eller systematiske oppfølgingsrutiner utover de somatiske forholdene.

1.3 Overspisingslidelse

I denne oppgaven spiller overspisingslidelse en sentral rolle. Overspisingslidelse eller «binge eating disorder» (BED) er en mental lidelse, og inngår i gruppen spiseforstyrrelser. Dette er en gruppe psykiske lidelser med symptomer som omhandler forholdet til mat, kropp og vekt (17). Lidelsen er sterkt assosiert med overvekt, som følge av et for høyt kaloriinntak. Overspisingslidelse kan føre til alvorlige konsekvenser både psykisk og fysisk, hvor man ser en økt risiko for depresjon, angst, diabetes type 2, hypertensjon og høyt kolesterol (18). I tillegg ser man at overspisingslidelse er assosiert med lavere livskvalitet grunnet helseproblemer.

Psykiske tilleggslidelser er vanlig hos pasientgruppen og ofte ser man flere samtidig. Så mye som 50% av personer med overspisingslidelse har flere enn 3 psykiske tilleggslidelser (19).

Overspisingslidelse er den vanligste spiseforstyrrelsen og den rammer ca. 3% av norske kvinner i alderen 15-44 år. Til sammenlikning er forekomsten av anoreksi nevrosa 0,3% hos samme populasjon. Til tross for utbredelsen av overspisingslidelse ble ikke denne klassifisert som en egen diagnose før i 2013 i klassifikasjonssystemet; «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV). Diagnosekriteriene vises i Tabell 2 (17, 20). I Norge brukes klassifikasjonssystemet «International Classification of Diseases» versjon 10 (ICD-10). I denne klassifiseringen er ikke overspisingslidelse en egen diagnose, men klassifiseres som en «uspesifisert spiseforstyrrelse» (17).

I den reviderte og oppdaterte versjonen; ICD-11 som ble godkjent av WHO i 2019, men som ikke er blitt tatt i bruk i Norge ennå, er derimot overspisingslidelse klassifisert som en egen spiseforstyrrelse² (21).

² Siden ICD-10 i dag brukes av mange etablerte systemer og arbeidsprosesser, er innføringen av den oppdaterte versjonen tidkrevende og kostbar og dermed fortsatt ikke implementert i Norge.

Overspisingsslidelse kan i mange tilfeller være usynlig, hvor overspisingsepisoder som oftest forekommer i ensomhet. I tillegg skjules ofte symptomer fra personer i pasientens omgangskrets. Ved flere tilfeller vet ikke en gang pasientene selv at de tilfredsstillere kriteriene til diagnosen eller at det finnes behandlinger, noe som trolig kan skyldes at andre somatiske eller psykiske lidelser står i fokus i møte med primærhelsetjenesten (19). Dersom pasienten selv ikke er klar over at overspisingsslidelse er en sykdomsdiagnose er det ikke nødvendigvis naturlig for pasienten å ta opp tematikken om overspising hos legen. Disse faktorene kan igjen føre til at overspisingsslidelsen forblir udiagnostisert (19). Som eksempel kan det trekkes fram en studie fra USA som ble gjennomført i 2016 hvor man undersøkte forekomsten av overspisingsslidelse i et utvalg av befolkningen. Utvalget bestod av 22,387 deltakere hvor 344 av dem møtte diagnosekriteriene til overspisingsslidelse. Det var kun 11 av 344 som faktisk hadde fått diagnostisert lidelsen (22).

Tabell 2: Diagnosekriterier for overspisingsslidelse (DSM-5)

<p>A) Gjentatte episoder med overspising. En overspisingsepisode er karakterisert av følgende:</p> <p><i>1. Spising av en mengde mat som er definitivt større enn hva folk flest ville spist innenfor et avgrenset tidsrom under de samme omstendighetene.</i></p> <p><i>2. En opplevelse av kontrolltap over spisingen under episoden (kan ikke stoppe å spise eller kontrollere hva eller hvor mye en spiser.</i></p>	<p>B) Overspisingsepisoden er assosiert med tre eller flere av de følgende kriteriene:</p> <p><i>1. Spiser raskere enn normalt.</i></p> <p><i>2. Spiser til en føler seg ukomfortabelt mett.</i></p> <p><i>3. Spiser store mengder mat uten å kjenne fysisk sult.</i></p> <p><i>4. Spiser alene fordi en er flau over mengden mat som spises.</i></p> <p><i>5. Føler seg kvalm, deprimerert eller skyldig etterpå.</i></p>	<p>C) Markert ubehag i forhold til overspisingsepisoden.</p> <p>D) Overspisingsepisode i gjennomsnitt 1 gang per uke i minst 3 måneder.</p> <p>E) Overspisingen er ikke forbundet med gjentatt bruk av upassende kompensereende adferd som ved bulimi, og skjer ikke bare under en periode med bulimi eller anoreksi.</p>
--	---	--

Siden overspisingslidelse så nylig er inkludert i den gjeldende listen i DSM-5 over spiseforstyrrelse-diagnoser, er det fortsatt få av dem som er operert for overvekt som får diagnostisert en overspisingslidelse. Dette er altså på bakgrunn av manglende diagnosekriterier i tiden før 2013 og fordi klassifiseringssystemet som benyttes i Norge er mangelfullt, men også fordi det er varierende metoder som benyttes for å vurdere om en pasient skal diagnostiseres med overspisingslidelse (23). I tillegg antyder forskning at spiseforstyrrelser og problematisk spiseatferd er underrapportert av pasientene som gjennomgår overvektsoperasjon, noe som igjen kan skyldes frykt for at de ikke skal få operasjonen (24).

Alle disse faktorene kan føre til at pasienter med alvorlig overvekt som har overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk faller mellom flere stoler. I utgangspunktet er det er diagnose som er vanskelig å fange opp dersom pasienten selv ikke er klar over problematikken eller ønsker å ta opp temaet i møte med helsevesenet. Attpåtil finnes det heller ingen universell eller anbefalt praksis for vurdering av overspisingslidelse før operasjonen i utredningsprosessen (24). Det er også mulig at pasienten ikke ønsker at diagnosen skal stilles før en operasjon i frykt for at den utsettes til spiseforstyrrelsen er behandlet hos andre instanser, hvor det i tillegg kan være vanskelig å slippe til grunnet ventetider. Som et resultat kan disse pasientene forbli udiagnostisert selv om de møter flere av diagnosekriteriene for overspisingslidelse.

1.4 Praksis på overvektspoliklinikker

I prosessen mot overvektskirurgi må som regel pasientene gjennom en utredning hos poliklinikk for overvekt hvor det også tilbys kurs som omhandler livsstilsendringer. I denne prosessen vil pasienter ofte delta i samtale med både lege, sykepleier, ernæringsfysiolog og psykolog. I dette prosjektet var det ønskelig å vite noe om hvilken praksis klinikkene per i dag fører i forbindelse med utredning av overspisingslidelse hos pasienter som opereres for overvekt. Jeg var interessert i å vite om klinikken praktiserte noen rutiner eller hadde noen form for systematisk kartlegging av overspisingslidelse i utredningsfasen før en blir henvist videre til kirurgi.

Jeg kontaktet sykehusene i landet som gjennomfører overvektskirurgi, og fikk respons fra syv poliklinikker for overvekt. Det var variasjon i hvor utdypende tilbakemeldingene var. Noen henviste kort til informasjon på nettsiden deres og prioriteringsveilederen for sykkelig overvekt (Helsedirektoratet). Av de som kom med utdypende svar, var det i hovedsak de samme elementene som gikk igjen. De kunne informere om at det tverrfaglige teamet der ikke forholdt seg til noen generelle retningslinjer og at praksisen på de ulike teamene sannsynligvis er varierende hos de forskjellige poliklinikkene i landet. Til tross for manglende nedfelte retningslinjer hos de kontaktede klinikkene, var overspising et tema som var aktuelt i prosessen hos alle før kirurgi. Overspising og spiseatferd blir inkludert i spørreskjema og i dialog med helsepersonell underveis, og det tilstrebes i dag å ikke sende pasienter med en aktiv spiseforstyrrelse til fedmekirurgi. Ved mistanke om spiseforstyrrelser under vurdering blir pasienter henvist videre til distriktpsikiatrisk senter (DPS) hos flere av klinikkene. Noen hadde også pågående prosjekter for utredning og behandling av overspisingsproblematikk.

1.5 Tidligere forskning på temaet

Det er godt dokumentert at overvekt og fedme er assosiert med økt dødelighet, samt en rekke psykiske og fysiske tilleggslidelser, men hvordan det er å leve med fedme er ikke undersøkt i like stor grad. Til å begynne med vil jeg gi en kort introduksjon av tidligere forskning som undersøker hvordan personer med overvekt og fedme har erfart å leve med disse tilstandene. Jeg vil så gå videre med tidligere funn relatert til personer med alvorlig overvekt og deres møter med helsevesenet, og vise til oversiktsstudier om dette. Til slutt tar jeg for meg forskning som sier noe om erfaringer med helsevesenet før og etter operasjon for personer som er operert for alvorlig overvekt og som også har en overspisingslidelse.

I en kvalitativ studie fra 2019 ble 18 deltakere intervjuet om hvordan det var å leve med fedme, og hvordan stigmatisering og skam oppleves i forbindelse med dette. Sentrale trekk ved resultatene var blant annet erfaringer relatert til devaluering og selvforakt, som igjen i stor grad ble tolket som et resultat av normer og holdninger i samfunnet og omgivelsene (25).

En systematisk oversiktsartikkel fra 2021, som inkluderte 32 kvalitative intervjustudier, tok for seg fem ulike temaer; stigmatisering, fordommer, og skam og skyld i sammenheng med fedme. I flere av de inkluderte studiene hadde deltakerne fortalt om følelser relatert til skam og verdiløshet hvor de erfarte å konstant leve under et kritisk blikk fra de rundt seg (26). En stor andel av deltakerne erfarte at de ble dømt av dem rundt seg, som ikke å være god nok, ikke prøve hardt nok, og at de var late eller at de ikke fortjente respekt. Flere av studiene understrekte hvordan personer med fedme trakk seg mer og mer tilbake fra hverdagslige aktiviteter for å unngå potensielt pinlige hendelser eller kommentarer fra andre. For noen av deltakerne førte disse fordommene til fortellinger om at livet ikke var verdt å leve (26).

I samme oversiktsartikkel fra 2021 som nevnt over, fremheves opplevelser av stigmatisering og negativ behandling av pasienter som lever med alvorlig overvekt. Pasienter erfarte stigma i forbindelse med kirurgisk fedmebehandling, hvor det av noen ble sett på som å «ta den lette veien ut». Man fant beskrivelser av negative møter med helsepersonell i primærhelsetjenesten, erfaringer om helsebehov som ikke ble møtt, mangel på respekt og medfølelse, verbale fornærmelser og upassende humor (26). I en annen oversiktsartikkel fra 2013 fant man lignende resultater. Flere pasienter beskrev følelser av vektrelatert stigma, i tillegg til at de kjente på ambivalens hos helsepersonell relatert til deres behov. Dette forsterket pasientens følelse av skyld i tilstanden, som igjen førte til ambivalens mot å benytte seg av helsetjenestene (27).

I en oversiktsartikkel fra 2012 ble det vist at overvektige pasienter og pasienter med fedme ble utsatt for flere former for vektrelatert stigma i helsetjenester (28). En rekke studier i denne oversikten viste at helsepersonell, som blant annet leger, sykepleiere og psykologer hadde negative holdninger mot overvektige pasienter. Holdninger og oppfatninger hos helsepersonell om at overvektige pasienter var late, udisiplinerte og hadde lav viljestyrke gikk igjen i flere av de inkluderte studiene. I den aktuelle oversiktsartikkelen undersøkte man blant annet hvordan overvektige pasienter ble utsatt for stigma og forskjellsbehandling i helsevesenet. Her fant man at en betydelig del av helsepersonell så på pasienter med overvekt som uattraktive, udisiplinerte, med manglende etterlevelse og lav motivasjon (28).

En kvalitativ studie med fokus på overvektige pasienters erfaringer med helsevesenet og oppfølging etter overvektsoperasjon, viste blant annet at pasientene følte seg forlatt og isolert etter operasjonen. Pasientene beskrev at problemer og komplikasjoner ble ignorert. I tillegg rapporterte de om forvirring knyttet til hvem de skulle henvende seg til om utfordringer. Lite informasjon og rådgivning etter operasjonen ble trukket fram som erfaringer relatert til å bli forlatt (29). I denne studien kommer det ikke fram om personer med overspisingslidelse var blant deltakerne eller ikke.

I en kvalitativ intervjustudie fra 2021 opplevde flere pasienter at det var for lite oppfølging etter operasjon (30). De mente det var for stort fokus på vekt og målinger (blodprøver, vekt) og for lite fokus på kosthold, samt psykisk og motiverende støtte. Helsepersonell tok ikke opp temaer som omhandlet spiseforstyrrelser eller avhengighets-relaterte problemer, og noen beskrev helsepersonell som uinteresserte eller lite hjelpsomme når det gjaldt disse, for pasientene, viktige aspektene. En rekke studier har vist at overvektige pasienters negative erfaringer med helsepersonell i større grad har ført til en opplevelse av umøtte behov og en motvilje til å benytte seg av helsetjenester, i tillegg til å engasjere seg i endringsprosesser i forhold til helsevaner og helseatferd mer generelt (26, 27).

Tidligere forskning relatert til erfaringer hos pasienter som gjennomgår en overvektsoperasjon med en diagnostisert overspisingslidelse er ikke utbredt. Det er imidlertid studier som har sett på hvordan problematisk spiseatferd kan oppstå etter en overvektsoperasjon, hvordan denne kan påvirke utfallet av operasjonen og hva som karakteriserer dem med overspisingslidelse i pasientgruppen som blir operert. Flere studier tyder på at overspisingslidelse er relatert til dårligere utfall av kirurgi (31, 32), men jeg har ikke funnet studier som undersøker disse pasientenes erfaringer med oppfølging i forhold til overspisingslidelsen før og etter de gjennomførte overvektsoperasjonen.

Overspisingslidelse er en av de vanligste psykiatriske lidelsene i populasjonen av fedmeopererte (33). Hos alvorlig overvektige pasienter som vurderer fedmeoperasjon, har man sett at så mye som 60% kan ha en overspisingslidelse (34). Det er økende evidens som tyder på at kandidater for fedmeoperasjon sannsynlig kan ha en spiseforstyrrelse eller problematisk spiseatferd, og forskning tyder på at disse problemene kan vedvare eller utvikles i nye former etter operasjon (33). Det er med andre ord viktig å ta hensyn til overspisingsproblematikken før operasjonen og i oppfølging etter.

2.0 Studiens hensikt og problemstilling

2.1 Hensikt

Hensikten med denne studien er å få mer innsikt i hvilke erfaringer pasienter med overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk har hatt i møte med helsevesen før de gjennomgikk operasjon for alvorlig overvekt, samt ved oppfølging etter operasjonen.

2.2 Problemstilling(er)

I denne oppgaven ønsker jeg å besvare følgende problemstillinger:

1. Hvilke erfaringer har pasienter med overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk i møte med helsevesenet før overvektsoperasjon? På hvilke måter har pasienter erfart at overspisingslidelsen/overspisingsproblematikken ble tatt i betraktning før de ble operert? Hva fungerte bra, og hvorfor? Hva savnet pasientene, og hvorfor?

2. Hvilke erfaringer har pasienter med oppfølging etter overvektsoperasjon? Hvilke erfaringer har pasienter med at overspisingslidelsen/overspisingsproblematikken deres ble fulgt opp, eller ei? Hvordan ser pasientene selv for seg at overspisingslidelsen/overspisingsproblematikken kunne vært fulgt opp?

Det er ønskelig å utforske erfaringene disse pasientene har relatert til overspisingslidelse og overspisingsproblematikk, samt hvilken plass lidelsen eller tematikken får i utredning og behandling før og i oppfølging etter operasjon. Det å undersøke pasientenes erfaringer i møte med helsevesenet, kan legge til rette for utvikling av kunnskapsbaserte og trygge behandlingstilbud for pasienter som opereres for alvorlig overvekt. Målet i min studie er spesielt å bedre oppfølgingen for dem som har overspisingslidelse eller har utfordringer knyttet til overspising. Kunnskap om pasient-/bruker erfaringer kan bidra til at framtidige pasienter kan få et behandlingstilbud som er bedre tilpasset deres behov.

3.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet presenteres teori som bidrar til en forståelse av viktige funn i denne studien, som en kan kalle for temateori (35).

3.1 Salutogenese og Sence of coherence

Salutogenese er læren om hva som gir god helse. Begrepet er utviklet av Aaron Antonovsky, og i motsetning til patogenese som handler om hva som gjør oss syke, handler salutogenese om hva som holder oss friske. Aaron Antonovsky er altså sentral i tenkningen om salutogenese (36). Ser vi for oss en gradient av helsebegrepet med god helse på topp og dårlig helse på bunn, var Antonovsky interessert i hva som gjør at man beveger seg oppover mot god helse (37). Det er altså et kontinuum. I forbindelse med dette undersøkte han det han omtalte som «generalised resistance resources», på norsk kalt motstandsressurser (36). Gode motstandsressurser består av psykososiale, materielle og/eller biologiske faktorer som for eksempel god økonomi, sterkt sosialt nettverk, sterkt immunforsvar, høy egostyrke og religion. Dette er faktorer som har betydning for hvordan mennesker blant annet takler sykdom, helsesvikt, funksjonsnedsettelse, tap også videre, og hvordan en i dette oppfatter livet sitt som strukturert og forståelig (36, 37).

Den enkeltes motstandsressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet. Denne grunnholdningen omtales som «Sense of coherence» (SOC), som viser til opplevelse av mening og sammenheng i situasjonen/i livet. SOC baserer seg på tre hovedelementer; 1) begripelighet, som betyr forventning til om man tror man kan påvirke situasjonen en er i og nye situasjoner, 2) meningsfullhet, som handler om forventning til om en tror situasjonen er logisk og forutsigbar, og 3) håndterbarhet, som viser til forventning til om man tror det som kreves i en gitt situasjon og nye situasjoner er overkommelig (36). En persons SOC er altså en grunnholdning som personen kan spille på som en helhetlig ressurs som kan hjelpe en å håndtere stress og krevende situasjoner i det hele. Dette blant annet ved å reflektere over ens indre og ytre ressurser og hjelpe en å identifisere og mobilisere dem. Dette kan igjen bidra til at personen har den støtte som trengs og kan håndtere situasjoner og utfordringer ved å identifisere løsninger på en helsefremmende måte (38).

Antonovsky mente at styrken på en persons SOC var en avgjørende faktor for å bevege seg mot toppen av helsegradienten (37). I forbindelse med funnene i denne studien, er det relevant å trekke inn SOC. Dette for å understreke og utforske om, og på hvilke måter deltakerne opplevde begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet knyttet til deres erfaringer i møte med helsevesenet, samt hvordan disse elementene utspilte seg i de situasjonene de befant seg i under behandlingsforløpet.

4.0 Metodologi og metode

I dette kapitlet beskrives metodologiske føringer knyttet til forskningstradisjonen som prosjektet hører hjemme i. Valg av forskningsdesign og fremgangsmåte presenteres og begrunnes. Videre beskrives utvalg av informanter, rekrutteringsprosess, samt metode for datainnsamling og analysetilnærming. Avslutningsvis vil forskerrollen og forskningsetiske aspekter ved prosjektet gjøres rede for.

4.1 Metodologisk tilknytning

Studien har en pragmatisk tilnærming. Hensikten er å bringe fram praktisk og klinisk nyttig kunnskap med betydning for behandlingstilbudet til pasienter som opereres for alvorlig overvekt, og da spesielt pasienter med en overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk.

Denne studien er en forlengelse av et større forskningsprosjekt som utforsker pasienter som er operert for overvekt sine erfaringer i møte med helsevesenet og klinikernes erfaringer i møte med denne pasientgruppen. Brukerinvolvering er helt sentral i prosjektet, hvor selve brukerinvolveringen også forskes på. Denne aktuelle studien bidrar altså med relevant kunnskap knyttet inn mot det større forskningsprosjektet.

En pragmatisk forskningstilnærming betyr i denne sammenheng at tilnærmingen ikke knyttes til én spesifikk filosofi eller en forskningstradisjon. I stedet velger en pragmatisk metodiske tilnærminger og teori for å best mulig belyse klinisk relevante forskningsspørsmål og funn. Forskningsspørsmålet styrer valg av den metodiske tilnærmingen, noe som for øvrig gjelder i all forskning. Her vil forskningsspørsmålene først og fremst være formet ut fra klinisk relevans. Pragmatisk tilnærming gir forskeren frihet til å velge metoder, teknikker og prosedyrer som møter studiens hensikt og problemstilling best mulig (39).

Eksplisitt temateori var ikke med inn i studien fra starten av. Temateori er teori som er tett på den tematikken som en studie undersøker (35).

Denne studien vil knytte an til et fortolkende paradigme, hvor subjektivitet settes i sentrum. Dette gjelder all kvalitativ forskning. Det fortolkende paradigmet går ut på å anerkjenne og undersøke forskningssubjektenes erfaringer, refleksjoner og sosiale praksiser og med forskeren som et viktig og medvirkende redskap i generering av kunnskap. Dette ut ifra en grunnleggende forståelse om at verden kan oppfattes i ulike versjoner avhengig av hvilket ståsted man har (40). I forbindelse med det fortolkende paradigmet vil det benyttes en induktiv tilnærming, som innebærer å trekke slutninger fra enkeltstående tilfeller til det allmenne. På denne måten kan kunnskap frembrakt fra enkeltindivider bidra til å se mønstre og tema på tvers, som fortolkes i forhold til tidligere forskning og teori (40). En beveger seg altså mot et mer allment nivå. Det er viktig å poengtere at en fullt ut induktiv fremgangsmåte ikke er mulig i forskning, ettersom man som forsker alltid starter ut fra en forforståelse (40). Dette leder hen til den hermeneutiske tenkningen.

Hermeneutikken er sentral i forbindelse med det fortolkende paradigmet. Kjentegn ved hermeneutikken er teksttolkning, samt begrepene; forståelse, forforståelse og den hermeneutiske sirkelen. Forskerens rolle er tematisert i kvalitativ forskning, altså forskerens intuisjon, ens innsikt, forforståelse, eventuelle fordommer, og ens refleksivitet i søken etter ny kunnskap kommer i søkelyset, samt forholdet mellom helhetsforståelse og delforståelse (41). Et viktig begrep innen hermeneutikken er den hermeneutiske spiral eller sirkel. Dette er en beskrivelse av vekselvirkningen mellom helhetsforståelse og delforståelse, mellom forforståelse og ny forståelse, mellom nærhet og distanse og mellom tekst og kontekst (41). En stadig fortolkende og spirallignende bevegelse i forskningsprosessen. Som forsker er man aldri uten forforståelse, men er man bevisst på denne og setter den på prøve kan man åpne muligheten for ny forståelse og ny kunnskap. Ifølge Gadamer vil det å «sette seg selv på spill» og utfordre utdanningen og erfaringene en har ervervet seg gjennom livet, bidra til å utvikle bevissthet om sine egne fordommer og sin egen forforståelse (41).

4.2 Valg av forskningsdesign og metodisk fremgangsmåte

For dette prosjektet er det valgt et kvalitativt forskningsdesign. Kvalitative metoder er basert på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring, hvor målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik de oppleves for de involverte (42).

Kvalitative metoder benyttes for å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk og kvaliteter ved de fenomenene som forskes på. Materialet består av tekst som kan hentes fra samtaler eller observasjoner, i motsetning til kvantitative metoder som bygger på data i form av tall. De kvalitative metodene egner seg til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer og kan bidra til økt forståelse av menneskelige egenskaper som erfaringer, forventninger, tanker og holdninger (40).

Det kvalitative forskningsintervjuet som blir benyttet i dette prosjektet har som mål å gi kunnskap om informantenes erfaringer, basert på deres versjoner av egen historie. Intervjuer med enkeltpersoner egner seg godt for fordypningstemaer hvor spørsmålene er åpne, men likevel innenfor valgt tematikk. I utgangspunktet var planen å gjennomføre fokusgruppeintervju i dette prosjektet, men på bakgrunn av problemer knyttet til rekruttering av deltakere ble intervjuformen endret til individuelle intervju. utfordringer knyttet til rekrutteringsprosessen blir beskrevet nedenfor.

Individuelle intervjuer egner seg godt for temaer som krever ettertanke og trygghet, og når man ønsker å gi informantene tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser (40). I dette prosjektet var det ønskelig å få innsikt i informantenes erfaringer før og etter gjennomgått overvektsoperasjon og med flere år siden denne ble gjennomført som utgangspunkt. Den valgte intervjuformen gav rom for at deltakerne kunne ta seg tid til å hente frem opplevelser og de fikk anledning til å reflektere rundt de ulike spørsmålene fra intervjuguiden. Ved et individuelt intervju er det kun forsker og informant til stede, noe som kan åpne for større rom for detaljerte fortellinger og dybde i samtalen enn hva en gruppediskusjon kunne gitt plass til. Det kan i tillegg være lettere for forskeren å styre samtalen under et individualintervju inn på riktig spor dersom den kommer ut av kurs (43).

4.3 Del av et større prosjekt, men likevel en selvstendig studie

Som tidligere nevnt, er dette masterprosjektet en del av et større forskningsprosjekt; «*Partnership building in generating and implementing a new user-led research agenda for follow-up on patients going through weight loss surgery*» ved forskningsgruppen; Helsevitenskap og erfaringsforskning ved Universitetet i Bergen (UiB). Min studie er et selvstendig forskningsprosjekt i forbindelse med utdanningsløpet på master i helse og samfunn ved UiB. Likevel vil det være tilknyttet det større forskningsprosjektet, hvor jeg har fått veiledning og støtte fra flere i storprosjektet underveis.

4.4 Utvalg og rekruttering av deltakere

4.4.1 Inklusjonskriterier

Kriterier for å delta i det aktuelle prosjektet var at deltakere måtte være i alderen 25-60 år. De måtte ha gjennomgått overvektskirurgi for minst 4 år siden gjennom det offentlige helsevesenet i Norge. Dette tidsaspektet ble valgt på bakgrunn av at det trolig kunne bidra til et større bilde av hvordan erfaringer i etterkant av operasjonen har vært enn om vi hadde satt fra for eksempel to år etter operasjonen. Det siste inklusjonskriteriet var at deltakerne måtte hatt/ha overspisingsslidelse eller at de hadde eller hadde hatt erfaring med hyppige overspisingsepisoder i minst 2 år før de ble operert.

Opprinnelig var et av inklusjonskriteriene at deltakere skulle ha en diagnostisert overspisingsslidelse før de gjennomgikk overvektsoveroperasjonen. Grunnet problemer med rekruttering ble kriteriet endret i samråd med veileder, og «erfaring med hyppige overspisingsepisoder i minst 2 år før operasjon» ble inkludert. På denne måten kunne deltakere i min studie, som muligens selv ikke hadde vært klar over diagnosen eller problematikken før operasjonen, likevel bli inkludert. I tillegg tok denne endringen i inklusjonskriterier høyde for at diagnostiseringen av overspisingsslidelse ikke var like utbredt i tiden før 2013, når overspisingsslidelse først ble klassifisert som en egen diagnose under DSM-5.

4.4.2 Rekruttering av informanter

Det var en rekke ulike instanser som ble kontaktet for å rekruttere deltakere til prosjektet. Noen svarte ikke på henvendelsene mine, men jeg fikk fortsatt kontakt med en del ulike avdelinger både i og utenfor helsevesenet. Disse inkluderer rådgivning for spiseforstyrrelser (ROS), poliklinikk for overvekt på Haukeland Universitetssykehus, Regional avdeling for spiseforstyrrelser, kirurgisk avdeling på Voss, Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SO-Reg Norge) og DPS avdeling Øyane. Det ble delt informasjon og informasjonsskriv (vedlegg 1) til aktuelle deltakere via de ulike instansene som er nevnt over, slik at de selv kunne ta kontakt med meg ved interesse. So-Reg Norge bidro til å distribuere informasjonsskriv på venteværelser på legekontor for pasienter som kom til 5-årskontroll. En flyer som ble brukt i det større forskningsprosjektet som dette masterprosjektet er en del av, ble tilpasset min studie og postet på ROS sin nettside (vedlegg 2).

Etter manglende rekruttering i løpet av det første halvåret av dette prosjektet, ble informasjonsskriv og flyer lagt ut på flere lukkede facebook-sider for overvektsopererte, samt på nettsiden til landsforeningen for overvektige (LFO). Jeg fikk kontakt med lederen for LFO, Mari Mette Graff, som bidro med å dele informasjon om prosjektet i sine kanaler. Bidrag herfra, sammen med endring i inklusjonskriterier førte til at rekrutteringsprosessen kom i gang. Likevel var det et begrenset antall som tok kontakt for å delta og som tilsynelatende møtte inklusjonskriteriene. Derfor ble deltakerne i denne studien inkludert etter et tilgjengelighetsutvalg (40).

Grunnet utfordringer med rekruttering i startfasen av prosjektet og avstand mellom informanter og meg selv, ble det avtalt med veileder at intervjuene kunne gjennomføres over video på Microsoft teams dersom deltakerne ikke var bosatt i Bergensområdet.

4.4.3 Utvalget

Syv personer ble intervjuet til dette prosjektet. Utvalget bestod av kvinner i alderen 35-55 år. Deltakerne ble operert fra 7 til 13 år siden, med en person for bare to år siden.

Bakgrunnsopplysninger, som blant annet inkluderer arbeid og utdanning blir vist i

Tabell 3.

Tabell 3: Bakgrunnsopplysninger om informantene

Intervju	Kjønn	Alder	Utdanning	Arbeid	Operert	Diagnostisert overspisings- lidelse
Digital	Kvinne	55 år	Høyere utdanning	I arbeid	2011	Ja
Digital	Kvinne	37 år	Høyere utdanning	Arbeidsufør	2016	Nei
Digital	Kvinne	35 år	VGS	I arbeid	2021	Nei
Digital	Kvinne	53 år	Høyere utdanning	I arbeid	2015	Nei
Digital	Kvinne	55 år	Høyere utdanning	Arbeidsufør	2012	Nei
Fysisk	Kvinne	44 år	Høyere utdanning	I arbeid	2010 (privat)	Nei
Fysisk	Kvinne	50 år	VGS	Arbeidsufør	2015	Nei

To deltakere møtte ikke alle inklusjonskriteriene: en var operert i det private helsevesenet, mens den andre ble operert for bare to år siden. Dette kom frem først underveis i intervjuene, som likevel ble fullført. Etter diskusjon med veileder valgte vi å inkludere aspekter ved disse intervjuene som svarte på problemstillingen i analysen.

4.4 Forberedelse til og innsamling av datamaterialet

4.4.1 Utarbeiding av intervjuguiden

Før intervjuene fant sted, ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 3). Formålet med dette prosjektet var å få innsikt i aspekter ved personers erfaringsverden. Derfor ble det laget en intervjuguide som ikke var for detaljert og som skulle fungere som en huskeliste (40). Intervjuguiden ble laget med et semi-strukturert utgangspunkt, slik at intervjuet hadde en viss fleksibilitet. Semistrukturerte intervjuer inneholder åpne spørsmål og gir rom for at deltakerne kan fortelle mer fritt enn om man tok utgangspunkt i en rekke strukturerte spørsmål (44).

Semi-strukturerte intervjuer egner seg godt for å utforske spontane temaer som dukker opp underveis og som ikke har vært planlagt av forskeren på forhånd. Samtidig har man en viss struktur å forholde seg til slik at man får en fokusert samtale som er rikest mulig på informasjon som er relevant for å belyse problemstillingen (40, 44).

Guiden ble laget i samråd med veileder og stipendiaten i det store prosjektet som denne studien har et utgangspunkt i. Begge hadde innsikt i innspill fra med-forskere/brukere i prosjektgruppen i det store prosjektet til en lignende intervjuguide.

Før gjennomføring av intervjuet ble jeg godt kjent med intervjuguiden slik at samtalen ble så naturlig som mulig. Intervjuguiden fungerte som planlagt, som en huskeliste og som en rettesnor for hvilke temaer som var ønskelig å få dekket. Etter de første intervjuene var gjennomført gikk jeg tilbake for å endre og tilpasse guiden.

I en kvalitativ studie er det viktig å ta med seg lærdommen man tilegner seg underveis i prosessen enn å gjøre det likt hver gang (43). Etter å ha hørt gjennom opptak og transkribert de første intervjuene, ble det åpenbart hvordan rekkefølgen og formuleringen av noen av spørsmålene kunne forbedres. Med utgangspunkt i samme spørsmål, ble guiden nå mer logisk oppbygget. Noen av spørsmålene ble for utydelig for informantene under samtalen, disse ble konkretisert og omformulert.

4.4.2 Datainnsamling: Digitalt og ved fysisk møte

Datainnsamling ble som nevnt gjennomført ved individuelle intervju. Deltakere tok kontakt med meg på e-post og meldte interesse for prosjektet. Videre sendte jeg en påminnelse om inklusjonskriteriene sammen med informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 1). Informantene som ble intervjuet digitalt sendte samtykkeskjema tilbake over e-post med elektronisk signering enten via digital signatur eller gjennom elektronisk signering via posten.no hvor man signerte med BankID. Alle deltakere gav også muntlig samtykke under selve intervjuet. Før de digitale intervjuene fikk deltakerne tilsendt et skjema med spørsmål som omhandlet bakgrunnsforhold (vedlegg 4). Disse ble benyttet for å gi en samlet beskrivelse av informantene som deltok i prosjektet (Tabell 3). Under de digitale intervjuene ble deltakerne innledningsvis bedt om å svare på de aktuelle spørsmålene om bakgrunnsforhold. Under de fysiske intervjuene fikk informantene utdelt skjemaet hvor de fylte dette ut før selve intervjuet startet.

Av syv intervjuer ble fem av dem gjennomført digitalt med video over Microsoft teams på UiB sitt nettverk. Jeg var den eneste som var til stede sammen med deltaker, både under de digitale og de fysiske intervjuene. De fysiske intervjuene foregikk på grupperom ved UiB, og med unntak av et par personer som gikk forbi rommet hvor intervjuet ble gjennomført, foregikk det i stor grad uforstyrret. Deltakere med fysisk oppmøte fikk tilbud om kaffe, te og vann før intervjuet startet.

4.4.3 Teknisk utstyr

Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av lydopptakere tilhørende studieprogrammet. Ved hvert intervju ble det benyttet to identiske opptakere for å sikre at intervjuet ble tatt opp dersom en av opptakerne skulle sviktet underveis. Opptakerne ble plassert ved siden av høyttalerne til PC ved de digitale intervjuene, og i midten mellom intervjuer og deltaker under de fysiske intervjuene.

4.4.4 Intervjusituasjon

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av januar 2023. Selv om det var ønskelig å gjennomføre alle intervjuene ved fysisk oppmøte, fikk jeg likevel en verdifull erfaring ved å ha både digitale og fysiske intervjuer. De som ble gjennomført over Microsoft Teams, fungerte bedre enn forventet. Ettersom det var over video og man kunne se hverandre, fikk man i stor grad oppfattet hverandre på nesten lik linje som ved fysiske intervju. Ansiktsuttrykk, mimikk og følelser kom også til uttrykk under de digitale intervjuene, noe som hadde stor betydning for intervjusituasjonen. utfordringer knyttet til digitale intervjuer var begrenset til lyd- og bildekvalitet, hvor internettforbindelsen kunne oppleves som hakkete i noen få tilfeller. Utover det var erfaringen med denne intervjuformen positiv.

Som intervjuer strebet jeg etter å skape en god intervjusituasjon for informantene, hvor jeg forsøkte å forholde meg lyttende og holde meg innen tidsfristen som var satt på 1 time (39). Jeg forsøkte også å holde meg til forskerrollen og ikke terapeutrollen. I noen tilfeller var sistnevnte utfordrende, hvor flere av informantene gav uttrykk for et ønske om råd eller hadde spørsmål i forbindelse med spesifikke diagnoser og symptomer. I disse tilfellene forsøkte jeg å svare generelt og ikke minst anbefalte jeg andre instanser de kunne kontakte for oppfølging eller spørsmål. Under alle intervjuene var jeg opptatt av å vise med kroppsspråk at jeg lyttet og gav bekreftelse underveis, samtidig som jeg forsøkte å balansere en form for dvelende stillhet slik at deltakeren fikk anledning til å utdype og snakke fritt.

4.4.5 Forskerrollen og forforståelse

De individuelle forutsetningene og erfaringene jeg har med meg som menneske danner et ubevisst eller bevisst tolkningsgrunnlag for de empiriske dataene som fremkommer i denne studien. Dette omtales som forforståelse og kan forstås som en ryggsekk vi bringer med oss inn i et forskningsprosjekt (40). Innholdet i denne sekken vil kunne påvirke hvordan vi samler inn, leser og tolker datamaterialet vårt. Denne bagasjen kan styrke prosjektet, men samtidig kan den påvirke og farge tolkningen vår i for stor grad slik at man ikke ser hva nytt som oppstår underveis i prosjektet (40).

Som forsker må man være bevisst på sin egen forforståelse og forventninger til hva en vil finne, og en må gjennom hele forskningsprosessen ta stilling til betydningen av sin egen rolle og posisjon (42). Med bakgrunn fra ernæringsvitenskap vil fokuset mitt kunne påvirkes i arbeidet med forskningsprosjektet. Fordeler ved å ha denne bakgrunnen er at det blant annet ligger en grunnleggende forståelse av mat, ernæring og fysiologi i bunn. Samtidig kan dette også begrense utvikling av ny kunnskap. Ved starten av dette prosjektet hadde jeg ingen erfaring i arbeid med pasienter som har vært operert for alvorlig overvekt og deres opplevelser i forbindelse med dette. Fordelen ved manglende kunnskap til det som skal utforskes er at man ikke går inn i forskningsprosjektet med en begrenset horisont og skylapper på, som kan bidra til at forskerens forforståelse overdøver hva det empiriske materialet forteller om (40).

4.5 Analyse

Analysen starter allerede når de første intervjuene finner sted, med refleksjoner over hva som står på spill i hva deltakerne har fortalt med mer. Også under transkripsjonsarbeidet kommer det opp tanker om og spørsmål til hva intervjuene handler om (40). Her vil jeg først omtale fra lydopptak av intervjuene til tekst, før jeg går videre til å beskrive analysen av datamaterialet.

Transkribering innebærer å konvertere taleopptak til tekst. Etter at datainnsamlingen var gjort, skulle det empiriske materialet organiseres og sammenfattes slik at det ble tilgjengelig for analyse. Transkripsjonen skal i så stor grad som mulig lojalt ivareta det opprinnelige råmaterialet, slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet under lydopptakene (40). I denne prosessen er det viktig å være bevisst på at i samhandlingen mellom forsker og informant så konstrueres det en avgrenset versjon av temaet en studerer og i et bestemt formål, altså prosjektets problemstilling. Råmaterialet og den intervjuteksten man sitter igjen med etter transkripsjon må dermed ikke forveksles med hele bilde av erfaringer og tanker eller «virkeligheten» om en vil (40).

Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv, hvor jeg hørte gjennom lydopptakene. Dette var en tidkrevende prosess og resulterte i et omfattende skriftlig materiale (40). Det var likevel en lærerik prosess som samtidig gav meg fordeler ved at jeg kunne huske momenter fra intervjuene som kanskje var uklare på selve lydopptaket. Når forskeren selv gjør transkripsjons arbeidet, er det også lettere å oppdage svakheter i datamaterialet (40). Jeg ble svært godt kjent med materialet, som gav meg fordeler senere i analyseprosessen. Jeg hadde bestemt meg på forhånd for at jeg ville transkribere alt verbalt som kom til uttrykk i intervjuene. Det inkluderte pauser, toneleie, latter, stillhet og fyllord som «hmm», og selv om dette tok tid så gav det meg ofte et større bilde av samtalen i etterkant (39).

Hoved-analysen finner imidlertid sted når hele datamaterialet er generert. I dette prosjektet har systematisk tekstkondensering blitt benyttet som analysemetode. Dette er en pragmatisk metode for tverrgående analyse av kvalitative data. Metoden egner seg særlig godt for nybegynnere, ettersom det er lettere å ha oppmerksomheten rettet mot innholdssiden av det man gjør (42). Som nybegynner kan metoden gi en innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte, noe som var positivt for meg som uerfaren forsker på dette tidspunktet (40).

Underveis i en tematisk analyseprosess er det vanlig å bruke ulike begreper for å omtale prosessen fra relativt kaos til den endelige resultatpresentasjonen. Begreper som tema, meningsenhet, kode eller kodegruppe, kategori og flere brukes. Jeg har valgt å følge Malterud sine betegnelser knyttet til steg 1 til og med 3, med foreløpige tema (steg 1), meningsbærende enheter, kodegrupper og undergrupper (steg 2-3). I steg 4 bruker Malterud betegnelsene resultatkategori og underkategori. Dette synes jeg er uoversiktlig og til dels fremmedgjørende betegnelser. Derfor har jeg her valgt hovedtema og undertema, se under kapittelet hvor funn fra analysen presenteres.

Hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering baseres på fire følgende trinn:

1. *Å få et helhetsinntrykk og identifisere foreløpige tema*
2. *Å identifisere meningsbærende enheter og kode dem*
3. *Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene i samme kode i «jeg-form»*
4. *Å syntetisere betydningen av dette og lande sentrale tema/resultat kategorier*

Steg 1: Helhetsinntrykk og identifisering av foreløpige tema

I første fase starter man analyseprosessen med å bli kjent med datamaterialet. På dette tidspunktet satt jeg igjen med rådata i form av lydopptak og transkripsjoner av syv intervjuer (i overkant av 120 sider). Man starter med å lese gjennom materialet for å danne seg et helhetsbilde samtidig som man vurderer hva det handler om, altså identifiserer mulige temaer. Underveis i dette trinnet skal man aktivt gå inn for å sette sin forforståelse på prøve samtidig som man har problemstillingen klart for seg. Jeg startet med å lese gjennom intervjuene i rolige omgivelser, slik Malterud anbefaler. Da så jeg antydninger til hvilke temaer som kunne bli aktuelle (40).

Jeg noterte ned foreløpige temaer jeg mente skilte seg ut og som var gjennomgående i de ulike intervjuene. Malterud anbefaler at man lager 4 til 8 foreløpige tema i dette første analysesteget, men jeg noterte meg over 13 temaer helt til å begynne med. Allerede her så jeg at flere av temaene baserte seg på det samme og at de kunne slås sammen på et senere tidspunkt. Figur 1 viser en oversikt over foreløpige temaer, hvor jeg forsøkte å gruppere temaene til en viss grad.



Figur 1: Foreløpige temaer

Etter å ha fått et overordnet blikk på materialet diskuterte jeg de foreløpige temaene sammen med veileder. Dette er i tråd med Malteruds anbefalinger om å diskutere med en annen forsker, hvor målet er å skape et analytisk rom med flere nyanser (40). Etter å ha diskutert sammen og før jeg gikk videre til steg to i analyseprosessen, leste jeg over intervjuene på nytt. Dette for å se om det var noe som jeg hadde oversett eller som ble mer klart etter å ha fått innspill fra veileder. Basert på dette slo jeg sammen og endret ordlyden på flere av temaene slik at antallet ble redusert, samtidig som de omfavnet det jeg mente skilte seg ut som relevant i teksten.

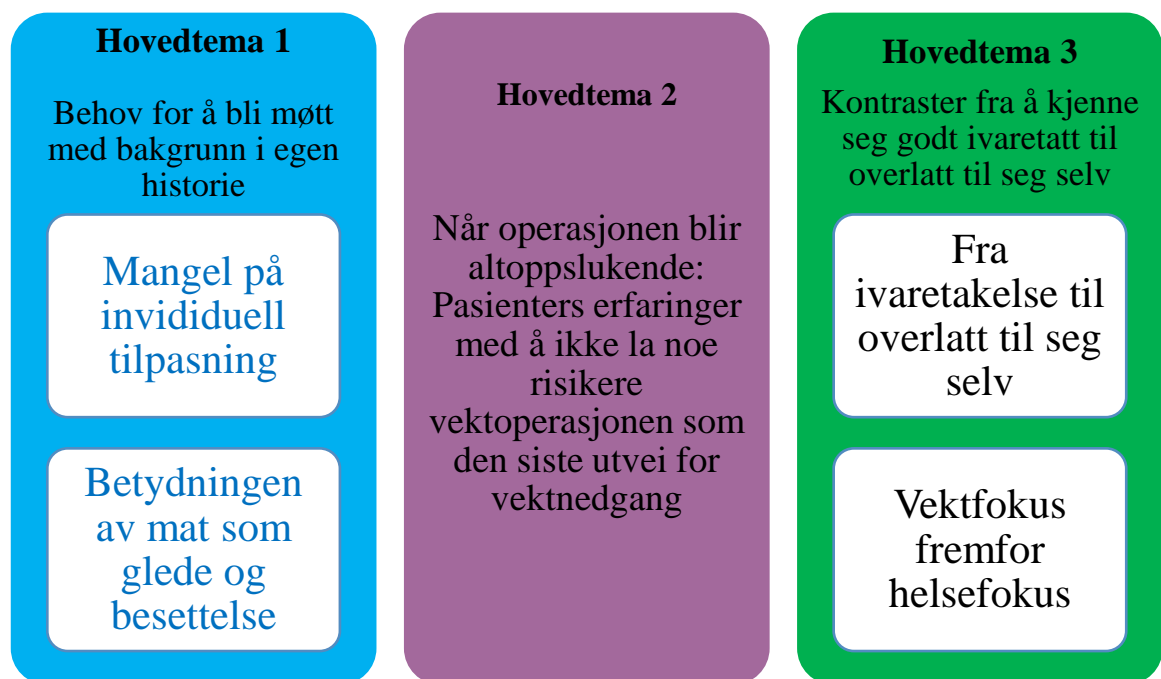
Steg 2: Identifisering av meningsbærende enheter

I steg to i analysen går man gjennom materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. For å vurdere hva som skal inkluderes videre i prosessen må all tekst gjennomgås grundig og systematisk, slik at det ikke bare blir det mest øyefangende som blir inkludert (40). På dette tidspunktet satt jeg igjen med de reviderte foreløpige temaene fra steg 1 i analysen. Dette dannet grunnlaget for kodene jeg etter hvert ville sortere de meningsbærende enhetene i.

I systematisk tekstkondensering anses ikke hele teksten som meningsbærende enheter, og man skal sortere relevant tekst som kan tenkes å belyse problemstillingen vår fra irrelevant tekst, og plassere enheter som er relevante under koder som får navn (40). Dette kalles koding. Jeg startet med å antyde kodegrupper allerede i steg 1, som jeg jobbet videre med. Jeg opprettet tre kodegrupper med tilhørende underkoder basert på de foreløpige temaene, som jeg sorterte de meningsbærende enhetene i. På dette stadiet brukte jeg et dokument hvor jeg kategoriserte de ulike meningsbærende enhetene i teksten ved hjelp av farger som representerte de ulike kodegruppene.

Underveis i prosessen ble det lettere å identifisere temaer som fungerte bedre som underkoder til kodegruppene og jeg brukte tid på å gå frem og tilbake i materialet for å sikre at koden representerte fenomenet godt nok. Som Malterud sier, så vil det å gå tre skritt frem og to skritt tilbake gjøre det mulig for forskeren å dra nytte av innsikten som øker som følge av nærheten til dataene (40). Navnet på kodegruppene ble endret flere ganger underveis basert på innsikt fra og oversikt over materialet. Det ble klart at flere av underkodene representerte det samme.

Videre arbeidet jeg med å sile bort eller slå sammen underkoder som inneholdt ingen eller få meningsbærende enheter. Flere av kodene viste seg også ikke å være presise nok ettersom mange meningsbærende enheter ble sortert til flere kodegrupper. Dermed sorterte jeg materialet med meningsbærende enheter ytterligere slik at de fikk plass under en «representativ» kode. Jeg satt til slutt igjen med tre kodegrupper med tilhørende underkoder (Figur 2). Disse tre kodegruppene ble de endelige, og jeg kaller dem for hovedtema i steg 4.



Figur 2: Kodegrupper med tilhørende underkoder.

Steg 3: Abstraksjon av meningsbærende enheter: tekstnær kondensering nær deltakernes selvforståelse

I analysens tredje steg skal man systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Deler av materialet hvor man ikke har hentet ut meningsbærende enheter legges foreløpig til side (40). På dette tidspunktet var de empiriske dataene redusert til en dekontekstualisert samling av meningsbærende enheter i ulike kodegrupper med tilhørende underkoder. Systematisk tekstkondensering innebærer et viktig metodisk grep hvor man utarbeider et kondensat; et kunstig sitat i jeg-form.

Kondensatet er forankret i våre empiriske data og har som formål å bære med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene ved å omsette dem til en mer generell form, men likevel tett på deltakernes selvforståelse slik den kommer til uttrykk i intervjuteksten (40). Jeg tok for meg en og en underkode og leste gjennom de tilhørende meningsbærende enhetene for å vurdere hvordan de skulle inngå i kondensatet for å få en dekkende og levende beskrivelse.

På dette tidspunktet identifiserte jeg noen meningsbærende enheter som passet bedre i andre underkoder, i tillegg luket jeg ut dem som ikke bidro til å belyse problemstillingen ut ifra de hovedmønstrene som var utviklet til nå. Der hvor flere meningsbærende enheter utrykte det samme, ble de mest innholdsrike og beskrivende enhetene benyttet. Underveis valgte jeg også å dele en av underkodene opp i to, for å få frem en bredere beskrivelse av de ulike fortellingene på dette aspektet. Dette resulterte også i en mer logisk oppbygging av det som endte ut som hovedtemaet som undertemaene³ tilhørte, og bidro altså til den endelige tematiske strukturen beskrevet i resultatkapittelet.

Når man utarbeider kondensat er det viktig å være bevisst på at man skal representere deltakerne og derfor forsøke å være så tekstnære som mulig, uten at det blir en liste med direkte sitater. Kondensatet skal utgjøre en sum av deltakernes stemmer om det fenomenet som akkurat denne undergruppen forteller om (40). Sammen med kondensatet valgte jeg ut et gullsitat som på best mulig måte illustrerte det abstraherte innholdet på dette nivået. I Tabell 4 vises et eksempel på kondensat sammen med gullsitat og de meningsbærende enhetene som kondensatet er laget med utgangspunkt i.

³ Malterud kaller dette for resultat kategorier og underkategorier.

Tabell 4: Kodegruppe, undergruppe, kondensat, meningsbærende enheter og gullsitat.

<p>Kodegruppe: Behov for å bli møtt med bakgrunn i egen historie.</p> <p>Undergruppe: Betydningen av mat som glede og besettelse</p> <p>Kondensat:</p> <p>Jeg har alltid vært veldig opphengt i mat. Helt fra jeg var liten så har maten vært hovedfokuset. Når venninner kjøpte klær og sminke, da kjøpte jeg mat. Jeg bruker maten som et verktøy både til trøst og glede ... uansett hva slags følelser jeg har egentlig. Den er en vennlig partner på en måte. Maten fyller kanskje et tomrom. Overspisingen har jo egentlig fulgt meg hele veien, jeg skjønner jo at jeg egentlig skal stoppe, men jeg har følt at det bare har vært en kortslutning i hodet. Noen mister matlysten når de er trist, glad eller forelsket, men jeg spiser uansett. Før operasjonen snakket de om at det var viktig å finne årsaken til overspisingen, men så ble det ikke gjort noe mer. Vi som var operert samtidig pratet om at vi nesten skulle vært operert i hjernen, for det har jo ikke så mye å si hvor liten magesekken blir om man fortsetter å spise som før. Jeg føler at jeg ikke var helt forberedt på den konsekvensen jeg kjenner på i dag, at jeg ikke kan nyte et måltid lengre ... det syns jeg de burde sagt noe om.</p> <p>Gullsitat: Jeg er gift med en som spiser for å leve, mens jeg lever for å spise.</p>	<p><u>Meningsbærende enheter</u></p> <p>«Mat snakker ikke ned til deg... den smaker godt, den fyller kanskje et tomrom man ikke helt vet er der... og så sier den ingenting eller den gjør ingenting... den bare er... som en vennlig partner som gjør deg tilfreds hvert fall kortvarig da».</p> <p>«Den overspisingen har jo egentlig fulgt meg da... før overvektsoperasjonen så var jeg jo veldig sånn at jeg skjønnte på en måte at jeg eeegentlig skulle stoppe... men jeg følte at det var en kortslutning der oppe».</p> <p>«Mat har alltid vært en form for meg å kunne få....utløsning for følelsene jeg egentlig har hatt.... uansett hva slags følelser det har vært».</p> <p>«Men det var ikke noe om den konsekvensen jeg kjenner i dag, at jeg faktisk ikke kan spise nyte et måltid med mat. Så det er liksom... hæ?»</p> <p>«Vi snakket om det etterpå vi som var operert i lag at det er jo egentlig her (peker på hodet sitt) vi skulle vært operert.. det er jo der det sitter.. det nytter jo ikke hvor liten magesekken blir om du likevel fortsetter å.. å spise på samme måten som før.»</p> <p>«Da venninnene mine kjøpte seg klær og sminke og sånn, så kjøpte jeg mat».</p>
---	---

Steg 4: Sammenfatning og ytterligere forfining av den tematiske strukturen

I det fjerde og siste analysetrinnet skal man rekontekstualisere og sammenfatte det man har funnet i de foregående stegene og kodegruppene skal utvikles til resultat kategorier (40). Her er meningen at man skal syntetisere kunnskapen fra hver kodegruppe og underkode, ved at man produserer en analytisk tekst basert på kondensatene, her i ytterligere abstrahert form. Det endelige analysetrinnet vil resultere i en endelig formidling av hva det empiriske materialet forteller, med utgangspunkt i prosjektets problemstilling. Den analytiske teksten, som ofte omtales som sammenfatningen, ble skrevet fram i tredjepersonform ettersom min rolle er å gjenfortelle på vegne av andre slik at det kan bli ny kunnskap (40). De analytiske tekstene er ment å få tydelig frem fellestrekk med variasjoner fra de ulike fortellingene fra informantene. I dette prosjektet ble det etablert tre hovedtema hvor to av disse hadde tilhørende undertema. En sammenfatning for hovedtemaet ble skrevet fram, og for hver av de enkelte undertemaene. Etter hvert som de analytiske tekstene ble utarbeidet, ble overskriften på hovedtemaene og undertemaene revidert for å sikre at tittelen ga en tilstrekkelig beskrivelse av hva hvert tema handlet om. I tråd med Malterud så bar de endelige navnene på hovedtemaene preg av de opprinnelige temaene og kodene, men med økt innsikt fra analyseprosessen i en mer bearbeidet forståelse (40). Figur 3 viser de endelige navnene tilhørende de ulike hovedtemaene og undertemaene, se introduksjon til Resultatkapittelet.

4.6 Forskningsetiske hensyn

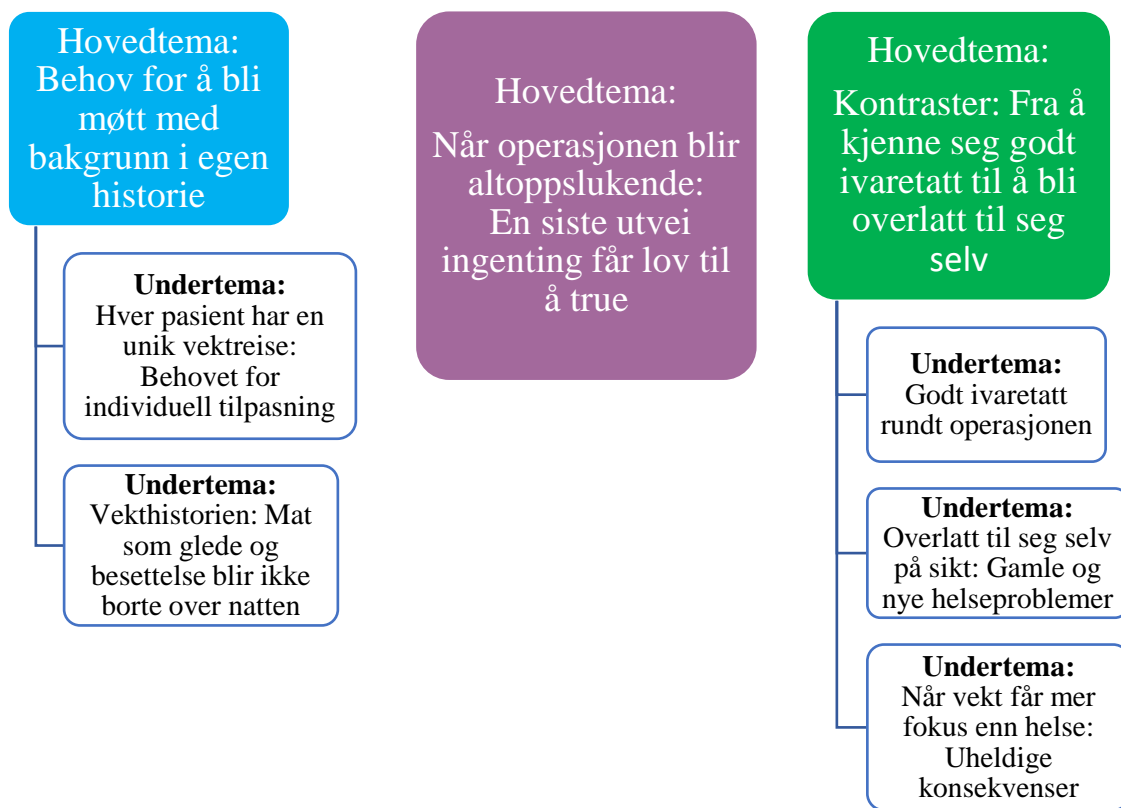
Denne studien er altså del av et paraplyprosjekt som allerede hadde søkt om godkjenning fra Regional Komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Svaret fra REK var at dette prosjektet falt utenfor deres domene (452038). Utover dette er prosjektet registrert i UiBs system for oversikt og kontroll med behandling av personvernopplysninger i forsknings- og studentprosjekter (RETTE). Det er også meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD), som har vurdert at personvern hensyn blir ivaretatt (140622). Alle deltakere fikk tilsendt skriftlig informasjon om studiens hensikt, hva det innebar å delta, hvordan opptak og utskrifter oppbevares og hvordan informasjonen skulle brukes videre (18). Personvern og anonymitet ble vektlagt høyt slik at deltakerne skulle føle seg trygge på at disse kravene ble tilfredsstillende ivaretatt. Deltakerne fikk også informasjon om at de kunne trekke seg når som helst og uten å oppgi grunn (vedlegg 4).

Innsamling av bakgrunnsopplysninger inneholdt ingen identifiserbar informasjon. Under transkribering ble ord og uttrykk på dialekt skrevet til bokmål. Alle deltakere gav som nevnt både signert og muntlig samtykke. Under intervjuene som ble gjennomført digitalt befant forsker seg i utdanningsinstitusjonens lokaler og på tilhørende universitetsnettverk. Signert samtykkeskjema, lydopptak og transkribert materiale ble lagret på den sikre serveren; SAFE hos UiB. Lydopptak og navnelister makuleres og slettes ved prosjektslutt. Anonymiserte dokumenter fra intervjuene vil oppbevares i 6 måneder etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

5.0 RESULTATER

Om vektreiser og møter med helsevesenet.

I dette kapittelet gjøres det rede for prosjektets funn med studiens problemstillinger som styrende. Gjennom analysen ble det identifisert tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer, se oversikten nedenfor (Figur 3). Hvert hovedtema starter ut med en kondensert beskrivelse av hovedinnholdet, mens de ulike undertemaene presenteres hver for seg og i detalj med sitater og analytisk tekst som binder det hele sammen.



Figur 3: Endelige hovedtemaer med tilhørende undertema.

5.1 Behovet for å bli møtt med bakgrunn i egen historie

Behandlingstilbudet før og etter vektoperasjonen ble oppfattet som generaliserende. Mange etterlyste mer individuelle tilpasninger i utredning og oppfølging som ville relatert mer til dem som enkeltindivider med ulike behov, fremfor generelle råd og anbefalinger i gruppesamtaler. Alle deltakerne hadde utfordringer med overspisingsproblematikk, og maten spilte en svært sentral rolle i livet deres. Hjelp til å håndtere og forstå utfordringer knyttet til hvilken betydning mat hadde i livet deres ble trukket frem som et savn i behandlingsforløpet, sammen med et større søkelys på overspising som en reell sykdomstilstand. Det manglende synet på pasientenes ulike behov påvirket deltakernes opplevelse av møte med helsevesenet. De tilhørende underkategoriene er valgt for å få fram beskrivelser tilknyttet dette.

5.1.1 Hver pasient har en unik vektreise: Behovet for individuell tilpasning

Mange av deltakerne fortalte at de skulle ønske de hadde flere individuelle samtaler med helsepersonell i behandlingsløpet, hvor de kunne få prate ut om hva de anså som sine problemer i forbindelse med vekt og mat. De uttrykte et behov for at helsepersonell var mer lydhøre og tok i betraktning at de var individer med ulike bakgrunner og utfordringer i sin vektreise. Dette var nødvendig for å trykke på de riktige knappene som gjaldt for akkurat dem. Flere trakk fram at de var fornøyde med gruppesamtalene, men samtidig at disse ofte ble for generelle og kunne omhandle aspekter som ikke kjentes relevante ut for dem selv. En informant beskrev det slik:

Det er så mange måter å bli stor på og så mange forskjellige grunner så når du sitter i en sånn gruppe så får du liksom ikke en gang tenkt at dette er relevant for deg. For at du har jo ikke spist gal mat, eller du har ikke spist for mye mat, noen har til og med spist for lite mat ... men så er det det at noen må sette seg ned med deg å se deg i øynene, det er det som rett og slett ... kan få deg til å snakke om det på forhånd da.

Noen kommenterte at terskelen for å dele kunne være høyere i gruppesamtaler versus en-til-en samtaler og at dette begrenset hvor aktive de var i plenumsdiskusjoner. Tiden strakk heller ikke til for at alle i gruppen fikk anledning til å prate. Noen erfarte at dette førte til at de som vanligvis ikke var de mest fremtredende i gruppediskusjoner, ofte ikke tok ordet.

De fleste deltakerne fortalte at de savnet å snakke med noen som hadde kunnskap om spiseforstyrrelse-problematikk og som stilte de riktige spørsmålene knyttet til deres utfordringer i forhold til mat. Selv om flere ønsket større involvering av psykolog under behandlingsforløpet, ble det trukket frem at det viktigste var å få prate med noen som visste hvilke spørsmål de skulle stille og at de var forberedt på å hjelpe med svarene. At noen hjalp en til å sette ord på hva man slet med i tiden før, ble trukket frem som positivt for å kunne håndtere tiden etter operasjonen bedre. En informant beskrev behovet for å prate om sine utfordringer før operasjonen slik:

De burde ha pratet med meg om maten på forhånd, da kunne jeg jo kanskje ha gjort noe med det før, slik at man har hodet på plass når man kom så langt etter operasjonen. For det er jo noe med det å tenke at det er et problem, til å faktisk snakke med noen som kan hjelpe deg med det. Hadde jeg klart å fikse det selv så hadde jeg jo gjort det for lengst ... da hadde jeg ikke ventet til jeg var over 40 år.

Et særlig ønske var mer fokus på å undersøke hva som var årsakene til overspisingen hos den enkelte og hva man kunne gjøre for å håndtere disse utfordringene, og spesielt etter operasjonen. En informant uttrykte hva den mangelfulle tematiseringen og oppfølgingen i forhold til dette kunne føre til på følgende måte: «Når man aldri får pratet om det med dem som er lærd selv (om spiseforstyrrelser), så ligger jo den ulven der og lurert ... etterpå også».

Tanker om at spiseforstyrrelser var isolert til de mest omtalte variantene som anoreksi og bulimi, hvor undervekt som oftest er fremtreden, gikk igjen hos flere av deltakerne. Økt kunnskap om overspising som sykdom og dermed som noe legitimt, og ikke noe som stammet fra latskap, var et viktig aspekt i flere av fortellingene om mat og vekt.

5.1.2 Vekthistorien: mat som glede og besettelse blir ikke borte over natten

Alle deltakerne fortalte om et overdrevent matinntak, og at de hadde vært ekstremt opphengt i mat helt siden ungdomstiden. For flere var mat hovedpoenget i hverdagen, og spilte en svært viktig rolle i livet. En informant beskrev hvordan besettelsen for mat utfoldet seg med følgende eksempel;

Jeg har jo tydeligvis alltid hatt veldig fokus på mat, mat, mat. For jeg leste jo alle sånne kundeaviser fra matbutikker. Så jeg husker en venninne av meg plutselig sa: «du er jo så opphengt i mat»... og den husker jeg rett og slett fordi da ble jeg litt sånn ... oi, du har et poeng

Flere fortalte også at de brukte mat som et verktøy til å få utløsning for eller regulere følelsene sine med. De fleste brukte mat som trøst i vanskelige eller stressende situasjoner. Mens noen fortalte at de spiste uansett om de var glade eller lei seg, og at det ikke var noen brems for inntaket. Mat som belønning gikk også igjen hos flere, hvor maten enten ble brukt for å kose seg med eller som premie for å ha gjennomført noe. For enkelte ble maten brukt som motivasjon. En informant beskrev hvordan mat ble brukt som en «gulrot» i det som ble oppfattet som ubehagelige situasjoner gjennom oppveksten. Mat fikk rollen som en vennlig partner som gav gode følelser av smak og metthet, uten å snakke ned til en.

De fleste beskrev en reise hvor overspising hadde fulgt dem gjennom livet. Alle deltakerne beskrev forholdet sitt til mat som vanskelig å kontrollere. Matinntaket var hos flere preget av tanker om at man visste man burde slutte å spise, men likevel fortsatte.

Et viktig budskap syntes å være at betydningen av mat fortsatt var den samme etter operasjonen, og flere uttrykte at de hadde hatt behov for hjelp til dette. Selv om magesekken ble operert mindre var fikseringen på mat lik, og flere uttalte seg om at problemet satt i tankene og følelsene. Som en av informantene uttrykte: «Det er jo i hodet vi skulle vært operert, det er jo der det sitter. Nytter jo ikke hvor liten magesekken blir om du likevel fortsetter å spise på samme måten som før».

Smaksløkene og minnene fra mat var like mye til stede etter operasjonen, selv om plassen var betydelig redusert. For noen var operasjonen fulgt av en tapsopplevelse knyttet til at man ikke kunne nyte måltider på samme måte eller bruke mat på samme måte som man hadde gjort tidligere.

5.2 Når operasjonen blir altoppslukende: En siste utvei ingenting får lov til å true

Alle deltakerne fortalte om en lang reise med gjentatte forsøk på vektnedgang hvor de hadde vært gjennom flere former for konservativ behandling bestående av trening og diettvarianter som alltid resulterte i vektoppgang igjen. Gjentatt jo-jo slanking som grunn til at de valgte å gjennomføre fedmeoperasjonen ble tydelig trukket frem, hvor de fleste beskrev det som den siste aktuelle løsningen for å gå ned i vekt. Flesteparten fortalte at de var veldig innstilt på å ta operasjonen da de deltok på startkurs, og at de ikke ville la noe risikere å ikke få gjennomføre den. Mange hadde ventet i flere år og var utålmodig for å få gjennomført operasjonen når den nærmet seg. En informant forklarte innstillingen mot operasjon på følgende måte: *«Når jeg gikk inn i det startkurset så hadde jeg jo allerede bestemt meg, fordi at jeg hadde jo allerede prøvd alle andre alternativer tidligere ... så da var jeg 100% bestemt på at jeg skulle ha operasjon».*

Diskusjoner om psykisk sykdom og aktiv spiseforstyrrelse ble opplevd som truende. Mange fryktet dette kunne ekskludere dem fra operasjon, eller at den ble utsatt. Det preget samtalene med helsepersonell. For en av informantene var operasjonen så avgjørende å gjennomføre at vedkommende utelot viktig informasjon om sin egen psykiske helse, dette kom frem i følgende sitat:

De var veldig på dette med psykisk sykdom, og jeg tror nok jeg kjente veldig på det for jeg kunne kjenne på at jeg av og til lurte på om jeg var syk i hodet ... jeg hadde jo lyst å ta livet av meg, jeg turte jo ikke å si det til noen for da var jeg jo psykisk syk, sant.

Samtlige deltakere sa at de var så fokusert på å få gjennomføre operasjonen at de ble svært opptatt av å svare «riktig» på spørsmål relatert til denne tematikken, og at de ville fremstå så frisk og stabil som mulig i samtaler med helsepersonell. Dette kom særlig frem i sammenheng med at operasjonen ble ansett av pasientene som å være den absolutt siste løsningen for vektnedgang. En informant illustrerte det på følgende måte: *«Det var liksom det siste store og det eneste jeg kunne tenke på at kunne noensinne hjelpe meg. Så hvis det var noe jeg hadde trodd at kunne true det så ville jeg jo lukket munnen veldig fort».*

Flere fortalte at de ønsket å passe inn i de riktige kategoriene og at de ikke ville svart ærlig på spørsmål knyttet til psykiske problemer dersom de var klar over at det kunne ekskludere dem fra operasjonen.

5.3 Kontraster: Fra å kjenne seg godt ivaretatt til å bli overlatt til seg selv

Tiden før og rett etter vektoperasjonen ble for mange opplevd som positiv, med erfaringer relatert til ivaretagelse og trygghet. Særlig praktiske forhold knyttet til operasjonen ble trukket frem som positive, sammen med erfaringer fra tidligere vektopererte pasienter. De fleste informantene uttrykte takknemlighet over tiden før og rett etter operasjonen, men dette endret seg også for mange i tiden og årene etter. Fra å ha følt seg i trygge hender i tiden før, satt mange igjen med følelser av å bli overlatt til seg selv i kjølvannet av operasjonen. Særlig etter de første årene hvor de største endringene fant sted, uttrykte samtlige et behov for lengre og mer innholdsrik oppfølging som inkluderte et større søkelys på helse og et mindre fokus på tallene på vekten. Mange opplevde et ensidig fokus på vekt, som igjen førte til negative konsekvenser for informantenes selvbilde og motivasjon for videre vektnedgang. De kommende underkategoriene har som formål å få fram kontrastene mellom tiden før og etter operasjonen og til hvilken grad dette preget informantenes opplevelse av behandlingstilbudet.

5.3.1 Godt ivaretatt rundt operasjonen

Flesteparten av informantene beskrev tiden før og rett etter operasjonen som god, hvor de følte seg godt ivaretatt. Informasjon som omhandlet hva de kunne spise før og etter inngrepet, samt hva de kunne forvente av komplikasjoner, bivirkninger og effekter operasjonen kunne ha på kroppen, var punkter som de fleste av deltakerne trakk fram som viktige og positive. Startkursene ble opplevd som nyttige og innholdsrike for de fleste, hvor informasjon om andre behandlingstilbud også ble diskutert.

Selv om flere syntes ventetiden før operasjonen var lang, var det også noen som syntes det var bra at man fikk tid til å tenke nøye over avgjørelsen og satt pris på at man var forberedt og klar over hva operasjonen innebar. Mange av deltakerne fortalte at de hadde stort utbytte av å høre erfaringer fra tidligere vektopererte pasienter og dette ble vektlagt som særlig nyttig. En av informantene uttrykte det på følgende måte:

De hadde folk som var operert som kom og snakket der, både de som var nylig operert og de som var operert for noen år siden, og noen som hadde vært på overvekts rehabilitering ... og de aller fleste av oss hadde veldig stor glede av å snakke med de som allerede var operert og hva de så på som problemer og som hadde blitt bra etterpå.

Flere beskrev tiden rett etter operasjonen som fin, hvor de opplevde å bli tatt godt vare på og følte seg trygge. For noen var møtene med helsepersonell på sykehuset og overvekts-poliklinikken svært betydningsfulle, hvor blant annet en informant uttrykte følgende: «*Jeg vil skryte av måten legene og sykepleierne har møtt meg, for det er vel det første stedet jeg har fått empati*». Andre trakk også frem positive erfaringer i møte med helsepersonell hvor de opplevde å bli møtt med en hjelpende hånd og forståelse.

De som hadde komplikasjoner tilknyttet operasjonen, erfarte å bli tatt på alvor når de uttrykte bekymringer og hadde spørsmål relatert til dette. Noen ble tatt inn til ekstra undersøkelser rett etter operasjonen, noe informantene erfarte som betryggende, og som en av dem illustrerte med følgende utsagn: «*Jeg følte jo jeg var i trygge hender for å si det sånn. Fordi de tok ikke noen sjanser*».

5.3.2 Overlatt til seg selv på sikt: Gamle og nye helseproblemer

Tiden utover de første årene etter operasjonen trakk samtlige deltakere frem som utfordrende. De første par årene etter operasjonen gikk mye av seg selv, hvor det i stor grad var fysisk umulig å overspise og man ble mett av svært små måltider.

De fleste fortalte altså at de første årene etter operasjonen var uten særlig vektutfordringer ettersom matinntaket var såpass begrenset, men at problemene relatert til overspising gjenoppstod gradvis. En av informantene uttrykte behovet for ytterligere oppfølging på følgende måte: «*Jeg skulle ønske at den oppfølgingen etterpå var mye lengre, for det første året går ting av seg selv. Det er etter 2 år at du virkelig, virkelig trenger hjelp*».

Med mindre man opplevde fysiske utfordringer relatert til komplikasjoner eller for høy vektnedgang, stod man i stor grad igjen på egne bein. Flere beskrev en følelse av å bli overlatt til seg selv i mangel på oppfølging knyttet til dette. Avviste forsøk på mer oppfølging utover hva som var inkludert i behandlingen går igjen hos flere av informantene.

Etter hvert kunne man presse matinntaket mer og mer, sammen med at magesekken begynte å utvide seg igjen, og til slutt kunne flere overspise på nesten tilsvarende måte som før operasjonen. Flere fortalte at de uttrykte et ønske om behandling eller rådgivning i forbindelse med matinntak og vektoppgang, hvor de fikk beskjed om at det var noe fastlege eller de selv måtte ta tak i. Dette resulterte i at mange følte seg avfeid og etterlatt til ingenting. Flere ble overrasket over hva oppfølgingen bestod av i etterkant og erfarte at den ikke møtte forventningene. En av informantene gav uttrykk for å føle seg avvist i et forsøk på å få hjelp på følgende vis:

*Det var først etter operasjonen når du kom på oppfølging at jeg følte meg veldig overlatt til meg selv. Hvis det ikke gikk slik det skulle, så var det noe jeg eller fastlegen min måtte ta tak i. Hva skulle man med oppfølging fra de om det ikke var noe de kunne ta tak i liksom?
Det syns jeg var veldig, veldig dårlig*

Flere beskrev oppfølgingen som ensom og forteller at de savnet et tilbud likt det de fikk før operasjonen. Et samlingspunkt hvor det var rom for å prate om utfordringer og stille spørsmål med både fagpersoner og pasienter i samme situasjon var et ønske hos flere. I mangel på dette var det en del som benyttet seg av ulike Facebook forum for vektopererte som støtteapparat, men understrekte at det var hjelp fra helsepersonell som var ettertraktet.

Samtlige etterlyste lengre oppfølging som omfavnet de senere årene, hvor de erfarte at utfordringene knyttet til vekt oppstod igjen.

5.3.3 Når vekt får mer fokus enn helse: Uheldige konsekvenser

Mange deltakere fortalte altså at de var skuffet over innholdet i oppfølgingen. Denne bestod som regel av måling og veiing, og flere uttrykte at de savnet prat og diskusjon rundt forholdet til mat. Flere kjente på et behov for å prate om matinntak, men beskrev å bli møtt med en vekt og et tall å forholde seg til. En informant betegnet oppfølgingen som ensidig hvor vekt fikk for stor plass:

Det var veiing og måling, de spurte litt om hvordan det gikk ... og egentlig ingenting mer enn det. Det var fortsatt ikke noe spesielt fokus på dette med overspising og at det fortsatt var et problem. Så lenge jeg gikk ned i vekt så var de fornøyd.

For noen ble det mer åpenbart i senere år at målet dreide seg i for stor grad om det å bli tynn, og ikke det å bli frisk. Råd om å bare spise riktig og bevege seg for at man skulle fortsette å gå ned i vekt, ble opplevd som lite effektive. Konkret hjelp til å prate om sine utfordringer knyttet til matinntak og vektoppgang etter operasjonen utgikk på bekostning av korte oppfølgingstimer med lite innhold av veiledning utover det fysiske (vekt, blodprøver). En annen informant uttrykte skuffelse over manglende rådgivning slik:

Du har brukt et år på å komme ned masse i vekt og du er fornøyd og du skal til oppfølging og gleder deg til å prate om det, så blir du veid og målt bare. Veie meg kan jeg jo gjøre hjemme, jeg visste jo på grammet hvor mye jeg hadde gått ned siden sist. Det var omtrent bare det de var opptatt av hvert år.

Mange av deltakerne erfarte at oppfølgingen kun dreide seg om hvor mange kilo man hadde gått ned og flere kjente på en form for mislykkethet når de ikke møtte sine egne- og helsepersonellens forventninger i forhold til vektnedgang. Noen beskrev følelsen av å kjenne at de var feil når de ikke møtte kravene, og fortalte at det påvirket motivasjonen for videre vektnedgang negativt. For noen påvirket det også matinntaket i en negativ retning hvor overspisingen kunne forverres. Flere fortalte om en ytterligere belastning og følelse av mislykkethet ved at de, til tross for å ha operert magesekken mindre, ikke lyktes i å gå ned i vekt. En informant illustrerte det med følgende utsagn:

Man kjenner på at man er mislykket i forhold til alle kravene og alt ... man skal ha en viss type BMI, man skal være i en ramme, og når man ikke passer inn i den rammen hele livet, og når man ikke mestrer det selv etter en operasjon.

Vekt ble altså, for flere, oppfattet som å være en avgjørende faktor for hvor suksessfull operasjonen hadde vært. Dette kunne i noen tilfeller overskygge de positive utfallene av operasjonen, som ikke var direkte relatert til tallet på vekten.

6.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil prosjektets forskningsspørsmål diskuteres i lys av studiens hovedfunn, samt tidligere forskning og sentrale teoretiske begrep. De aktuelle forskningsspørsmålene i denne oppgaven var følgende:

1) *Hvilke erfaringer har pasienter med overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk i møte med helsevesenet før overvektsoperasjon og på hvilke måter har de erfart at overspisingsproblematikken ble tatt i betraktning før operasjonen?*

2) *Hvilke erfaringer har pasienter med oppfølging etter overvektsoperasjon, og hvilke erfaringer har pasientene med at overspisingsproblematikken ble fulgt opp eller ei?*

Metode og metodologiske styrker og svakheter ved oppgaven vil diskuteres til slutt.

Oppsummert viser funnene i denne studien at alle informantene hadde en lang og kompleks vekthistorie, med gjentatte forsøk på vektnedgang ved hjelp av konservativ behandling. Mange opplevde behandlingstilbudet som generaliserende og etterlyste mer individuelle tilpasninger i behandling og oppfølging. Maten spilte en sentral rolle i livet deres, og det var et savn for å forstå og håndtere utfordringer knyttet til overspisingsproblematikk. De fleste hadde ventet i mange år på å få gjennomføre operasjonen og var svært bestemt på å få gjennomføre den når de først var kommet til dette punktet. Tiden før og rett etter operasjonen ble opplevd som positiv med erfaringer særlig relatert til ivaretagelse og trygghet. Etter de første årene opplevde derimot mange å føle seg overlatt til seg selv, hvor de erfarte et ensidig fokus på vekt. De utrykte et behov for lengre og mer innholdsrik oppfølging som fokuserte mer på den helhetlige helsen og ikke bare tallene på vekten. Kontraster mellom tiden før og etter operasjonen preget dermed informantenes opplevelse av behandlingstilbudet.

6.1 RESULTATDISKUSJON

I dette delkapitlet vil informantenes lange vektreise diskuteres, sett i lys av deres erfaringer og opplevelser gjennom tiden før, under og etter operasjonen. Jeg vil diskutere hvordan behandlingstilbudet før vektoperasjonen rustet informantene til tiden etterpå, og hvilke faktorer som ser ut til å spille en sentral rolle i dette. Jeg vil også drøfte betydningen av operasjonen for livene til informantene og hvordan deres oppfatning av vektreduserende kirurgi som den siste løsningen bidro til å påvirke deres opplevelse av behandlingstilbudet.

6.1.1 Den komplekse vektreisen: Betydning for utbytte av behandling

Informantene i dette prosjektet la særlig vekt på et ønske om å bli møtt med bakgrunn i egen vekthistorie. Spesielt ens utfordringer knyttet til mat og matvaner ble trukket frem som viktige aspekter for å forstå og håndtere tiden etter operasjonen, siden alle hadde en lang historie med spiseproblematikk relatert til overspising. Et ønske om individuelle samtaler med behandler, på spiseforstyrrelse-området før operasjonen, ble fremmet. Vekthistorien til den enkelte ble i liten grad inkludert i tiden før operasjonen, noe som hadde stor betydning for hvordan historien deres utfoldet seg videre etter operasjonen. Dyptgående vaner og praksiser relatert til mat og spising ble i det hele tatt ikke nøstet opp i eller utforsket i møte med helsevesenet før operasjonen, og betydningen av mat etter operasjonen forble den samme for de fleste. Det betydde at samtlige av informantene hadde utfordringer med å kontrollere matinntaket, uten særlig tilgang på ressurser for å håndtere disse problemene.

Det er også mulig at informantenes opplevelser i tiden før operasjonen til dels var farget av det sterke ønsket om å få gjennomføre operasjonen, ettersom dette var et så etterlengtet tiltak for vektreduksjon etter en lang historie med overvekt og gjentatte forsøk på å gå ned i vekt. Det antydes at enkelte underdrev sin overspisings-problematikk, mens andre kanskje ikke var helt klar over at de hadde et stort spiseproblem. Som tidligere studier har vist, så er det ofte at personer med overspisingslidelse ikke selv er klar over at det er en diagnose (19), noe funnene i denne studien altså også antyder.

Et fellestrekk i fortellingene til informantene var også at tiden før og rett etter operasjonen først og fremst ble erfart som positiv. Selv om flere uttrykte et ønske om mer individuelle samtaler på tidspunktet før operasjonen, fortalte informantene at de i hovedsak var fornøyd med informasjon som ble gitt, kursene de gjennomgikk i grupper og at de kjente seg ivaretatt rett etter operasjonen. Før operasjonen følte dessuten flere at de var en del av et felleskap hvor de kjente på støtte og tilhørighet hos både helsepersonell og andre pasienter. Det var først etter operasjonen at deltakerne erfarte at tilbudet ble særlig mangelfullt. Deltakerne gikk inn i prosessen mot vektreduserende kirurgi med et mål om og en forventning til endelig å gå varig ned i vekt. Når de da gikk fra å følge et tett opplegg med kurs, gruppesamtaler og et visst felleskap med andre pasienter før operasjonen, til å oppdage at de- ettersom tiden gikk- måtte stå på egne bein etter operasjonen, så var det en stor kontrast. Når årene gikk og matinntaket kunne økes i takt med at magesekken kunne utvide seg igjen, kom de gamle vanene tilbake.

I utredningsfasen før man gjennomgår vektoperasjonen, er det vanlig at man vektlegger hvilke konsekvenser som kan forekomme i den nære tiden etter operasjonen. Komplikasjoner, mulige utfall og særlig nødvendige endringer relatert til mengde mat, matfrekvens og spisemønster er viktige aspekter som inkluderes i informasjonen som forberedelser til livet etter operasjonen (2). De fleste informantene beskrev blant annet at disse delene ble gjennomgått på startkurs og i tiden før, men at de ikke alltid relaterte til dem. I tillegg så de det som helt nødvendig at dette ble inkludert ettersom det er så tett knyttet til selve inngrepet og de dramatiske konsekvensene av det med hensyn til en endret fordøyelse. På den ene siden ble operasjonen et slags «turning point» hvor en drastisk endring fant sted, som gjorde det fysisk umulig å fortsette med de samme vanene rett etter operasjonen. Samtidig viste det seg at denne barrieren, som var et resultat av den fysiologiske omkoblingen av tarmsystemet, forble relativt kortvarig for mange.

Det viktigste budskapet fra deltakerne i denne studien er altså et tydelig uttrykt behov for at vekthistorien og spiseproblematikk bør tas opp før operasjonen og følges opp etter operasjonen og over lang tid. Det handlet ikke om å bli møtt med negative holdninger med tanke på overvekten. Tvert om ble det altså fortalt om opplevelse av trygghet og ivaretagelse i møte med helsepersonell før operasjonen. Tidligere forskning har vist at mange forbinder overvekt med skam, og forestillinger om at en ikke har forsøkt hardt nok å gå ned i vekt, eller at overvekten stammer fra latskap (26).

I tidligere forskning har man også sett at overvektige pasienter har erfart møter med helsevesenet som negative, hvor opplevelser relatert til negative holdninger til overvektige mennesker og forskjellsbehandling har vært fremtredende (27, 28). Hos informantene i min studie kom det derimot altså tydelig frem at de følte de ble møtt med empati og forståelse hos helsepersonell i behandlingsforløpet. I motsetning til funnene hos blant annet Mold og Forbes (27), hvor helsepersonells holdninger ble trukket frem som negative, var de negative erfaringene hos deltakerne i denne studien i hovedsak relatert til at noen vesentlige behov ikke ble møtt før og etter vektoperasjonen, og ikke direkte knyttet til relasjoner med helsepersonell. Et viktig poeng er at studiene inkludert i oversiktsartiklene til Mold og Forbes (27), samt Puhl og Heuer (28) baserte seg på erfaringer hos overvektige pasienter i helsevesenet generelt, og ikke direkte til pasienter som var i prosessen mot en overvektsoperasjon, slik det er i denne studien.

Når man skal gjennom en operasjon for alvorlig overvekt, blir man som oftest pasient/bruker på en overvektspoliklinikk, hvor helsepersonell i hovedsak jobber med overvektige pasienter. At pasientene møter helsepersonell som er vant til å jobbe med denne problemstillingen og har mye mer kunnskap om dette enn helsepersonell i sin alminnelighet kan trolig bidra til større forståelse og empati i møte dem imellom.

Det som derimot kom til syne i mitt prosjekt, som også støttes av funnene i tidligere studier, er hvordan pasienters negative erfaringer i møte med helsevesenet i større grad har ført til en opplevelse av umøtte behov og en motvilje til å benytte seg av helsetjenester og engasjere seg i positive endringsprosesser (26, 27). Hos informantene i dette prosjektet, ble deler av oppfølgingen erfart som unødvendig ettersom de opplevde at oppfølgingen ikke var relevant mot det de faktisk ønsket oppfølging på og hjelp til. Umøtte behov i forhold til oppfølging av og hjelp til spiseproblematikk, slik det kommer frem i min studie, kan føre til at en kjenner seg overlatt til seg selv med noe man ikke er i stand til å håndtere. Dette kan igjen trolig bidra til redusert motivasjon til å inngå i positive endringsprosesser. utfordringer relatert til overspising gjenoppstod altså gradvis etter operasjonen og informantene erfarte at ønsker om råd og veiledning ble avfeid, noe som resulterte i at pasientene følte seg overlatt til seg selv. Funnene i min studie støtter tidligere forskning på temaet som har sett at pasienter har følt seg forlatt i oppfølging etter overvektsoperasjon (29).

I likhet med min studie, rapporterer andre studier om erfaringer relatert til for lite informasjon og rådgivning i etterkant av vektoperasjonen, som har ført til at pasienter føler seg rådvill og alene (29). Oppfølgingen, slik informantene opplevde det, var for kortvarig og lite innholdsrik, hvor mange etterlyste oppfølging utover vekt og blodprøver. Lignende funn er gjort i flere studier, hvor det er vist at pasienter operert for overvekt har erfart en for ensidig oppfølging med manglende fokus på kosthold, samt psykisk og motiverende støtte (30). Lignende funn ses også i Natvik og medarbeideres studie (45) og Groven og Glenn (46), hvor man så at pasienter operert for alvorlig overvekt kjente seg mislykket og skamfull når de ikke gikk ned «nok» antall kilo i vekt eller dersom de gikk opp igjen etter vekt nedgang. Flere av informantene i min studie erfarte at tallene på vekten fikk et for stort fokus, og at helseaspektet ved det hele ikke fikk like stor plass.

Studier viser videre at mange går opp igjen i vekt ettersom årene går etter en fedmeoperasjon (47). Dette peker på at spiseproblematikk fortsatt synes å være vesentlig å følge opp. Dette finner for eksempel støtte i studien til Conceicao, Utzinger og Pisetsky (33), som handler om spiseforstyrrelser hos pasienter før og etter overvektsoperasjon. Forskerne peker særlig på hvordan spiseforstyrrelser, og spesielt overspisingslidelse kan påvirke utfallet og effekten av vektoperasjonen. I tillegg understreker de hvordan systematisk kartlegging for å identifisere spiseforstyrrelser, sammen med tilpasset intervensjon hos dem som opprettholder eller utvikler nye spiseforstyrrelser i etterkant, kan gi bedre resultater på langsikt.

Kvalitative studier har også belyst spiseproblematikk på lang sikt etter fedmeoperasjon, hvor man blant annet har sett at selv om en oppnår varig vekt nedgang, så kan mat og matvaner være et vedvarende problem over mange år (48). Natvik, Gjengedal og Råheim, som undersøkte erfaringer hos pasienter operert for alvorlig overvekt fem år etter operasjonen, fant blant annet at det å oppnå og opprettholde selvkontroll og sunne valg var en kontinuerlig utfordring. Tidligere spisevaner hadde stor betydning for pasientene, noe som ble utfordrende å legge i fra seg på sikt etter operasjonen (45). Dette kommer tydelig fram i fortellingene til informantene i min studie også. I Natvik og medarbeideres studie kommer det ikke frem om noen av deltakerne hadde en overspisingslidelse, men utfordringene knyttet til spising og særlig vaner før operasjonen ble erfart som tilbakevendende og vanskelig å håndtere. Sett i lys av disse funnene, er det mulig deltakerne i mitt prosjekt stod overfor enda større utfordringer knyttet til tidligere spisevaner og opplevd selvkontroll, ettersom de hadde en lang historie med overspisingsproblematikk i bunn. Likevel må det tas høyde for at personene i Natvik og medarbeideres studie også kan ha hatt overspisingsproblematikk i sterkere eller mindre grad.

I diskusjonen av betydningen av det vanemessige vil jeg kort trekke inn en fenomenologisk forståelse. Vaner og praksiser er «embodied» og «enworlded», sier Havi Carel (49). Det vil si, vi gjør oss erfaringer og utvikler vaner i samspill med andre mennesker, sosiale praksiser og normer i omgivelsene. Vaner er med andre ord tilpasset omgivelsene, fyller ulike behov, de kroppsliggjøres og med det «automatiseres». Det tatt for gitt i det vanemessige er nettopp knyttet til dette. Det som er tatt for gitt i reaksjons- og handlemåter kan være vanskelig å få tak i og forstå, og ikke minst endre.

Natvik og medarbeidere trekker også på en fenomenologisk forståelse når de sier at vaner ikke eksisterer i sinnet eller i den objektive kroppen, men i den levde kroppen (49).

De fortsetter med å understreke at kroppen vår ikke bare er et fysisk tilstedeværende objekt, men også et inkarnert subjekt som har tatt inn i seg erfaringer og vaner fra det levde livet, og på et pre-refleksivt nivå (49). I boken, «Illness: The Cry of the Flesh», skriver Havi Carel⁴ blant annet om endringer i livet etter hun ble alvorlig syk og hvordan dette påvirket hverdagen (49). Hun kunne ikke lengre leve på samme måte som før hun ble syk, og måtte gå fra å leve et aktivt liv hvor fysisk anstrengelse var en sentral del av hverdagen, til å måtte begrense seg som et resultat av sykdommen. Hun illustrerer hvordan kroppen konstant ble utfordret, basert på tidligere erfaringer og vaner fra livet hun hadde levd. Carel skriver; “*My body had adjusted, its habits now largely transformed by its newly limitations. But my mind still aches in its desire for freedom, for joyful movement, for physical abandon*” (49, s.44). Hun opplevde en splittelse mellom vanekroppen slik hun kjente den før sykdommen var en realitet, og en «ny» kropp med økende funksjonsnedsettelse, mellom selvet og egenkroppen. Hennes handlingsradius ble mer og mer begrenset. Merleau-Ponty peker nettopp på at “*the body comprises two distinct layers, that of the habitual body and that of the actual body*”, som altså kan være i harmoni eller som kan være i konflikt med hverandre, i en slags erfart splittelse mellom handlingskapasitet før og etter (50, s.84).

Carels fysisk tilstedeværende kropp var altså endret, og nye vaner ble til basert på begrensninger knyttet til dette. Likevel lengtet hun etter å gjøre mye av det samme som hun hadde gjort tidligere, noe som peker på tvetydigheten ved kroppen, altså både det å være og å ha en kropp. Carel trekker på Merleau-Ponty når hun peker på at i den fenomenologiske kroppsforståelsen er egenkroppen vår primære erfaringskilde. Egenkroppen er det ufravikelige perspektivet vi erfarer, oppfatter, samhandler ut fra og fra hvor vi befinner oss (49). I likhet med Natvik og medarbeideres studie (45), var utfordringer relatert til det vanemessige forholdet til mat, også til stede i deltakernes fortellinger i min studie. Med kroppsfenomenologien i bunn legges det en grunn for å forstå hvor dypt forankret det vanemessige er, og at det er en krevende prosess å endre vaner, som for eksempel spisevaner og forholdet til mat.

⁴ Carel er filosof og fenomenolog, og har en kronisk progredierende sykdom.

Natvik, Gjengedal, Moltu og Råheim (51) utforsket betydninger knyttet til spising på lang sikt, sammen med hvilke forandringer og kroppslige opplevelser som ble uttrykt hos personer minst fem år etter de hadde gjennomgått overvektsoperasjon. Her så man at det å endre spisevaner kunne være avgjørende for å lykkes med å opprettholde vekttap etter operasjonen, men at spising var en embodied vane som fortsatte å være noe tvetydig og sensitivt etter operasjonen. Forfatterne baserer også her sin videre tolkning på en fenomenologisk forståelse, noe valget av uttrykket «re-embodiment eating» i tittelen på artikkel også antyder.

Spisevaner er et komplekst resultat av pasientenes historie og livssituasjon, vanene er altså embodied og «levd» i deres livsverden. Selv om pasientene blir tvunget av fysiologiske begrensninger til å endre spisevaner i starten, er gamle praksiser og vaner så innøvd og «automatisert» basert på tidligere livserfaringer at det å endre dem kan bli for krevende på lang sikt. Når man blir til dels «påtvunget» nye vaner, som hos pasienter som opereres for overvekt, kan det oppstå en fornyet embodied bevissthet. Spising vil automatisk innebære å innta og praktisere nye spisevaner på bakgrunn av begrensningene som følge av operasjonen. Som vist i studien til Natvik, Gjengedal, Moltu og Råheim (51), involverte dette varige, kroppslige og emosjonelle erfaringer som ble en refleksjon av tidligere og nåværende spisevaner. Noen lykkes med å etablere nye og varige vaner, andre gjør ikke nødvendigvis det. Prosessen der nye vaner ble etablert hos deltakerne i Natvik og medarbeideres studie var karakterisert av å «koble seg til» kroppen på ny, både i bevissthet og handling. Det å innøve nye vaner betydde altså å «re-embodiment» dem. Endrede spisevaner ble et resultat av en lang vekthistorie i kombinasjon med operasjonen, som igjen resulterte i en ny og personlig måte å spise på. Forfatterne peker også på at utforskning av hvilken betydning mat og spising har for pasienter, og anerkjenne sosiokulturelle faktorer som kan spille en rolle, kan være nødvendig for å lykkes i og støtte endring på lang sikt (51).

Natvik, Råheim og Sviland (48) belyser videre en vekthistorie 40 år etter operasjon for alvorlig overvekt, hvor personen erfarte gjennomføringen av operasjonen som livreddende, men likevel ikke tilfredsstillende i forbindelse med utfordringene knyttet til mat og spising. Til tross for at operasjonen bidro til varig vektnedgang, påvirket den ikke appetitt eller lengsel etter mat på lang sikt, og opplevelse av et utfordrende forhold til mat og spisevaner var et gjennomgående tema i fortellingen. Deltakerne i min studie hadde ikke gått gjennom en «re-embodiment eating» prosess, som beskrevet i en av disse studiene.

Vanene ble ikke utforsket og utfordret på et individuelt plan, og det ville være urimelig å anta at de skulle endret seg «kun» ved at en fysiologisk endring i et organ fant sted. Flere av deltakerne uttrykte at utfordringene med mat og matvaner satt i tanker og følelser, og de reflekterte over at det var tankene eller hodet som skulle vært operert fremfor magesekken, for at utfordringene skulle håndteres. Overvekt og spiseproblematikk hadde fulgt samtlige av informantene siden tidlig alder, og for de fleste hadde mat en betydning som både glede og besettelse, og ikke minst manifestert i vanemessige reaksjoner og spisevaner, som naturlig nok ikke gikk bort uten videre. Ved å ta hensyn til og følge opp pasientenes vekthistorie, inkludert om vaner som har etablert seg gjennom mange år og hvordan de manifesterte seg på lengre sikt etter operasjonen, kunne man ha fått detaljert innsikt i deres verden slik de legemliggjør den (52). Å endre vaner er et langvarig arbeid, som handler om å kjenne etter og erkjenne og jobbe over lang tid med endring. For å få det til, er det viktig med kyndig hjelp fra helsepersonell.

Jeg vil også trekke inn Antonovskys teori om opplevelse av mening og sammenheng (Sense of Coherence, SOC) og de tre dimensjonene denne består av i den videre utdypningen av situasjonen deltakerne syntes å befinne seg i nå, lenge etter operasjonen. Først og fremst vil jeg fremheve dette med at de kjente seg overlatt til seg selv med spiseproblematikk de ikke hadde fått hjelp til. Jeg har allerede antydnet at en mer omfattende og individuelt tilpasset utredning og behandling som inkluderte informantenes vekthistorie særlig knyttet til spiseproblematikk og overspising, kunne ha gitt deltakerne en større opplevelse av forståelse og sammenheng i tilværelsen de befant seg i. Jeg vil diskutere dette ut fra dimensjonene begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet som SOC består av (37). I følge Antonovsky så vil altså en persons SOC kunne være en ressurs som kan hjelpe en å håndtere utfordringer (38). Ifølge ham har man videre høy grad av begripelighet dersom stimuli fra omverden kan plasseres i en sammenheng og er forutsigbar, hvor det er mulig å forstå hva som foregår. Begripelighet handler slik sett om forventning til om man tror man kan påvirke situasjonen en er i og nye situasjoner. Meningsfullhet handler på sin side om hvordan en anser en situasjon som logisk og forutsigbar, mens håndterbarhet forteller noe om hvilke forventninger man har til om det som kreves av en i gitte situasjoner er overkommelig (37).

Det var først når informantene opplevde utfordringer relatert til matvaner, spiseproblematikk og vektoppgang i oppfølgingsperioden, at de opplevde behandlingen som utilstrekkelig. Hullene i behandlingen i tiden før operasjonen relatert til individuelle tilpasninger i sammenheng med ens egen vekthistorie viste seg igjen i årene etter operasjonen. De etablerte matvanene kom til syne igjen når de første årene hvor matinntaket begrenset seg selv var gått. Flere av informantene i denne studien uttrykte et ønske om økt kunnskap relatert til overspising og overvekt som en sykdom. Deltakernes erfaringer knyttet til utfordringer med spising i lang tid etter operasjonen, indikerer at de ikke har en forventning om at de kan påvirke eller endre dette der de er nå, noe som kan knyttes til begripelighet. De er klar over at problemet er der, men hvordan de kan bidra til å endre dette, ser ut til å være mer uklart.

En forståelse av overspising som en legitim diagnose, og ikke en selvforskyldt tilstand forankret i latskap kunne ha virket positivt på pasientenes følelse av meningsfullhet. Deltakerne har på et visst plan forstått at spiseproblematikken er det som må tas tak i, samtidig har de ikke begrepet hva som må til for å få til en endring. Noe som trolig kan knyttes tilbake til at de ikke har fullstendig klart for seg hva dette handler om, og at det kan være relatert til spiseforstyrrelse-problematikk fremfor motivasjon og mangel på vellykkede forsøk på vektnedgang. Slik sett griper dette inn i deres opplevelse av meningsfullhet. At spiseproblematikken består og vil fortsette videre, ser ut til å være forutsigbart for dem og de er klar over at dette ikke løses av operasjonen i seg selv. Om tematikken vedrørende problematisk spiseatferd hadde blitt inkludert i behandlingstilbudet, kunne det gitt deltakerne en mer logisk forklaring på situasjonen eller noe de kunne relatert til i større grad i forhold til hvorfor de hadde slitt med utfordringer knyttet til mat og vekt over så lang tid gjennom livet. Dette kunne altså ha gitt informantene en økt forståelse av sin egen situasjon, hva spiseforstyrrelsesproblematikken hadde rot i og som igjen kunne ha bidratt til en følelse av mening og verdi.

I tillegg ville trolig oppfølging på dette feltet kunne ha gitt dem en sterkere grad av håndterbarhet. Som pasientene selv beskrev i dette prosjektet, ville det at noen hadde hjulpet dem med å sette ord på hva man slet med før operasjonen, ha bidratt til å håndtere tiden etter operasjonen bedre. I behandling for spiseforstyrrelser inngår det dessuten bevisstgjøring på mange plan, og aktivt arbeid med endring av atferd/vaner, altså langvarig arbeid med nye mestringsstrategier. Dette hadde ikke deltakerne i min studie hatt mulighet til å jobbe med.

Selv om de uttrykte at de var bevisste på at utfordringer knyttet til spising og mat var et vedvarende problem, også etter operasjonen, kan man stille spørsmål ved hvilke muligheter og forventninger informantene hadde til å håndtere denne problematikken. I følge Antonovsky vil graden av håndterbarhet styrkes ved at en har en forventning om at en har de ressursene det kreves av en for å takle utfordringer. Hos informantene i denne studien var det tydelig at håndterbarhet stod relativt svakt i forhold til problemer med mat og spising. Noe som på sin side ikke er overraskende ettersom den lange og komplekse historien relatert til vekt og spiseproblematikk ikke ble tatt tak i før operasjonen. Uten de riktige verktøyene eller støtteapparatet i helsevesenet til å håndtere det, oppstod dermed både gamle og nye problemer og resulterte i at de følte seg overlatt til seg selv. En aktiv styrking av SOC hos pasientene kunne altså ha gjort dem mer ressurssterke og motstandsdyktige, både med tanke på hvilke muligheter de faktisk hadde for å håndtere utfordringene etter operasjonen, men også i forhold til hvilke forventninger de hadde til å lykkes (37).

6.1.2 Tilbakeholdenhet, ønsker og forventninger: Et paradoks

For alle informantene i denne studien ble vektoperasjonen oppfattet som svært betydningsfull for livet deres videre. Alle deltakerne beskrev operasjonen som den siste løsningen og den eneste gjenstående muligheten for å skulle lykkes i å gå ned i vekt, etter gjentatte forsøk gjennom livet. Samtlige deltakere utrykte at de var fast bestemt på at de skulle gjennomføre operasjonen da de satt i gang med prosessen på overvektspoliklinikken. I forbindelse med at vektoperasjonen ble oppfattet som så avgjørende og betydningsfull for informantene, var det viktig for dem at ingenting skulle få risikere at de ikke fikk gjennomføre den. Med andre ord var det mye som stod på spill for deltakerne i denne situasjonen. Informantenes innstilling til operasjonen som siste utvei formet og påvirket behandlingstilbudet slik deltakerne opplevde det.

Ifølge nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av fedme, skal pasienter som vurderes for overvektskirurgi blant annet også vurderes for alvorlige psykiske lidelser og misbruksproblematikk, basert på at disse forholdene kan påvirke utfallet og oppfølgingen av behandlingen (2). Av de poliklinikkene jeg var i dialog med i forbindelse med rutiner og eventuelle retningslinjer de forholdt seg til i utredning og behandling, var det tydelig på at de forsøkte å kartlegge psykiske lidelser som blant annet spiseforstyrrelser. Dette var i hovedsak i form av spørreskjema, men noen av dem jeg var i kontakt med benyttet seg også av individuelle samtaler med psykolog. Det var altså ulike praksiser hos de poliklinikkene jeg snakket med, men med mange fellestrekk. Ved mistanke om aktive spiseforstyrrelser, tilstrebes det ved klinikkene å henvise dem videre til DPS for ytterligere behandling.

At man kan ikke skal ha en aktiv spiseforstyrrelse, eller alvorlige psykiske lidelser, er noe pasientene i dette prosjektet var klar over før de startet prosessen mot operasjonen. Dette førte til at diskusjoner om psykisk sykdom og spiseforstyrrelser ble opplevd som truende og resulterte i en frykt for å være ærlig om sine utfordringer relatert til både overspising og andre psykiske plager. Mange ble selektive i svar på spørsmål relatert til dette temaet og svarte det de anså og forstod som «riktig» eller gunstig for seg selv. Til tross for at ønsket om utredning av og hjelp til overspisingsproblematikk kom tydelig frem i fortellingene til informantene, oppstår det her et paradoks, hvor de altså valgte å holde tilbake informasjon om denne problematikken.

Disse funnene antydes også i annen forskning, hvor man har sett at spiseforstyrrelser og problematisk spiseatferd er underrapportert av pasientene, som igjen kan skyldes frykt for å ikke få gjennomføre operasjonen (24).

Basert på kontakten som ble etablert med noen av poliklinikkene i landet, kan helsepersonell ha problemer med å avdekke utfordringer knyttet til spiseforstyrrelser, blant annet fordi tiden mellom kliniker og pasient er begrenset. I tillegg er det et manglende tilbud å henvise pasientene til med tanke på behandling. Dette er trolig tett knyttet opp mot at de diagnostiske kriteriene som inkluderer overspisingslidelse som en egen diagnose ikke benyttes på lik linje som diagnosene anoreksi og bulimi, og dermed er det ikke etablert et tilstrekkelig behandlingstilbud heller. Samtidig kom det frem at fokus på problematisk spiseatferd var blitt en mer sentral del av behandlingsopplegget de siste årene hos flere av overvektsklinikkene jeg fikk kontakt med. Noen hadde også startet egne arbeidsgrupper og prosjekter som var direkte knyttet til å bedre utredning for og behandling av overspisingslidelse hos denne pasientgruppen. Det tyder på at det har skjedd en positiv utvikling de siste årene, og siden informantene i dette prosjektet ble operert. For de fleste deltakerne i dette prosjektet, var det gått lang tid siden operasjonen ble gjennomført. Behandlingsopplegget slik poliklinikkene beskriver det i dag er dermed ikke nødvendigvis representativt for hvordan tilbudet så ut da informantene i dette prosjektet gjennomførte operasjonen. Ettersom overspisingslidelse er den vanligste psykiske lidelsen hos pasienter som opereres for overvekt (33), kan det anses som en viktig og nødvendig endring at dette tas mer hensyn til i behandlingstilbudet for denne pasientgruppen.

Samtidig er det et viktig poeng at vi i Norge, ikke bruker den diagnostiske manualen som inkluderer overspisingslidelse som en egen diagnose. For hva gjør man dersom man avdekker denne problematikken under utredning og behandling på poliklinikkene og i prosessen mot overvektskirurgi? Vi har ikke et veletablert behandlingstilbud til pasienter som oppfyller kriteriene til overspisingslidelse slik de er beskrevet i ICD-11 eller DSM-5 (53). Skulle man bli ekskludert fra operasjon på bakgrunn av denne spiseproblematikken, risikerer man som pasient å stå igjen uten noe som helst tilbud. Selv om en skulle blitt utredet og fått diagnosen, er det nødvendigvis ikke et behandlingstilbud som venter på en, grunnet uakseptable lange ventetider eller manglende tilbud nært seg.

Gjennomfører man derimot en vektoperasjon uten at overspisingsproblematikken avdekkes, kan man på sin side bli værende i en ond spiral. Med andre ord, vil et utilstrekkelig tilbud om behandling for nettopp spiseproblematikk gjøre at utfordringene består, slik erfaringene fra informantene i denne studien antyder.

6.2 METODEDISKUSJON

Dette delkapittelet vil beskrive metodiske styrker og svakheter ved prosjektet, som blir knyttet til studiens troverdighet og overføringsverdi. Del av dette er også forskerrefleksivitet, som jeg tar opp som et eget punkt.

6.2.1 Intern validitet- troverdighet

Først vil jeg stille spørsmål til den interne validiteten/troverdigheten til prosjektet, som er en forutsetning å svare positivt på, for at diskusjonen om overførbarhet skal ha relevans (40).

I all forskning bør man stille spørsmål ved problemstillingens relevans og om metoden som er benyttet som kilde til å få svar representerer en logisk vei til kunnskap som belyser problemstillingen vår (40). Problemstillingene i denne studien er basert i å utfylle det nåværende kunnskapsgrunnlaget på feltet, som er begrenset. Forskning på erfaringer med helsetjenester og helsepersonell hos pasienter som er operert for overvekt og som har historie med overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk er mangelfull. Målet med dette prosjektet var altså å bidra med økt kunnskap på temaet, som på sin side kunne bidra til bedre helsetjenester for denne pasientgruppen. Som jeg allerede har understreket, med ønske om å utdype erfaringer, var det relevant å velge en kvalitativ tilnærming. Som nevnt var det i utgangspunktet ønskelig å gjennomføre fokusgruppeintervju i dette prosjektet, hvor blant annet gruppedynamikk og følelse av tilhørighet (det å være i samme båt) kunne ha bidratt positivt. Likevel anses det ikke som en svakhet at det endte opp med individuelle intervju, ettersom dette i stor grad førte til innholdsrike og omfattende fortellinger fra hver enkelt deltaker. Det kan likevel være slik at nyanser kunne kommet bedre frem ved gruppeintervju.

Hvordan ble intervjuguiden utviklet, og hvordan fungerte den? Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen og diskusjoner med veileder som kjenner forskningsfeltet. Den opplevdes som en styrke under intervjuene. Spørsmålene dekket i hovedsak temaene som var vurdert som viktigst å gjennomgå for å belyse prosjektets problemstilling, og den inkluderte vekthistorien til den enkelte som en viktig kontekst å ha med. Det ble imidlertid også gjort justeringer på intervjuguiden underveis, som var viktig. Dette er beskrevet ytterligere i tidligere kapittel. Videre er det viktig å spørre om det er et rikt forskningsmateriale som ble generert med tanke på å svare på problemstillingene. Dette henger ikke bare på intervjuguiden og justering av den, men også hvordan datainnsamling foregikk. Her er kommunikasjonen mellom meg som forsker og intervjuobjektene sentral.

Selv om jeg som intervjuer forsøkte å forholde meg så åpen som mulig, for ikke å hindre interessante og spontane temaer å komme til overflaten, kan likevel det faktum at jeg hadde lite erfaring på området, ha ført til ledende spørsmål underveis. Ettersom man hadde bestemte temaer man skulle gjennom, kunne det til tider være utfordrende å lede deltakere tilbake på sporet dersom de kom litt utenfor, og det kan igjen ha påvirket svarene de kom med. Samtidig var dette noe jeg ble stadig utfordret på, noe som gjorde meg bevisst i forsøk på å la dem prate så fritt som mulig og uten føringer fra meg. Ut ifra det informantene gav av informasjon gjennom fortellinger, opplevdes det som at viktig tematikk i stor grad ble belyst og dekket.

I forbindelse med troverdighet kan man også trekke inn begrepet metning; som i den kvalitative metodelitteraturen ofte har vært brukt som et universelt kriterium for å avgrense utvalget (40). Metningsbegrepet innebærer en forestilling om at det finnes en endelig og overskuelig mengde fakta eller kunnskap om erfaringer som man skal innhente for å beskrive et aktuelt tema i sin helhet. Dette strider derimot, imot det fortolkende paradigmet som har vært nevnt i tidligere kapittel, og som de kvalitative metodene hviler på, hvor kunnskap i sin natur er delvis, midlertidig og avhengig av perspektiv. Forskerens situering har også betydning (40). I følge Malterud er det viktigere å etablere et utvalg med god informasjonsstyrke enn å bestemme omfanget i forhold til et bestemt antall. I forbindelse med kvalitativ forskning som i dette prosjektet, handler altså metning om å samle inn tilstrekkelig informasjon til å besvare forskningsspørsmålet og til å forstå fenomenet som undersøkes (40). I denne studien har jeg fått frem noen rike fortellinger om vektreiser, møter med helsevesenet og hva deltakerne sliter med og ikke blir fulgt opp på, flere år etter operasjonen for overvekt. Dette er ikke hele bildet, men et bidrag av betydning.

Det kan ha vært en svakhet at de fleste intervjuene ble gjennomført digitalt, selv om jeg som forsker opplevde at dette fungerte godt. Intervjuformen kan ha påvirket relasjonen mellom forsker og informant, hvor fysiske intervju kunne ha gitt en større trygghet og nærhet til temaene. Samtidig kan digitale intervju være positive i den grad at man kan føle seg mer komfortabel, ved at deltakerne får større kontroll over omgivelsene rundt seg. Distansen man får ved videointervju kan også være positiv og føre til at en kan dele erfaringer som muligens hadde føltes for nært og personlig å dele ved fysiske intervju. I tillegg åpner digitale intervju opp for større muligheter og reduserer begrensninger i form av avstand og ressursbruk. I dette prosjektet var digitale intervjuer avgjørende for å kunne gjennomføre studien. For å minimere risikoen for tekniske utfordringer kan det imidlertid være hensiktsmessig å sikte etter fysiske intervjuer i en eventuell ny studie.

Videre er det viktig at analysestrategi passer overens med det datamaterialet en har og til den overordnede tilnærmingen i prosjektet. I dette prosjektet ble altså systematisk tekstkondensering benyttet som analysemetode. STK er en deskriptiv tilnærming som presenterer informantenes erfaringer slik de selv uttrykker dem, fremfor at en utforsker mulige underliggende meninger av hva som blir fortalt (54). I følge Malterud kan man ved denne analysemetoden, ha et begrenset antall deltakere og likevel få tilstrekkelig mengde data for analyse (40). Ut fra omfang av datamaterialet i denne studien (et relativt begrenset datamateriale fra et begrenset antall informanter) og dets karakter (kvalitative intervjuer om erfaringer med helsevesenet- lydopptak og transkripsjoner- som er rike nok til å gi svar på problemstillingene) var det hensiktsmessig å benytte STK som analysemetode. Ved å bruke STK fikk jeg et verktøy som sørget for systematikk, grundighet og oversikt. Denne analysemetoden ble også valgt på bakgrunn av at den er godt egnet for nybegynnere i kvalitativ forskning, basert på at den har nettopp en stegvis og systematisk fremgangsmåte (40).

Videre kan man stille spørsmål om analyseprosessen tilførte tilstrekkelig grad av kreativitet, slik analyse av kvalitative data også er forbundet med. Her er det et sentralt poeng at dette var første gang jeg benyttet meg av denne metoden, noe som kan ha påvirket kvaliteten på analysen. Prosessen ble erfart som omfattende og krevende, men den gav også god innsikt i datamaterialet slik at jeg ble godt kjent med det. Jeg gikk mange runder med datamaterialet hvor jeg bevegde meg på tvers av analysetrinnene, og diskuterte stegene i analyseprosessen med veileder underveis. Dette kan bidra til å styrke troverdigheten av analysen.

Til slutt er det relevant å spørre om presentasjonen av funn rettferdiggjøres i forhold til hva datamaterialet angir, hva analysen har bidratt med av vesentlige funn og sammenhengen de inngår i. Med utgangspunkt i en omfattende analyseprosess hvor man vekslet mellom hel- og delforståelse, i tillegg til veiledning og diskusjon med veileder, vil jeg argumentere for at de valgte hovedtemaene og undertemaene i presentasjonen av funn er dekkende i forhold til forskningsspørsmålene i dette prosjektet.

6.2.2 Forskerens refleksive prosess gjennom prosjektet

Refleksivitet handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen (42). Som jeg nevnte innledningsvis under metodekapittelet, vil man aldri være uten forutsetninger når man går inn i et prosjekt som dette, slik for eksempel den hermeneutiske tenkningen minner oss på (41). I følge Malterud er refleksivitet en aktiv holdning eller en posisjon som forskeren må oppsøke og vedlikeholde (40). Det handler altså om at en som forsker må utfordre de forestillingene, forventningene og mulige fordommer en har til hva en tror en kommer til å finne underveis i forskningsprosjektet.

I forbindelse med denne studien har jeg som masterstudent inntatt rollen som forsker, men jeg går likevel inn med en forforståelse basert på min tidligere utdanning og livserfaring, som det endelige prosjektet vil være farget av (39). Både valg av tema, forskningsspørsmål og forventninger til prosjektet har blitt påvirket av ryggsekken jeg som forsker har tatt med meg inn i studien. Samtidig har jeg lite erfaring med den aktuelle pasientgruppen og behandlingen, noe som har vært positivt i den betydning at det har vært noe enklere å forsøke å være åpen og nysgjerrig i prosjektets ulike faser enn om jeg hadde mye erfaring fra feltet. Likevel har jeg bakgrunn innen ernæring og har kunnskap om overvekt og fedme, noe som sannsynligvis vil ha påvirket mine forventninger til prosjektet. Særlig basert på tidligere forskning på temaet, var det lett for å danne seg noen forventninger og forestillinger om hva jeg kom til å finne. Jeg hadde forventninger til at deltakerne i mitt prosjekt ville ha lignende negative erfaringer i møte med helsevesenet, som sett i tidligere forskning. Negative og fordomsfulle holdninger mot overvektige pasienter, var en av forestillingene jeg satt med før prosjektstart. Jeg hadde også en forventning om at overspisingsproblematikk fikk lite fokus i behandlingstilbudet, basert på manglende tilbud knyttet til henvisning og behandling av dette.

Rekrutteringsprosessen, hvor jeg blant annet var i dialog med flere instanser i helsevesenet, bidro også til at jeg dannet meg noen forventninger om hva jeg kom til finne. Manglende rekruttering av deltakere via helsevesenet gjorde at jeg dannet meg noen tanker om hvorfor dette var vanskelig, og om det kunne stamme fra manglende utredning av temaer som omhandlet problematisk spiseatferd.

Samtidig finnes det lite forskning relatert til erfaringer hos overvektsopererte pasienter med overspingsproblematikk i møte med helsevesenet. For at forskningsprosessen skal bringe frem noe annet enn det jeg på forhånd vet, eller tror, er det nødvendig med et åpent sinn med plass for tvil og uventede konklusjoner (40). Dette ble også utfordret underveis i prosjektet, og etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Jeg forsøkte altså å være åpen for at uventede temaer kunne komme opp, og det gjorde det. De fleste informantene hadde positive erfaringer med helsevesenet som bar preg av empati og forståelse, noe jeg ikke hadde sett for meg. Noen deltakere fortalte sterke historier om hva operasjonen betydde for dem, og at det bokstavelig talt handlet om liv og død. For noen hadde spørsmål om spiseproblematikk til en viss grad blitt inkludert i utredning, selv om vedkommende nødvendigvis ikke var helt ærlig i spørsmål relatert til dette. De aller fleste deltakerne angret ikke på operasjonen, noe jeg også til dels ble overrasket over. Basert på fortellingene om konsekvensene av operasjonen, kunne jeg tenke at dette var noe de angret på, noe de færreste gjorde. Dette bidro blant annet til ytterligere bevisstgjøring av egen rolle og ansvar, blant annet i tolkningen av hva deltakerne fortalte. Jeg ble enda nøyere med å validere min oppfatning av hva som ble fortalt der og da i intervjuene, og ikke «hoppe» til konklusjoner raskt i analysene. Refleksivitet innebærer at en erkjenner og overveier betydningen av ens eget ståsted og rolle i forskningsprosessen (40). Jeg opplevde altså at det å reflektere over egen rolle ble mer «naturlig» etter hvert som jeg fikk mer innblikk i deltakernes erfaringer.

6.2.3 Ekstern validitet: Overførbarhet

I følge Malterud er ingen kunnskap allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål. Forskeren må overveie validiteten til studiens funn og hvilken overførbarhet disse funnene har utover den sammenhengen der studien er gjennomført (40). For å svare på spørsmålet om overførbarhet, må en først svare på spørsmålet om studiens troverdighet (intern validitet), som jeg har forsøkt ovenfor.

Her vil jeg diskutere utvalgets pre og begrensninger, samt pragmatisk validitet og til slutt berøre forholdet mellom empiri og teori, som begge handler om overførbarheten av kunnskapsbidraget.

I denne studien er det ikke relevant å etterspørre et representativt utvalg, som hører hjemme i kvantitative studier og er knyttet til statistisk generaliserbarhet av funn. Noen lignende prinsipper kan likevel finnes for komponering av utvalg i ulike forskningstilnæringer. Utvalgskriteriene må for eksempel stemme inn mot å få svar på problemstillingene. Det å dekke et visst mangfold i vesentlige bakgrunnsforhold er også et poeng. I et prosjekt hvor alle intervjuobjektene var kvinner, ville det ha vært en fordel å få med menn. Dette kunne ha belyst viktige aspekter og ulikheter som muligens kunne være basert på kjønn. Selv om alle deltakerne var kvinner, kan dette prosjektet likevel bidra med nyttig og relevant innsikt i erfaringer hos overvektsopererte personer med overspisingsproblematikk. Det var variasjoner både i arbeidsforhold og utdanningsnivå hos informantene som deltok (Tabell 3), noe som på sin side bidrar til økt mangfold.

Aldersspennet på 35-55 år anses som en styrke, ettersom dette kunne gi variasjon i erfaringer og tanker knyttet til forskjellige stadier i livet. Et annet punkt som anses som en styrke er også ulikheter i hvor lenge siden informantene hadde gjennomgått vektoperasjonen. Dette gav et større tidsperspektiv enn hvis alle hadde vært operert for fire år siden. Dette førte også til at man kunne ta bedre høyde for eventuelle endringer i behandlingstilbudet siden den første informant gjennomførte operasjonen for 13 år siden, til den siste informant som ble operert for bare 2 år siden. En svakhet er at to av deltakerne i prosjektet ikke oppfylte alle inklusjonskriteriene. Som nevnt, kom ikke dette frem før under selve intervjuet. Bidragene fra de to aktuelle informantene ble begrenset til de områdene som var felles for alle informantene. Dette førte til at bidragene i analyse og funn i størst grad er basert på de fem informantene som oppfylte alle inklusjonskriteriene. I følge Malterud er det ikke usedvanlig eller nødvendigvis problematisk at enkelte deltakere bidrar mer enn andre, men det kan være forskjell på kunnskap som har røtter i store deler av materialet og kunnskap som stammer fra færre (40). Her er det også viktig å bemerke at det er ikke slik i all kvalitativ forskning at et funn må være forankret i hva alle deltakere forteller for å være interessant. Dette vil imidlertid kunne påvirke overførbarheten av funnene i en studie.

I min sammenheng er det dessuten viktig å spørre om det er et strategisk utvalg eller ei. Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetning om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen vår (40). I dette prosjektet var det vanskelig å få til et optimalt strategisk utvalg på bakgrunn av den utfordrende rekrutteringsprosessen. Informantene er dermed valgt ut etter et tilgjengelighetsprinsipp (40, 55). Dette er beskrevet ytterligere i metodekapittelet.

Hva så med antall deltakere? I dette kvalitative prosjektet er det altså syv deltakere, som ble intervjuet en gang. Selv om deltakerne og antall intervjuer er ganske få, er det ikke dermed sagt at de empiriske meningsenhetene i dataene er få, når det gjelder å gi svar på problemstillingene. Det handler om, slik vist til ovenfor, også om hvor rikt datamaterialet faktisk er. Se diskusjon ovenfor. Det er også et poeng i kvalitative studier at det kan være mot sin hensikt med for mange deltakere ettersom man kan risikere å sitte igjen med et for stort og uoversiktlig materiale med for lite dybde, også kalt «the 1000 page question» (40, 55). Det er viktigere å gå i dybden på det en vil studere med færre deltakere enn i overflaten med mange (55).

Et spørsmål som ofte går igjen ved intervjustudier, er hvorvidt funnene er generaliserbare, altså hvilken overføringsverdi de har. I hvilke sammenhenger og for hvem kan funnene være relevante? (40). Dette handler blant annet om pragmatisk validitet, eller nytteverdi. Pragmatisk validitet er verifisering i bokstavelig forstand- «å gjøre sant», og baserer seg på kunnskapens brukbarhet (40, 55). Pragmatisk validering forteller hvorvidt og hvordan kunnskap, som for eksempel fremkommer etter et forskningsprosjekt, oppleves som relevant og blir tatt i bruk. Man skal i følge Malterud alltid overveie den pragmatiske validiteten også i forkant av et prosjekt, ved å se om andre allerede har besvart de spørsmålene vi akter å stille, eller om nye svar vil føre til noen praktiske konsekvenser innenfor den virkeligheten der problemstillingen hører hjemme (40). I denne studien var målet å bringe frem klinisk nyttig kunnskap som kunne bidra til å forbedre helsetjenestene for pasienter som skal opereres for overvekt og som har overspisingsproblematikk, basert på erfaringer fra tidligere pasienter. Tidligere forskning på temaet er som nevnt, ikke særlig utbredt. For å være relevant må personer i ulike helserelevante yrker som jobber med pasienter som skal opereres for overvekt eller som er i prosessen mot å få en overvektsoperasjon, kjenne til funnene, ha dem med i «bakhode» i møte med nye pasienter og prøve dem ut i praksis.

At funnene i denne studien har gjenklang i tidligere forskning, styrker den kliniske relevansen. Sammen med andre studier, og særlig det store forskningsprosjektet som denne er en del av, kan mitt prosjekt bidra til at man vil jobbe for at rammene i behandlingen på enkelte områder endres.

Avslutningsvis vil jeg trekke frem verdien av benyttet teori i diskusjonen av de empiriske funnene i denne studien. I følge Malterud vil et våkent blikk for teoretiske perspektiver kunne gi prosjektet en merverdi, og relevant temateori kan brukes til å gi et mer spesifikt syn på materialet. Teoretiske perspektiv som løftes frem i diskusjon av funn kan altså gi ny og større innsikt i problemstillingene som materialet omhandler (40). Til tross for at teori ikke har fått stor plass i dette prosjektet, så er Antonovsky bragt inn som et relevant teoriperspektiv, noe som kan gi et element av å løfte funnene videre i retning noe mer allment. Dette kan igjen berøre overførbarheten av det helhetlige kunnskapsbidraget frembragt i denne studien.

7.0 Konklusjon og implikasjoner

Deltakerne i denne studien uttrykte et sterkt behov for bedre kartlegging og behandling før operasjonen knyttet til spiseforstyrrelsesproblematikk, også i oppfølging av forholdet til mat og spisevaner etter operasjonen, og i et lengre løp. Funnene tyder på at det må inn en mer systematisk kartlegging i utredning og i oppfølging av personer som opereres for alvorlig overvekt. For å avdekke overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk, bør informasjon om viktighet og konsekvens av å utforske dette før operasjonen komme tydelig frem til pasientene, slik at de ikke frykter for å være ærlig om temaet. Hadde pasientene fått rom til å dele sin individuelle vekt- og mathistorie før operasjonen, er det mulig dette kunne blitt avdekket tidligere og bidratt positivt til den videre vektreisen. Informantene opplevde derimot å ikke få god eller tilpasset hjelp til disse utfordringene, noe som synes ekstra uheldig når en hører om hvordan det gikk med dem på lang sikt etter operasjonen. Samtidig må det være etablerte behandlingstilbud til disse pasientene slik at de ikke får avslag fra et tilbud uten at de henvises til et annet.

Funnene i denne studien styrker at pasienters perspektiv på behandling og oppfølging i helsevesenet kan gi viktig kunnskap om hva som skal til for å tilpasse helsetjenestene til dem de er ment å tjene, nemlig brukerne. For pasienter med alvorlig overvekt som utredes for og behandles med overvektskirurgi, er det viktig å følge opp brukernes erfaringer ytterligere med tanke på å tilpasse helsetjenesten bedre til deres behov.

Litteraturliste

1. WHO. Obesity and overweight [Internett]. World Health Organisation; 2021 [oppdatert 09.06.2021; hentet 22.09.2022 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2011 [hentet 22.09.2022 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne>.
3. Folkehelseinstituttet. Overvekt of fedme i Noreg [Internett]. Folkehelseinstituttet; 2017 [hentet 17.03.2022 2022,]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/#faktorar-som-kan-auke-risikoen-for-overvekt-og-fedme>.
4. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg.* 2015;25(10):1822-32.
5. Råheim M, Moltu C, Natvik E. Living the dream – but not without hardship: stories about self-directed weight transformation from severe obesity. *Psychology & Health.* 2022;1-20.
6. Webb VL, Wadden TA. Intensive Lifestyle Intervention for Obesity: Principles, Practices, and Results. *Gastroenterology.* 2017;152(7):1752-64.
7. Ryan DH. Drugs for Treating Obesity. *Handb Exp Pharmacol.* 2022;274:387-414.
8. Aasheim TE, Mala T, Søvik TT, Kristinsson J, Bøhmer T. Kirurgisk behandling av sykelig fedme. *Tidsskr Nor Legefor [Internett].* 2007 [hentet 22.09.2022 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2007/01/originalartikkel/kirurgisk-behandling-av-sykelig-fedme>.
9. Folkehelseinstituttet. Langtidseffekter etter fedmekirurgi. Rapport nr. 1 [Internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014 [hentet 22.09.2022 2022]. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/rapport_2014_01_fedmekirurgi_v3.pdf.
10. Khera R, Murad MH, Chandar AK, Dulai PS, Wang Z, Prokop LJ, et al. Association of Pharmacological Treatments for Obesity With Weight Loss and Adverse Events: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2016;315(22):2424-34.

11. Sandvik J, Laurenus A, Näslund I, Videhult P, Wiren M, Asheim ET. Nordiske retningslinjer for oppfølging etter fedmekirurgi. tidsskr Nor Legefor [Internett]. 2018 [hentet 20.09 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2018/02/debatt/nordiske-retningslinjer-oppfolging-etter-fedmekirurgi>.
12. Phillips BT, Shikora SA. The history of metabolic and bariatric surgery: Development of standards for patient safety and efficacy. *Metabolism*. 2018;79:97-107.
13. Sandbu R, Svanevik M. Fedmekirurgi i Norge- fritt fram? Tidsskr Nor Legefor [Internett]. 2019 [hentet 22.09.2022 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2019/06/leder/fedmekirurgi-i-norge-fritt-fram>.
14. Hofsvold D, Aasheim ET, Søvik TT, Jakobsen GS, Johnson LK, Sandbu R, et al. Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskr Nor Legefor*. 2011;131:1887-92.
15. O'Brien PE, Hindle A, Brennan L, Skinner S, Burton P, Smith A, et al. Long-Term Outcomes After Bariatric Surgery: a Systematic Review and Meta-analysis of Weight Loss at 10 or More Years for All Bariatric Procedures and a Single-Centre Review of 20-Year Outcomes After Adjustable Gastric Banding. *Obes Surg*. 2019;29(1):3-14.
16. Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH. Treatment of Obesity: Weight Loss and Bariatric Surgery. *Circ Res*. 2016;118(11):1844-55.
17. Helsedirektoratet. Om spiseforstyrrelser: Definisjon og diagnostiske kriterer [Internett]. Helsedirektoratet; 2017 [oppdatert 25.04.2017; hentet 21.09 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>.
18. Aguera Z, Lozano-Madrid M, Mallorqui-Bague N, Jimenez-Murcia S, Menchon JM, Fernandez-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr*. 2021;35(2):57-67.
19. Citrome L. Binge eating disorder revisited: what's new, what's different, what's next. *CNS Spectr*. 2019;24(S1):4-13.
20. Torgersen L. Fakta om spiseforstyrrelser- anoreksi, bulimi og overspisingslidelse [Internett]. Folkehelseinstituttet; 2009 [oppdatert 25.01.2016; hentet 21.09.2022 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>.
21. Direktoratet for e-helse. ICD-11 [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; [hentet 24.03, 2023,]. Tilgjengelig fra: <https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/ICD-10%20og%20ICD-11/icd-11>.

22. Cossrow N, Pawaskar M, Witt EA, Ming EE, Victor TW, Herman BK, et al. Estimating the Prevalence of Binge Eating Disorder in a Community Sample From the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(8):e968-74.
23. Aylward L, Konsor M, Cox S. Binge Eating Before and After Bariatric Surgery. *Curr Obes Rep*. 2022;11(4):386-94.
24. Mulheim L. Eating Disorders Before And After Bariatric Surgery [Internett]. Verywellmind; 2020 [oppdatert 01.05.2020; hentet 09.01 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.verywellmind.com/eating-disorders-and-bariatric-surgery-4628329#toc-problematic-behaviors-post-surgery>.
25. Ueland V. Stigmatisering og skam- en kvalitativ studie om å leve med fedme. *Sykepleien Forskning*. 2019;14(77012):e-77012.
26. Farrell E, Hollmann E, le Roux CW, Bustillo M, Nadglowski J, McGillicuddy D. The lived experience of patients with obesity: A systematic review and qualitative synthesis. *Obes Rev*. 2021;22(12):e13334.
27. Mold F, Forbes A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expect*. 2013;16(2):119-42.
28. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(5):941-64.
29. Coulman KD, MacKichan F, Blazeby JM, Donovan JL, Owen-Smith A. Patients' experiences of life after bariatric surgery and follow-up care: a qualitative study. *BMJ Open*. 2020;10(2):e035013.
30. Tolvanen L, Svensson A, Hemmingsson E, Christenson A, Lagerros YT. Perceived and Preferred Social Support in Patients Experiencing Weight Regain After Bariatric Surgery- a Qualitative Study. *Obes Surg*. 2021;31(3):1256-64.
31. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):349-59.
32. Chao AM, Wadden TA, Faulconbridge LF, Sarwer DB, Webb VL, Shaw JA, et al. Binge-eating disorder and the outcome of bariatric surgery in a prospective, observational study: Two-year results. *Obesity (Silver Spring)*. 2016;24(11):2327-33.
33. Conceição EM, Utzinger LM, Pisetsky EM. Eating Disorders and Problematic Eating Behaviours Before and After Bariatric Surgery: Characterization, Assessment and Association with Treatment Outcomes. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(6):417-25.

34. Goldschmidt AB, Conceicao EM, Thomas JG, Mitchell JE, Raynor HA, Bond DS. Conceptualizing and studying binge and loss of control eating in bariatric surgery patients-time for a paradigm shift? *Surg Obes Relat Dis*. 2016;12(8):1622-5.
35. Guassora AD, Reventlow S, Malterud K. 22 temateorier til kvalitativ forskning. København: FADLs Forlag; 2022.
36. Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2004;124(1):65-6.
37. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996;11(1):11-8.
38. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(5):376-81.
39. Creswell JW. *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3 utg. California: SAGE publications, Inc; 2009.
40. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
41. Nilsson B. Gadamer's Hermeneutikk. *Sykepleien Forskning*. 2007;1(4):266-8.
42. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Legefor*. 2002;122(24):68-72.
43. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. 1 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
44. Frances R, Coughlan M, Cronin P. Interviewing in qualitative research. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2009;16:309-14.
45. Natvik E, Gjengedal E, Råheim M. Totally changed, yet still the same: patients' lived experiences 5 years beyond bariatric surgery. *Qual Health Res*. 2013;23(9):1202-14.
46. Groven KS, Glenn NM. The experience of regaining weight following weight loss surgery: A narrative-phenomenological exploration. *Health Care for Women International*. 2016;37(11):1185-202.
47. Puziferri N, Roshek TB, 3rd, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livingston EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *Jama*. 2014;312(9):934-42.
48. Natvik E, Råheim M, Sviland R. The hamster wheel: a case study on embodied narrative identity and overcoming severe obesity. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2021;24(2):255-67.
49. Carel H. *Illness: The Cry of the Flesh*. 3. utg. Abingdon, Oxon: Routledge; 2019.
50. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of Perception*. London: Routledge; 2012.

51. Natvik E, Gjengedal E, Moltu C, Råheim M. Re-embodiment eating: patients' experiences 5 years after bariatric surgery. *Qual Health Res.* 2014;24(12):1700-10.
52. Leder D. *The Body in Medical Thought and Practice.* The Netherlands: Kluwer Academic Publishers Group; 1992.
53. Helmikstøl Ø. De forsømte pasientene [Internett]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening: Norsk psykologforening*; 2021 [hentet 05.04 2023]. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/07/de-forsomte-pasientene>.
54. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2012;40(8):795-805.
55. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju.* 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du bidra med ny kunnskap til utvikling av bedre helsetjenester i dette prosjektet?

Personer som er operert for alvorlig overvekt: Erfaringer med helsevesenet

Formålet med dette masterprosjektet er å få mer innsikt i hvilke erfaringer personer har hatt i møte med helsevesenet før de gjennomgikk operasjon for alvorlig overvekt, og ikke minst erfaringer med oppfølging etter operasjonen.

Vi ønsker å invitere deg mellom 25 og 60 år som har eller har hatt overspisingslidelse eller som har eller har hatt erfaring med hyppige overspisingsepisoder minst 2 år før du gjennomgikk en overvektsoperasjon, til å delta i et intervju på maksimalt 2 timer.

Du kan bidra med verdifull kunnskap om hva pasienter selv har erfart i en prosess med så store endringer som en overvektsoperasjon fører med seg. Kunnskapen som kommer frem i prosjektet kan legge til rette for bedre tilpasset oppfølging for personer i denne pasientgruppen.

Se informasjonsskrivet under for ytterligere beskrivelse av prosjektet og kontaktinformasjon.



FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET: «PASIENTER MED OVERSPISINGSLIDELSE ELLER OVERSPISINGSHISTORIKK SOM ER OPERERT FOR ALVORLIG OVERVEKT: ERFARINGER MED HELSEVESENET»

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Formålet med dette prosjektet er å få mer innsikt i hvilke erfaringer pasienter med overspisingslidelse eller overspisingshistorikk har hatt i møte med helsevesen før de gjennomgikk operasjon for alvorlig overvekt, og ved oppfølging etter operasjonen. Du blir spurt om å delta i prosjektet fordi du oppfyller begge disse kriteriene. Det å undersøke pasientenes erfaringer i møte med helsevesenet, kan legge til rette for bedre tilpassede behandlingstilbud for pasienter som opereres for alvorlig overvekt.

Prosjektet er del av et større prosjekt, der målsetningen er å tilpasse helsetjenestene bedre til brukeres/pasienters behov før og etter overvektoperasjon.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Du inviteres til å delta i et intervju som vil vare i maksimalt 2 timer. I intervjuet vil du bli spurt om hvilke erfaringer du har hatt i møter med helsevesenet før og etter operasjonen; hva fungerte bra og hvorfor, hva savnet du og hvorfor? På hvilke måter har du erfart at overspisingstematikken ble tatt i betraktning før og etter du ble operert? Hvordan ser du selv for deg at erfaringene med overspising kunne vært fulgt opp?

Du vil også bli bedt om å fylle ut et skjema med opplysninger som kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeid/evt. trygd, om du har eller har hatt overspisingslidelse og hvor lenge siden du gikk gjennom overvektoperasjon (må være *minst 4 år siden*). Denne informasjonen blir brukt til å gi en samlet beskrivelse av bakgrunnsforhold som gjelder for deltakerne i studien. Det vil ikke bli innhentet informasjon fra pasientjournaler eller registre om overvektoperasjon. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordeler ved å delta i prosjektet er at du får mulighet til å dele erfaringer du har hatt i møte med helsevesenet i forbindelse med overvektoperasjon som i seg selv kan være en god erfaring. Deltakelsen bidrar også til økt kunnskap om hva gjennomføring av en overvektoperasjon kan bety når man også har erfaring med overspisingsepisoder eller en overspisingslidelse, og hvilke behov for oppfølging du har hatt. Dine erfaringer kan bidra til at denne gruppen pasienter kan få et behandlingstilbud som er bedre tilpasset deres behov. Det er ikke risiko for helseskade ved å delta. Det å dele erfaringer relatert til helse kan imidlertid være krevende.

Det blir lagt vekt på respekt for og ivaretagelse av dine erfaringer. Om det skulle være behov for det, kan du få informasjon fra prosjektledelsen om tilbud pasienter som er operert for alvorlig overvekt kan benytte.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT 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 grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller for behandling/oppfølging fra helsevesenet. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og til prosjektslutt i 2023. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og til å få korrigert eventuelle feil. Du har også rett til innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til NSD og institusjonen (Universitetet i Bergen) sitt personvernombud. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende informasjon. En kode knytter deg til gruppeintervjuene du deltok i, gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder/hovedveileder Målfrid Råheim, masterstudent Rebecca Sandal og medveileder i prosjektgruppen som har tilgang til listen og til datamaterialet (lydopptak og utskrifter fra gruppeintervjuene), som oppbevares ved Universitetet i Bergen i SAFE Server.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering innebærer anonymisering av deltakerne, slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes. I vårt tilfelle skal ikke enkeltdeltakeres erfaringer kunne gjenkjennes av andre enn dem selv. Lydopptak og navnelister slettes ved prosjektslutt. Anonymiserte utskrifter fra intervjuene vil bli oppbevart i 6 måneder etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

ØKONOMI

Reise i forbindelse med deltakelse til intervjuet dekkes. Det er ikke midler til å betale honorar.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har konkludert med at dette prosjektet handler om helsetjenesteforskning, som faller utenom REKs domene (saksnummer 452038). Prosjektet er meldt inn til NSD, som har vurdert at hensynet til personvern er ivaretatt. Prosjektet er også meldt til Risiko og ETTERlevelse i forskningsprosjekter (RETTE), som er UiBs system for oversikt og kontroll med behandling av personvernopplysninger i forsknings- og studentprosjekter.

Universitetet i Bergen og prosjektleder professor Målfrid Råheim er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene i tråd med personvernregelverket, og basert i at prosjektet har et formål knyttet til vitenskapelig forskning som utføres i allmennhetens interesse.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Rebecca Sandal, tlf: 46421549/ e-postadresse: rebecca.sandal@student.uib.no eller Målfrid Råheim, tlf.: 41416206/e-postadresse: malfрид.raheim@uib.no. Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: personvernombud@uib.no

JEG HAR LEST INFORMASJONSSKRIVET OG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vi trenger hjelp til ny kunnskap!

Til deg som ikke fikk anledning til å delta i vårt nylig oppstartede samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen, ROS og Landsforeningen for overvektige (LFO), som handler om å bedre helsetilbudet til personer som går gjennom fedmekirurgi – før og etter operasjon.

Vi utvider dette store prosjektet, og inviterer nå deltakere som vil dele erfaringer de har hatt i møte med helsetjenestene før og etter kirurgi.

Vi ønsker å nå deg i alderen 25–60 år som har gjennomgått fedmekirurgi for minst 4 år siden og som har eller har hatt overspisingslidelse, eller som har eller har hatt hyppige episoder med overspising over lang tid.

Kunne du tenke deg å stille opp til et intervju om erfaringer du har hatt i møte med helsevesenet?



Ved interesse eller ønske om mer informasjon, kontakt Rebecca Sandal, masterstudent ved Universitetet i Bergen.

 46421549

 rebecca.sandal@student.uib.no

Vedlegg 3: Intervjuguide

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har pasienter med overspisingslidelse eller overspisingsproblematikk i møte med helsevesenet før overvektsoperasjon og hvilke erfaringer har pasienter med oppfølging etter operasjonen?

Sekundære problemstillinger/spørsmål blir:

- På hvilke måter har pasienter erfart at overspisingslidelsen eller overspisingsproblematikk har blitt tatt i betraktning før de ble operert?
- Hva fungerte bra, og hvorfor? Hva savnet dere, og hvorfor?
- Hvilke erfaringer har pasienter med at overspisingslidelsen deres ble fulgt opp, eller ei?
- Hvordan ser pasientene selv for seg at overspisingslidelsen kunne vært fulgt opp?

Tema	Tematiske spørsmål	Stikkord for mulige oppfølgingsspørsmål
<u>Kropp, vekt og spising</u>	<ul style="list-style-type: none">-Hvordan har forholdet ditt til mat og spising vært?-Når oppstod utfordringer knyttet til overspising?-Hva tenker du selv har sammenheng med overspising?-Hvor lang tid gikk det fra disse utfordringene oppstod til temaet ble tatt opp i samtale med helsepersonell?	<ul style="list-style-type: none">-når startet utvikling av overvekt-hvis du tenker på sammenhenger med at overspising har utviklet seg, hva tenker du på da?-hvordan har forholdet til kroppen vært?
<u>Tiden før operasjon</u>	<ul style="list-style-type: none">-Hvordan erfarte du møtet med helsevesenet i tiden før operasjonen?-Hva erfarte du at fungerte bra og hvorfor?-Hva savnet du og hvorfor?-På hvilken måte erfarte du at overspisingslidelsen deres ble tatt i betraktning før operasjonen?-i hvor stor grad erfarte du at spiseforstyrrelsen ble inkludert eller diskutert i forberedelsene til livet etter operasjonen?-i hvor stor grad erfarte du at spiseatferd og overspisingsproblematikk ble inkludert eller diskutert til livet etter operasjonen?	<ul style="list-style-type: none">- i hvilken grad følte pasienten seg sett og hørt- erfaringer relatert til ivaretagelse- erfaringer med svar på spørsmål relatert til operasjon, bekymringer og endringer, o.l
<u>Tiden etter operasjonen</u>	<ul style="list-style-type: none">-Hvordan erfarte du møte med helsevesenet etter du hadde gjennomgått operasjonen?-Hva erfarte du at fungerte bra og hvorfor?-Hva savnet du og hvorfor?-Hvilke erfaringer har du med at overspisingslidelsen ble fulgt opp?-Hvordan ser du for deg at overspisingslidelsen ideelt sett kunne vært fulgt opp?	<ul style="list-style-type: none">-erfaringer relatert til ivaretagelse-erfaringer relater til oppfølging (utover medisinske målinger)-støtte-henvisning/tilbud om andre instanser i forbindelse med spiseforstyrrelsen-konkret informasjon om overspisingslidelse og kroppens fysiologi etter operasjon

Vedlegg 4: Skjema for bakgrunnsforhold

Spørsmål om bakgrunnsforhold

Personer med overspisingslidelse eller overspisingshistorikk som er operert for overvekt;
Erfaringer i møte med helsevesenet.

Under finner du generelle spørsmål som vil bli benyttet for å gi en samlet beskrivelse av bakgrunnsforhold som gjelder for deltakerne i forskningsprosjektet. Intervjuer vil be deg svare på disse innledningsvis under intervjuet.

Kjønn (mann, kvinne, uspesifisert):

Alder (år):

Sivilstatus (enslig, samboer, gift, skilt, enke/enkemann):

Utdanning:

- Mindre enn grunnskole
- Grunnskole
- Videregående
- Høyere utdanning (universitet/høyskole)

Arbeid/trygd (arbeidsledig, i arbeid, arbeidsufør, pensjonert):

Har eller har hatt diagnostisert overspisingslidelse (ja, nei):

Dersom du har eller har hatt diagnosen overspisingslidelse, når ble du diagnostisert
(årstall)?

Dersom du ikke har eller har hatt diagnosen overspisingslidelse, hvor lenge har du opplevd utfordringer knyttet til overspising før du gjennomgikk en overvektsoperasjon
(antall år)?

Når gjennomgikk du overvektsoperasjon (måned, årstall)?