

Masteroppgave

Samfunnsernæring

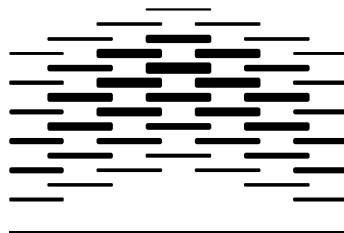
2013

Hvordan opplever gastrisk bypass-opererte utfordringene de møter etter operasjonen og hva oppgir de som hensiktsmessig og god oppfølging fra helsevesenet?

Marte Rossavik

Fakultet for helsefag

Institutt for helse, ernæring og ledelse



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

TABELLER OG FIGURER	5
<i>FORORD</i>	6
SAMMENDRAG	7
SUMMARY	8
1.0 INNLEDNING	9
1.1 Problemstilling	10
1.2 Oppgavens oppbygging	11
1.3 Avgrensing og begrepsavklaring	12
1.4 Litteratursøk	12
2.0 TEORI	13
2.1 Fedme som skam og sykdom	13
2.2 Behandling av fedme	15
2.3 Fedmekirurgi i Norge	16
2.3.1 Helsegevinst med fedmekirurgi	17
2.3.2 Ingen enkel utvei.....	20
2.3.3 Oppfølging	23
2.4 Oppsummering av teorikapittelet	24
3.0 FORSKNINGSDSIGN	24
3.1 Epistemologi	26
3.1.1 Forforståelse.....	27
3.2 Metodologi	28
3.2.1 Fenomenologi	29
3.2.2 Grounded Theory	29
3.3 Metode –kvalitativt forskningsintervju	30
3.3.1 Valg av informanter	31
3.3.2 Inklusjonskriterier og rekruttering	31
3.3.3 Informantene	33
3.3.4. Datainnsamling	33
3.3.4.1 Utarbeidelse av intervjuguide	33
3.3.4.2 Forberedelse og gjennomføring av intervju	34
3.3.4.3. Lokaler og teknisk utstyr	35

3.3.4.4 Intervjusituasjonen	35
3.3.5 Dataanalyse	36
3.4 Etske overveielser	42
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	43
4.1 Et nytt liv etter operasjonen.....	44
4.2 Utfordringer	46
4.2.1 Første tiden etter operasjonen -en kropp som endrer seg	46
4.2.1.1 Redsel –sprekker den	46
4.2.1.2 ”Magen som styrer”	47
4.2.1.3 Å få nok mat.....	50
4.2.1.4 Nye rutiner	51
4.2.2 Gradvis stabilisering -mot ny identitet?	58
4.2.2.1 En annen person – identitet.....	58
4.2.2.2 Overflødig hud	59
4.2.2.3 Sosialt liv	61
4.2.2.4 Å ta opp gamle vaner	62
4.2.2.5 Strategier for å ta hånd om utfordringene	64
4.2.3 Tanker om fremtiden.....	68
4.2.3.1 Redd for å gå opp i vekt.....	68
4.2.3.2 Mål om videre vektnedgang.....	71
4.2.3.3 Begynne å trene.....	72
4.2.3.4 Finne en balanse.....	72
4.3 Ønsket oppfølging	73
4.3.1 Kontakt med andre	74
4.3.2 Personlig oppfølging	75
4.3.3 Trening.....	77
4.3.4 Ønsket oppfølging knyttet til maten	78
4.3.5 Mer kontinuitet.....	78
4.3.6 Kontaktpunkt for informasjon.....	79
4.3.7 Fjerne hud	79
4.3.8 Oppfølging av de psykologiske utfordringene.....	79
4.3.9 Økonomisk støtte	80
5.0 DRØFTING AV METODE OG RESULTATER	81
5.1 Metodediskusjon	81
5.1.1 Metodologiske aspekter	81
5.1.2 Bruk av intervju	82
5.1.3 Utvalg og utvalgsprosessen.....	84
5.1.4 Reliabilitet og validitet.....	85
5.2 Resultatdiskusjon.....	87
5.2.1 Hvilke utfordringer oppleves i tiden etter en gastrisk bypass operasjon?	87
5.2.2 Hvordan oppleves endringsprosessen etter fedme operasjonen og kampen mellom gamle og nye vaner?	90

5.2.3 Hvilke type oppfølging ønskes etter en gastrisk bypass operasjon?.....	92
6.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	94
6.1 Konklusjon	94
6.2 Etske overveielser ved bruk av fedmekirurgi	96
6.3 Implikasjoner for praksis.....	99
6.4 Videre forskning.....	100
LITTERATURLISTE	102
VEDLEGG 1: KARTLEGGING.....	111
VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV.....	112
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE.....	114
VEDLEGG 4: BREV FRA NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIGE DATATJENESTE.....	117
VEDLEGG 5: POST OPERATIV KONTROLL (KONSULTASJONSSKJEMA)	119

Tabeller og figurer

Tabell 1: Informanter	33
Tabell 2: Fra meningsbærende enheter til koder og kategorier (eksempel 1).....	37
Tabell 3: Fra meningsbærende enheter til koder og kategorier (eksempel 2).....	37
Tabell 4: Fra meningsbærende enheter til koder og kategorier (eksempel 3).....	38
Tabell 5: Fra meningsbærende enheter til koder og kategorier (eksempel 4).....	38
Figur 1: Ulike nivåer av kategorier og koder.....	39
Figur 2: Sammenhenger mellom kategoriene.	40

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess.

Jeg vil gjerne få rette en takk til informantene som sa seg villige til å bli intervjuet.

Takk for at dere ville dele deres erfaringer og opplevelser med meg. Uten dere ville ikke oppgaven vært mulig. I tillegg må jeg rette en stor takk til Anette Musum som har hjulpet meg å rekruttere informanter og vært behjelpelig gjennom helse prosessen.

Jeg vil også takke min veileder Laura Terragni som har fulgt meg gjennom skriveprosessen, med engasjement, støtte og god veiledning. Sist men ikke minst vil jeg takke familie og venner for nyttige innspill, tålmodighet og støtte under arbeidet med oppgaven.

Marte Rossavik

Våren, 2013

Sammendrag

Bakgrunn

Det utføres stadig flere gastrisk bypass-operasjoner og mye tyder på at antallet opererte vil øke i årene fremover. Det finnes få studier med fokus på opplevelser og erfaringer etter operasjonen eller hva personene oppgir som hensiktsmessig og god oppfølging fra helsevesenet. Ved å få mer kunnskap på dette området vil man kunne bruke kunnskapen for å gi best mulig behandling og oppfølging. Det er dessuten viktig å fokusere på etiske spørsmål rundt kirurgi som en løsning på overvektsproblematikken. Studien har derfor som formål å øke forståelsen og kunnskapen om hvordan gastrisk bypass-opererte opplever utfordringene de møter etter operasjonen. I tillegg undersøkes hva personene oppgir som hensiktsmessig og god oppfølging fra helsevesenet.

Metode og utvalg

Det ble gjennomført kvalitative dybdeintervju med 13 gastrisk bypass opererte personer. Intervjuene baserte seg på forskningsspørsmål som hadde fokus på temaene: utfordringer etter operasjonen, kampen mellom gamle og nye vaner og ønsket oppfølging. Informantene består av åtte kvinner og fem menn i alderen 27 til 69 år. Tre av informantene opererte for seks måneder siden, fem for ett år siden og fem for over to år siden. Analysen av datamaterialet ble utført med elementer fra både fenomenologi og Grounded Theory.

Hovedresultater

Studien viser kompleksiteten rundt fedmekirurgi. Selv om operasjonen anses som vellykket opplever personene mange utfordringer som de må lære å håndtere og leve med. De møter dømmende holdninger, fysisk og sosial stigmatisering. Foruten oppleves redusert spisekapasitet, overflødig hud og bekymringer for fremtiden. I tillegg kreves det stor innsats fra personene for å vedlikeholde vekten, og det foregår en konstant kamp mellom gamle og nye vaner. Videre viser funnene mine at det ønskes mer oppfølging for å takle tiden etter operasjonen, klare å endre atferd og vedlikeholde vekt nedgangen. I studien fremkom det behov for både individuelt tilpasset og gruppebasert oppfølging som inkluderer både ernæring, fysisk aktivitet og psykologiske aspekter.

Konklusjon

Studien har vist at gastrisk bypass-operasjon gir et raskt vekttap, men personene opplever likevel fysiske, psykiske og sosiale utfordringer etter de har oppnådd resultater i forhold til ønsket vekt og medisinsk tilstand. Inngrepet kan ses på som en behandling der man ikke tar hensyn til de bakenforliggende årsakene som ofte er komplekse. Ved å bruke kirurgi som ”løsning” på problemet er det dessverre ofte kun den medisinskfaglige biten som blir vektlagt, noe som kun er en liten del av problemstillingen. Det må også stilles etiske spørsmål ved å stadig operere et større antall personer uten å ha kapasitet i helsevesenet til å følge dem opp i ettertid. Fedmeoperasjon som ”høyrisiko” strategi og individuell forebygging kan ikke fungere som en løsning på overvektsproblematikken. Fedmekirurgi kan være en løsning for noen, men ikke alle.

Summary

Background

Evidence suggests that the amount of operations will increase in future years. Few studies investigate these groups' experiences in the post-surgery phase or state what is relevant and good after care from the health department. By improving the understanding in this field, one can more easily address their experiences and challenges, as well as the ethical considerations of obesity surgery as a valid solution to obesity. The aim of this study is therefore to increase the understanding and knowledge of people who have had gastric bypass surgery and the challenges they meet in life after surgery. Furthermore, the study investigates what people who have had the surgery consider appropriate and good follow-up from the healthcare system

Method and participants

Qualitative, in-depth interviews were performed with 13 people who have undergone gastric bypass surgery. The interviews were based on research questions that focused on the following subjects: challenges post-surgery, the battle between new and old habits, and desired follow-up. The participants consisted of eight women and five men between the ages 27 to 69 years. Time elapsed from surgery ranged from 6 months (3 participants), one year (5 participants) to two years (5 participants). The analysis of the collected data was performed with elements from both phenomenology and Grounded Theory.

Main findings

The study clearly shows the complexity related to obesity surgery. Even though the operation is considered a success, the patients experience several challenges, which they must learn to tackle and live with. Some of them are: judgmental attitudes, reduced eating capacity, loose skin, psychiatric and social challenges, and worries about the future. In addition to this, a great effort is required from them in order to sustain the weight-loss, and there is a constant battle between new and old habits. Furthermore, the findings show that more follow-ups and counseling is required in order for them to handle the time after the surgery, manage behavior change and sustain the weight-loss. A need for both individually adapted counseling and group-based follow-ups, which include nutrition, physical activity and psychological aspects, was identified.

Conclusion

The study has shown that gastric bypass surgery gives a rapid weight loss. The problem is the patient also experience physical, psychological and social challenges after they have reached the weight loss goal and the relief of symptoms of their medical condition. The surgery can be seen as a treatment where one does not take into consideration the underlying causes for the condition that are often complex. By using surgery as a solution for the problem it is only the medical part that is emphasized, something that is only a small part of the problem. There must also be raised ethical questions at the operation of more and more people without having the capacity in the health agencies for specific after care. Obesity surgery as a high-risk strategy and individual prevention plan cannot function as a solution for solving the obesity problem. Obesity surgery can be a solution for some –but not for all.

1.0 Innledning

Høsten 2009 fikk jeg anledning til å være med som instruktør i prosjektet ”Stor og Sterk” i regi av Stavanger kommune. Dette er en gruppebasert tverrfaglig behandling for overvektige. Målet til prosjektet er at deltakerne skal legge om til en sunnere og mer aktiv livsstil, ved hjelp av kostveiledning og trening. Deltakelsen i dette prosjektet vekket min interesse for overvekt og livsstilsendring. Gjennom deltakelsen fikk jeg et innblikk i hvor krevende det er å gå ned i vekt og vedlikeholde vekttapet over tid. Det handler ikke kun om å trene mer og spise mindre, problemet er sammensatt og det er komplekse årsaker bak overvekten. Da jeg så hvor mye som ligger til grunn for problemet og hvor krevende vektnedgang og tiden etter oppleves, ble jeg nysgjerrig på hvordan en ”enkel” fedmeoperasjon kan bidra til å løse en så kompleks tilstand.

Annonser og nettsider fremstiller fedmeoperasjoner som en svært gunstig løsning for overvektige som ønsker seg bedret livskvalitet. Slik blir veien til operasjonsbordet kort for mange. I dag er køene til fedmeoperasjon lange, noe som fører til betydelig ventetid (Frittsykehusvalg, 2013). Stadig flere får dekket operasjonen utført på private klinikker på grunn av ventelistegarantien, og noen velger å reise til utlandet for å få utført fedmeoperasjon. Hvorfor velger så mange operasjon som et alternativ?

I dagens samfunn er det ikke sosialt akseptert å være fet. Opplevelsen av fordommer og stigmatisering, fører til at mange isolerer seg og trekker seg vekk fra sosiale aktiviteter (Aasheim, Mala, Søvik, Kristinsson & Bøhmer, 2007). Jørgen Foss (23) er en av mange nordmenn som ble fedmeoperert i fjor. I en artikkel i Dagbladet har han sagt: ”Å gjennomføre en fedmeoperasjon er ekstremt, og absolutt siste løsning. Det er ikke slik at du våkner opp med en slank kropp og en «slank» hjerne” (Ågren, 2013). Selv om det utenifra kan se ut som en enkel løsning er fedmekirurgi ingen ekspressbillett til en slank kropp. Det er en operasjon med betydelig risiko. De som er operert må ta tilskudd resten av livet for å unngå mangelsykdommer, de må leve med konstant disiplin og plager. Operasjon er et kraftig virkemiddel for å komme i gang med en rask vektreduksjon, men det kreves atferdsendring og viljestyrke for å holde vekten nede over tid (Hofsø et al., 2011).

Fra 2004 til 2011 er antall fedmeoperasjoner i Norge blitt ellevedoblet (Ågren, 2013). Årlig legger nærmere 2500 personer seg under kniven, i håp om et lettere liv. Spørsmålet er ikke lenger om vi skal tilby fedmekirurgi, men hvordan. Dersom vi skal tilby dette alternativet er det viktig at vi bruker erfaringer fra allerede fedmeoperert personer for å bedre behandlingsopplegget. For å kunne gi hjelp og støtte, er innsikt i andres opplevelser et viktig utgangspunkt. I et av de 13 kvalitative intervjuene utført i denne studien beskriver en av informantene viktighetene av å bli ivaretatt slik:

“At de som faktisk blir operert blir ivaretatt på en ordentlig måte er viktig. Så får det heller være lenger ventetid tenker jeg. Det kommer til å bli et mas det gjør det, men det blir jo mas nå også fra oss som er opererte, for vi får ikke det vi... det er jo det jeg har prøvd å fortelle når jeg har vært på de kontrollene. Dette er det største som skjer i våre liv. For vi får et nytt liv.... og dere tar det bare som en slik sjekk da var du ferdig. Rullebånd.. for de er det dagligdags og en vane. For oss er det en gang i livet og det er noe av det største som skjer i livet. Så... det kan høres veldig enkelt ut.. men det er ikke det”.

1.1 Problemstilling

Det utføres flere og flere gastrisk bypass operasjoner og denne gruppen vil bli større og større i årene fremover (Hofsø et al., 2011). Derfor vil det være viktig å vite mer om deres opplevelser og erfaringer etter operasjonen. Ved å få mer kunnskap på dette området vil man kunne belyse både personenes opplevelser og utfordringer, og berøre de etiske spørsmålene rundt fedmekirurgi som løsning på overvektsproblematikken. I tillegg vil økt kunnskap kunne bidra til et bedre oppfølgingstilbud som kan hjelpe personene å håndtere de store endringene operasjonen medfører. Det har ført til denne oppgavens problemstilling:

Hvordan opplever gastrisk bypass-opererte utfordringene de møter etter operasjonen og hva oppgir de som hensiktsmessig og god oppfølging fra helsevesenet?

For å belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål formulert:

- Hvilke utfordringer opplever pasientene etter en gastrisk bypass operasjon?
- Hvordan oppleves endringsprosessen etter fedme operasjonen og kampen mellom gamle og nye vaner?
- Hvilke type oppfølging ønskes etter en gastrisk bypass operasjon?

For å besvare disse spørsmålene har jeg gjennomført en kvalitativ studie, hvor jeg har intervjuet 13 fedmeopererte personer.

1.2 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Første kapittel omhandler hvilke erfaringer og utfordringer som ligger til grunn for valg av tema for oppgaven. Jeg presenterer så problemstilling og forskningsspørsmål.

Andre kapittel inneholder en presentasjon av relevant forskning. Innledningsvis beskrives synet på overvekt som skam og sykdom. Deretter presenteres ulike behandlingsalternativ, før jeg presenterer forskning omkring temaet fedmekirurgi.

I tredje kapittel presenteres den metodiske tilnærmingen og en redegjørelse for utvalgt, rekruttering og gjennomføring av intervjuene. I tillegg blir analyseprosessen beskrevet.

Resultatkapittelet er oppgavens fjerde kapittel. Her legger jeg vekt på å få fram informantenes opplevelser og meninger gjennom å presentere deres sitater. Jeg har valgt å la informantenes uttalelser komme fram uten her å presentere mine vurderinger eller tolkninger.

I det femte kapittelet presenteres en diskusjon av metodevalget, oppgavens reliabilitet, validitet og overførbarhet. Deretter diskuteres hovedfunnene i studien opp mot teori for å besvare forskningsspørsmålene.

I oppgavens sjette kapittel samles hovedtrekkene i en konklusjon. Kapitlet tar så for seg noen av de etiske overveielserne ved bruk av fedmekirurgi. Til slutt vurderes implikasjoner for praksis og behov for videre forskning.

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Jeg har valgt å begrense oppgaven til å gjelde pasienter ved ett stort universitetssykehus. Videre har jeg avgrenset oppgaven ved å fokusere på utfordringene pasientene opplever etter en gastrisk bypass operasjon. Gjennom intervjuguide og oppfølgingsspørsmål søkes opplysninger som kan legge grunnlaget for en bedre praksis og belyse etiske utfordringer ved gastrisk bypass-operasjon.

Jeg bruker begrepene fedmeoperasjon, fedmekirurgi og gastrisk bypass om hverandre når jeg omtaler selve inngrepet. Personene jeg intervjuet har gjennomført fedmeoperasjonen gastrisk bypass. Fedmeoperasjon og fedmekirurgi vil derfor være begrenset til denne operasjonsmetoden når jeg presenterer og diskuterer resultatene i studien. Imidlertid kan man spørre seg hvorfor man bruker begrepene fedmekirurgi og fedmeoperasjon? Det er ikke fedmen som opereres, men magesekken. Begrepet kan tenkes å være stigmatiserende i form av en underliggende forståelse for at fedmen skal opereres bort. Jeg velger likevel å bruke begrepene videre i oppgaven, fordi dette er betegnelsene som brukes i helsevesenet.

Et annet sentralt begrep i oppgaven er utfordringer. Med utfordringer mener jeg vanskelige og/eller krevende situasjoner og tilstander deltakerne opplevde i tiden etter fedmeoperasjonen.

1.4 Litteratursøk

Jeg har søkt i Bibsys ask og brukt EBSCO som en plattform til de ulike databasene. Databasene jeg har benyttet er: Cochrane Library, EMBASE, Medline, PubMed og Science Direct. Videre har jeg funnet artikler ved å bruke referanselisten til andre artikler eller bøker og brukt ”sitert av” og ”beslektede artikler” som link videre til andre relevante artikler. Jeg har også brukt Tidsskrift for Den norske legeforening og helsedirektoratets sider. For å få en oversikt over den gjeldende debatten rundt

fedmekirurgi brukte jeg Atekst som inneholder fulltekster fra norske, aviser, magasiner og andre nyhetskilder. Søkeordene jeg har brukt er: Obesity, obesity surgery, stigma, stigmatization, medicalization, weight loss surgery, gastric bypass, bariatric surgery, long-term effects, follow-up, after care, challenges, qualitative method, phenomenology og grounded theory.

2.0 Teori

Her presenteres relevant teori som vil brukes i drøftingen av funn. Jeg redegjør for hvordan fedme og overvekt defineres. Deretter beskriver jeg ulike behandlingsmetoder av fedme, før jeg går inn på fedmekirurgi som behandlingsmetode. Til slutt vil jeg peke på problematikken rundt fedmekirurgi.

2.1 Fedme som skam og sykdom

Det finnes ulike oppfatninger av en stor kropp, og definisjonen av hva en stor kropp er varierer i ulike kulturer og tidsepoker (Oddy, Atkins & Amilien, 2009). I tidligere generasjoner ble en overvektig kropp sett på som et tegn på sunnhet og helse (Oddy et al., 2009). I trange økonomiske tider med mindre velstand fremstod den formfulle kroppen som det ideelle. Bevisstgjøring av fedme som en folkesykdom kom først etter 1940, og man så sammenhengen mellom overvekt og livsstilssykdommer som hjerte-kar sykdommer, diabetes og kreft (Øen, 2012). Samtidig skjedde det en kulturell endring av synet på den ideelle kroppen. I dag er idealet en slank og perfekt trent kropp (Gracia-Arnaiz, 2010). Mange betrakter personer med en stor kropp som ulykkelige, mindre intelligente og i mangel på selvkontroll (Wigton & McGaghie, 2001).

Stigmatisering av mennesker med overvekt og fedme er utbredt (Jutel, 2005). Stigma kan defineres som en egenskap som er dypt nedverdiggende, som reduserer individet fra en hel person til en som er befengt og har nedsatt verdi (Goffman, 2009).

Stigmatisering av fedme ses i media, arbeidsliv og utdanning, men også innen helsetjenesten og i nære personlige relasjoner (Puhl & Heuer, 2009). Stigmatiseringen sier noe om hvordan man oppfatter og definerer en stor kropp.

Carryer (2001) ønsket å undersøke hvordan det erfarer å leve med en stor kropp. Deltakerne i studien hans beskrev hvordan de begrenset mange valg, fordi de oppfattet deres store kropp som upassende for mange settinger. De unngikk deltakelse i fysisk aktivitet, satt ofte på sidelinjen ved sosiale arrangementer og var nølende på mange andre sosiale arenaer på grunn av reell eller forestilt stigmatisering. I tillegg unngikk mange helsekonsultasjoner på grunn av redsel for kritikk. Deltakerne beskrev en følelse av skyld fordi det er en sosial oppfatning om at alle kan være tynne, hvis de bare vil.

Ifølge Crandall and Martinez (1996) har stigmatisering av mennesker med fedme sitt opphav i kulturer som verdsetter uavhengighet, og som fokuserer på enkeltindividets ansvar for egen helse. Dette kombinert med et tynnhetsideal som hevder at å være tynn henger sammen med å oppnå suksess i livet. I nåtidens vestlige samfunn fremstår kroppsstørrelse som en viktig del av hvordan en person oppfattes og fremstår (Brewis, 2011). En slank kropp tolkes som en normal og sunn kropp. Kontroll over matvaner representerer disiplin (Lupton, 1996). En person som sosialt eller klinisk betegnes som overvektig blir da synonym med en person som har feilet med tanke på å kontrollere seg selv (Jutel, 2005). For mange er overvekt et sosialt symbol for personlig fiasko (Brewis, 2011).

Fordommer eksisterer også blant leger, som anser fedme som en svakhet i viljestyrke (Hell & Miller, 2002). Forskning har også vist at sykepleiere har negative holdninger til overvektige personer (Brown, 2006). Carryer (2001) gjorde en gjennomgang av sykepleiere sin faglitteratur som omhandlet overvekt. Flere av bøkene hadde fokus på individets atferd. Rådene for å redusere vekt fokuserte på å forbedre dårlige matvaner som var antatt å være forårsaket av mangel på viljestyrke, utilstrekkelig kunnskap, lav motivasjon og mangel på intelligens. Sosial stigmatisering og synet på overvekt som mangel på viljestyrke er representert som en holdning i faglitteratur og ses igjen hos mange fagpersoner innenfor helsesektoren.

I medisinsk forstand knyttes overvekt og fedme til manglende balanse mellom energiinntak og forbruk, med den konsekvens at fett lagres på kroppen (Webb, 2009). Kroppsvekten øker utover normalverdier for kjønn og alder. Medisinsk referanselitteratur bruker i dag kroppsmasseindeks (KMI) som grunnlag for

bestemmelse, diskusjon av forekomst og årsaker til overvekt (Elvbakken & Solvang, 2002). Over- og undervekt vurderes ut fra KMI (kg/m^2), hvor overvekt er KMI 25-29,9 og fedme er KMI 30 eller høyere. KMI over 35 blir oppfattet som en diagnostisert sykdom, og KMI over 40 blir beskrevet som sykkelig overvekt.

Gjennom ny kunnskap om sammenhengen mellom fedme og sykdom er det skjedd en medikalisering av tilstanden fedme. Overvekten i seg selv er ikke dødelig, men den kan føre til hjerte- og karsykdommer, diabetes og andre følgetilstander (Øen, 2012). Medikalisering vil si en prosess der helsevesenet blir mer altomgripende (Lærum, 2005). Mye av den tilgjengelige kunnskapen om fedme har bakgrunn i naturvitenskapelig tenkemåte (Øen, 2012). Det har vært fokus på årsak-virkning-tenkning, kategorisering og diagnostisering. Somatiske årsaksforklaringer, medisinske komplikasjoner og følgetilstander vektlegges. Å definere fedme på denne måten får konsekvenser fordi fedme da blir sett på som en sykdom som skal behandles.

2.2 Behandling av fedme

Overvekt behandles i dag nesten utelukkende med kontrollveininger, medisin, veiledning i sunt kosthold, resept på mosjon eller operasjon (Rippe, McInnis & Melanson, 2001; Shaw, Gennat, O'Rourke & Del Mar, 2006; Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005). Diett og kosthold (konservativ behandling) alene gir vanligvis et vekttap på fem til ti prosent av utgangsvekten, men vekttapet over tid er utilfredsstillende (Shaw et al., 2006; Wadden, Butryn & Byrne, 2004; Wadden, Butryn & Wilson, 2007). Farmasøytiske virkestoffer som influerer absorpsjonen av fett eller personens appetitt blir også i større grad benyttet (Rucker, Padwal, Li, Curioni & Lau, 2007). Medikamentell behandling kan gi en liten, men signifikant økning i kortsiktig vekttap, men frafall fra behandlingen er høy grunnet bivirkninger av medikamentene (Padwal, Li & Lau, 2005; Padwal & Majumdar, 2007).

Fra 1980 til midten av 1990-årene ble restriktive operasjonsmetoder benyttet, men vekttapet over tid var skuffende og reoperasjon ble ofte nødvendig (Aasheim et al., 2007). Fra 2001 ble biliopankreatisk avledning med duodenal omkobling og gastrisk bypass tatt i bruk i Norge. Alle de regionale helseforetakene har siden 2004 opprettet

behandlingstilbud til personer med sykkelig overvekt. Fedmekirurgi er i dag et av flere behandlingstilbud for sykkelig overvektige personer, som ikke har lyktes med annen behandling (Aasheim et al., 2007). Fedmekirurgi har den beste effekten, men bør kun brukes ved sykkelig overvekt (Adams et al., 2007; Day, 2005; DeMaria, 2007; Elder & Wolfe, 2007; Sjöström et al., 2007). Forskning viser at et godt planlagt og teknisk vellykket inngrep med god oppfølging gir en forutsigbar og langvarig vektreduksjon, bedre livskvalitet, bedring av allerede ervervede følgesykdommer og redusert dødelighet (Adams et al., 2007; Christou et al., 2004; Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström & Sullivan, 2007; Sarwer et al., 2010; Sears, Fillmore, Bui & Rodriguez, 2008; Sjöström et al., 2007; Suter, Donadini, Romy, Demartines & Giusti, 2011).

Gastrisk bypass er den vanligste operasjonen og gjøres ved alle sykehus som tilbyr fedmekirurgi i Norge (Hofsø et al., 2011). Den kombinerer restriksjon av magesekkens volum med moderat malabsorpsjon (Aasheim et al., 2007). Den øvre delen av magesekken stiftes igjen, slik at denne kan adskilles fra den nedre (større) delen. Tynntarmen kobles til den atskilte øvre (minste) delen av magesekken. Etter operasjonen går maten utenom hoveddelen av magesekken og den første delen av tynntarmen. Metoden fører til at det er plass til mindre mat i magesekken og at mindre næring blir sugd opp fra tarmen. For pasienten betyr dette et lavere kaloriopptak, man blir fort mett og får derfor en hurtig vektreduksjon. I tillegg medfører inngrepet at du blir intolerant mot næringsstoffer som konsentrert sukker og fett (Hofsø et al., 2011).

Komplikasjoner er ikke uvanlig etter gastrisk bypass operasjon (Hofsø et al., 2011). Fedmekirurgi kan medføre alvorlige komplikasjoner og har sterk innvirkning på den generelle fysiske og psykososiale helsetilstanden. Eksempler på komplikasjoner er kvalme, brekninger, fordøyelsesbesvær, dumping, dehydrering, jernmangel, B-12 vitaminmangel, kalsiummangel, magesår, stans i tarmpassasjen, forstoppelse, fettdiare, brokk, gallestein og ulike psykiske reaksjoner.

2.3 Fedmekirurgi i Norge

I 2005 startet Norge å tilby fedmeoperasjon og i 2010 ble tilnærmet 2000 fedmeoperasjoner utført i Norge (Hofsø et al., 2011). Norsk fedmekirurgi har gått inn i en ny epoke de siste fem årene. Alle helseregioner har nå et operasjonstilbud og

kirurgisk behandling av sykkelig fedme benyttes i økende grad. (Aasheim et al., 2007). Dette viser at medikaliseringen av fedme er blitt institusjonalisert i Norge. Mulige årsaker til økt bruk av kirurgi er høyere forekomst av sykkelig fedme, påvist sammenheng mellom kroppsmasseindeks og sykdom eller død, utilfredsstillende vektreduksjon ved konservativ behandling, bedring av fedmerelaterte sykdommer og livskvalitet etter kirurgi, bedret kirurgisk sikkerhet, medieoppmerksomhet og markedsføring (Buchwald, 2005).

Det er utviklet nasjonale kriterier for behandling av voksne med sykkelig overvekt. Betragtninger og konklusjoner fra den medisinske arbeidsgruppen er beskrevet i rapporten "behandling av sykkelig overvekt hos voksne" (Mårvik, 2007). I rapporten konkluderes det med at personer med sykkelig overvekt som ikke har oppnådd behandlingsmål i primærhelsetjenesten kan henvises til spesialhelsetjenesten. Kirurgi er ifølge rapporten et behandlingsalternativ for følgende kandidater:

- "Pasienter med KMI > 35 med følgesykdommer og som har gjennomført medisinsk behandling i primærhelsetjenesten i minst seks måneder uten å oppnå vektreduksjon.
- For pasienter med KMI > 50 kan kirurgi være førstevalget.
- Pasienter som er medisinsk og psykologisk utredet for operasjon.
- Pasienter som er godt informert om prosedyren, mulige komplikasjoner og behovet for endring i spisemønsteret både før og etter kirurgi." (Mårvik, 2007, s. 20-21)

2.3.1 Helsegevinst med fedmekirurgi

Colquitt, Picot, Loveman og Clegg (2009) har ved en litteraturstudie konkludert med at kirurgi ved sykkelig fedme resulterer i større vekttap enn konvensjonell behandling, og at vekttapet opprettholdes over lenger tid. Videre konkluderer de med at vekttapet som følge av operasjonen er assosiert med bedring av sykdommer som diabetes og hypertensjon, som igjen fører til redusert bruk av medikamenter. Ulempen er imidlertid at kirurgi også kan gi bivirkninger og mulighet for postoperativ dødelighet (Colquitt et al., 2009).

To norske studier fra 2007 undersøkte gastrisk bypass som behandling ved sykkelig fedme. Ett av studiene ble gjort ved et regionalt senter (Søvik et al., 2007), mens det andre ble gjennomført ved et privatsykehus (Gislason et al., 2007) i Norge. Studien undersøkte perioperative resultater og komplikasjoner etter operasjonen. I studiene er perioperative komplikasjoner definert som hendelser som oppstod i forbindelse med inngrepet, aktuelle sykehusopphold eller innen 30 dager etter operasjonen. Det ene studiet har også inkludert senkomplikasjoner som akutte magesmerter eller gallestein mer enn 30 dager etter operasjonen. Resultatene viser at fedmekirurgi ofte regnes som vellykket, med lav komplikasjonsrate etter operasjonen. Begge studiene fokuserer på medisinske komplikasjoner under eller kort tid etter operasjonen.

Søvik et al. (2007) undersøkte diabetes og metabolsk syndrom før og etter gastrisk bypass. Totalt 136 ble inkludert i studien. Gjennomsnittlig oppfølgingstid var 17 måneder. Pasientenes kroppsmasseindeks (kg/m^2) ble redusert fra et gjennomsnitt på 47 før operasjonen til 32 etter. Andel pasienter som hadde metabolsk syndrom var 80 prosent før operasjonen og 24 prosent etter ($p < 0.001$). Tilsvarende tall for type 2-diabetes var henholdsvis 34 prosent og 10 prosent ($p < 0.001$). Et annet norsk studie fra Tønsberg sammenlignet konvensjonell behandling med gastrisk bypass (Hofsø et al., 2010). Prosentvis vektreduksjon var 30 prosent i gastrisk bypass gruppen og 8 prosent i livsstilgruppen ($p < 0.001$). Resultatene viste fordelaktige resultater på glukose metabolismen, blodtrykk, lipider og inflammasjon i kroppen ved begge behandlingene. Bedring av type 2-diabetes og hypertensjon var derimot signifikant høyere i gastrisk bypass gruppen enn i livsstilgruppen. Imidlertid var gastrisk bypass assosiert med signifikant høyere risiko for komplikasjoner og lavere fysisk aktivitet. Studier fra Norge viser i likhet med internasjonale studier gode resultater når det gjelder vektnedgang og bedring av fedmerelaterte sykdommer. Selv om kirurgi resulterer i større vektnedgang enn konvensjonell behandling betyr ikke det at kirurgi er bedre på alle områder.

Kruseman, Leimgruber, Zumbach og Golay (2010) undersøkte spiseatferd og psykologisk tilstand før og etter fedmekirurgi. Personene opplevde samme grad av problematisk spiseatferd, depresjon og engstelse, uavhengig av hvor stor vektreduksjon de hadde oppnådd. Videre vektlegger forskerne i studien at det er fare for at utfall som spiseatferd og psykologisk tilstand blir ignorert dersom man ikke

kartlegger disse faktorene, men kun bruker vekt for å måle grad av suksess etter kirurgi. Resultater fra et annet studie viser at fedmeopererte personer rapporterte mindre fysisk aktivitet, et større inntak av hurtigmat, større fettinntak, høyere grad av depresjon og stress ett år etter operasjonen, sammenlignet med personene som gjennomgikk konvensjonell behandling (Bond, Phelan, Leahey, Hill & Wing, 2009). Vekttapet etter operasjonen varierer mellom personer med samme type operasjon (Gracia et al., 2009), det kan tyde på at andre faktorer, inkludert endring i spise atferd og fysisk aktivitet, også påvirker vektreduksjon og langtidseffekten av operasjonen.

I 2009 ble det gjennomført en litteraturstudie for å undersøke effekten av trening med tanke på vekttap etter fedmekirurgi (Livhits et al., 2010). Elleve av de tretten studiene rapporterer at trening og fysisk aktivitet korrelerer med økt postoperative vekttap etter fedmekirurgi. Selv om en årsakssammenheng ikke kan etableres fra observasjonsdata, støtter funnene videre arbeid med tanke på støtte og oppmuntring til fysisk aktivitet etter fedmekirurgi. Andre studier viser at økning i fysisk aktivitet etter fedmekirurgi bidrar til en bedre kroppssammensetning (forhold mellom fett og muskler) (Vatier et al., 2012), bedre psykososiale utfall (Rosenberger, Henderson, White, Masheb & Grilo, 2011), bedre helsemessig livskvalitet (Dale S Bond et al., 2009) og bedre fysisk funksjon (Josbeno, Kalarchian, Sparto, Otto & Jakicic, 2011), i tillegg til økt vektnedgang.

En studie fra 2012 gjorde en kostanalyse før og etter fedmekirurgi (Mathes & Spector, 2012). Resultatene viser et redusert inntak av matvarer etter kirurgien, med unntak av meieriprodukter, søte matvarer og væsker. Den største nedgangen ble funnet i forbruket av fiberrik frukt og grønnsaker, etterfulgt av kjøtt, fisk og komplekse karbohydrater. Mens vekttapet og reduksjon i fettinntak etter fedmekirurgi sannsynligvis er gunstig, vil de langsiktige effektene av redusert forbruk av frukt, grønnsaker, andre komplekse karbohydrater og fisk kunne motvirke disse fordelene. Nettoeffekten av denne avveiningen på fremtidig helse er vanskelig å forutsi, og krever langsiktig evaluering av klinisk utfall.

Langtidseffekten av fedmekirurgi er påvirket av i hvilken grad personene klarer å tilpasse seg ny spiseatferd, noe som igjen har sammenheng med psykologiske faktorer (Joaquin, Regina, Sagrario, Norberto & Maria Jose, 2012). Joaquin et al. (2012)

vektlegger viktigheten av å kartlegge psykiske problemer før operasjonen for å kunne ta hånd om disse utfordringene og dermed oppnå et bedre utfall. Andre studier bekrefter disse funnene (Wadden et al., 2006). Fedme er assosiert med lavere livskvalitet enn hos populasjonen generelt (Ogden & Flanagan, 2008). I tillegg er engstelse, depresjon og svekket selvfølelse vanlig blant overvektige personer (van Hout, M, van Oudheusden & van Heck, 2004). Så mange som 60 prosent av kandidatene til fedmekirurgi har psykiske problemer (Rosik, 2005) og mange har også hatt problemer i oppveksten (Grilo et al., 2005; Hensrud & Klein, 2006; R. S. Padwal & Sharma, 2009). De faktorene bør tas hensyn til både før og etter fedmekirurgi. Forskning viser at personer først og fremst er motivert for kirurgi for å kontrollere nåværende medisinske problemer, men også forbedre psykiske utfordringer og livskvalitet (Munoz et al., 2007).

Psykiske utslag etter fedmekirurgi er ikke tilstrekkelig studert (Pratt et al., 2009). Personer kan ha urealistiske forventninger om vekttap, og selv om kroppsbilde ofte bedres etter operasjonen rapporterer noen personer misnøye knyttet til overflødig hud (Marcus, Kalarchian & Courcoulas, 2009). Psykososiale problemer kan i noen tilfeller forverres etter operasjonen. Dessuten er det lite forskning på hvordan fordommer og diskriminering påvirker fedmekirurgi.

2.3.2 Ingen enkel utvei

Knutsen, Terragni og Foss (2013) gjennomførte dybdeintervjuer med personer som skulle gjennomføre gastrisk bypass operasjon og fant at personene ikke hadde tro på at de selv kunne endre sin situasjon uten operasjon. Mange hadde erfaringer med at de ikke klarte å kontrollere situasjonen, endre matinntaket eller gå ned i vekt på egenhånd. Personene fortalte at de var inne i en ond sirkel som de ikke var kapable til å bryte. Fedmekirurgi representerte et håp for endring og en mulighet til å leve et annet liv. Med bakgrunn i mange mislykkede forsøk på å ta kontroll over inntaket og endre livsstil ble operasjonen sett på som nødvendig og eneste mulighet for å løse deres problemer og situasjon.

Operasjonen gastrisk bypass tvinger personen til å endre måltidsstrukturen, spise mindre, oftere og unngå raskt absorberbare karbohydrater, som mat med mye sukker

i. Dersom man feiler i å følge disse reglene kan det føre til ubehagelige følger som ”dumping”-syndrom (hyppig magetømming) som blant annet forårsaker smerte, diare og hjertebank (Tack, Arts, Caenepeel, De Wulf & Bisschops, 2009). Flere oppnår som følge av dette en følelse av kontroll fordi kirurgi begrenser deres valg og tvinger fram kontroll over spisevanene (Ogden & Flanagan, 2008). Kroppsvekten reduseres raskt på grunn av et meget lavt matinntak og gir derfor dem med stor kropp en signifikant forbedret helse tilsynelatende uten særlig stor egeninnsats (Sjöström et al., 2004).

Knutsen og Foss (2011) beskriver at i løpet av de første ni post-operative månedene mistet personene mellom 30 og 52 kilo. Det oppleves som en lettelse å måtte spise mindre og føle seg mett etter kun små mengder med mat. Selv om ”dumping”-syndromet representerte redsel og smerte var det forstått som en nødvendighet og et signal på en vellykket operasjon, fordi det tvinger personen til å kontrollere inntaket. Etersom vekten synker øker personens optimisme.

Fravær av ”dumping” en tid etter operasjonen representerte en utfordring for flere av personene i studien (Knutsen et al., 2013). De ble igjen ansvarlig for eget matinntak og det oppstod en frykt for å ikke klare å kontrollere matinntaket. Mange ble bekymret når vekten ikke lenger gikk nedover. De fleste informantene uttrykte usikkerhet med tanke på om de ville klare å vedlikeholde vekten i fremtiden. Selv om den hurtige vektnevdgangen gav håp, ble ikke erfaringer med mislykkede diettforsøk og fiasko glemt. Personene ble hele tiden dratt mellom følelsen av å ha kontroll og å ikke ha kontroll. Mange opplevde å skifte mellom å føle seg glad, suksessfull og ha kontroll, samtidig som de var engstelige og usikre på framtiden. Funnene til Knutsen et al. (2013) indikerer at selv om fedmeoperasjon ses på som et vendepunkt, føler personene tydelig mangel på kontroll.

Det største vekttapet skjer i løpet av det første året etter kirurgien (Kruseman et al., 2010). Etter dette kan vekten gradvis øke (Sjöström et al., 2004). Vektøkning er i hovedsak knyttet til to grunner: tilbakefall av spiseforstyrrelser eller tidligere matatferd, og opphør av ”tvungen” begrensning av matinntak, kombinert med utilstrekkelig fysisk aktivitet (Suter et al., 2011). Noen begynner med matvaner som hyppig inntak av høykalori væske eller et mønster av kontinuerlig spising av små mengder mat i løpet av dagen. Andre øker kaloriinntak gradvis over tid og bidrar til

vektøkning (Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005). Å ikke klare å vedlikeholde vekten man oppnådde etter operasjonen vil kunne forsterke følelsen av mangel på kontroll (Mæland, 2010). Dette kan muligens ha sammenheng med studier som viser at depresjon og engstelse vanlig et par år etter inngrepet (Thomas A. Wadden et al., 2007). Siden fedme er ansett å være selvforskyldt, blir tilbakefall ofte forbundet med moralsk svikt og skyldfølelse (Alverdy et al., 2009; Throsby, 2012).

Langsiktig vekttap og vedlikehold av vekttapet krever at personene følger postoperative atferdsmessige anbefalinger. Personene må gjøre konkrete endringer i livsstil, inkludert streng diettkontroll, regelmessig mosjon, reduksjon av fettrik mat, og unngå alkohol (Elkins et al., 2005; Marcus et al., 2009). Post-kirurgiske anbefalinger feiler ofte ved ikke å ta hensyn til viktige forskjeller i pasientens livsstil, kultur, sosiale ressurser og finansiell status (Funnell, Anderson & Ahroni, 2005). Overholdelse av postoperative retningslinjer er avgjørende med hensyn til kirurgisk resultat, men forskning tyder på at det ofte er vanskelig. I noen studier er det rapportert at 36 prosent ikke følger anbefalingene (Funnell et al., 2005). Elkins et al. (2005) rapporterer at et betydelig antall av pasientene ikke følger de post-kirurgiske atferdsmessige anbefalingene. Å unngå småspising og det å øke nivået av fysisk aktivitet var anbefalingene flest hadde vanskeligheter med å følge.

Behandlingen kan forstås som en disiplinierende strategi som søker å forbedre personer, ved å påføre tvungen kontroll over mat inntaket (Knutsen & Foss, 2011). Metoden viser da liten tillit til personens evne til å regulere matinntaket ved hjelp av egen kontroll. Den biologiske "låsen" i magen gir inntrykk av å være selvstyrt, men den involverer et paradoks: "selvstyre" styres ved en teknologi (operasjon) som overstyrrer personers selvstyre (Knutsen et al., 2013). Imidlertid vil denne "låsen" som tvinger fram et spesifikt matinntak gradvis forsvinne. Å vedlikeholde vekten avhenger da av hver enkelt persons evne og vilje til å spise rett og trene regelmessig. Vanskeligheter med å vedlikeholde den nye vekten er godt dokumentert (Cogan & Ernsberger, 1999; Leibel, Rosenbaum & Hirsch, 1995), og det vil derfor være viktig med god oppfølging.

2.3.3 Oppfølging

Å gjennomgå fedmeoperasjon krever livslang endring i vaner. Å hjelpe pasienten å forstå hvorfor operasjonen krever endring i matvaner, og motivere dem til å gjøre disse endringene er nødvendig for suksess (Akabas, Lederman & Moore, 2012). Det er viktig å ha langsiktige mål, og vektreduksjonen bør skje over lang tid. I tiden etter operasjonen er det derfor viktig med oppfølging og støtte (Hofsø et al., 2011).

I et klinisk studie fra 2010 viser hovedfunnene at inkludering av livsstilsintervensjon i postoperativ behandling resulterte i økt vekttap og bedre vedlikehold tre år etter operasjonen sammenlignet med standard oppfølging (45,3 vs 30.8 kg, henholdsvis) (Papalazarou et al., 2010). Funnene viser at anvendelsen av livsstilintervensjon postoperativt kan øke effekten av det kirurgiske inngrepet både i vekttap og vedlikehold ved å påvirke faktorer som spiseatferd, kostholdet og graden av fysisk aktivitet.

I rapporten ”utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialhelsetjenesten” legges det vekt på at oppfølging må støtte opp under den allerede iverksatte behandlingen og er viktig for å opprettholde helsegevinsten (Mårvik, 2007).

Oppfølging ansees som en viktig faktor for vellykket overvekts behandling. Endringer i kosthold og fysisk aktivitet tar lang tid. Kommuner og primærhelsetjenesten har hovedansvar for oppfølging av pasienten og skal støtte opp under nye vaner i hjemmemiljøet. Det er helt avgjørende at pasienten er medvirkende i hele forløpet, og at de finner den riktige formen for oppfølging i sitt nærmiljø. Oppfølging som anbefales er tiltak som sikrer at pasienten kommer i kontakt med personer i samme situasjon i form av nettverksgrupper, deltar i treningsopplegg lokalt, får tilbud om veiledning og går til kontroll i forhold til vekttap og følgesykdommer. Kirurgisk behandling av overvekt gir vektreduksjon på kort sikt, og nye studier viser at godt organisert oppfølging og motivasjon kan gi tilfredsstillende langtidsresultater (Maggard et al., 2005; Mitchell et al., 2001; Sjöström et al., 2004).

Tverrfaglige oppfølgingsteam som inkluderer fagfolk med kompetanse i indremedisin, atferdsterapi, psykiatri, anesthesiologi, kirurgi, ernæring og fysisk aktivitet ses på som en forutsetning for å sikre høy kvalitet og færrest mulig komplikasjoner (Mårvik, 2007). Det anbefales å legge til rette for brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering av behandlingstilbudet.

2.4 Oppsummering av teorikapittelet

Behandling av fedme er en vanskelig og sammensatt utfordring. Vanskeligheter med å redusere vekten og vedlikeholde den nye vekten er godt dokumentert (Cogan & Ernsberger, 1999; Leibel et al., 1995; Wooley & Garner, 1991). Verken dietter, fysisk aktivitet, medikamenter eller psykoterapi ser ut til å gi tilstrekkelig eller varig vekttap for majoriteten av personer med alvorlige vektproblemer (Shaw et al., 2006; Wadden et al., 2004; Thomas A Wadden et al., 2007). Personer med sykkelig overvekt ($KMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ eller $KMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ kombinert med fedmerelatert følgesykdom) som ikke har fått tilstrekkelig eller varig livsstilsendring, via konvensjonell eller annen behandling, kan i dag tilbys fedmeoperasjon. Det er imidlertid ikke risikofritt å gjennomgå fedmeoperasjon. Plager og komplikasjoner kan oppstå både på kort og lang sikt. Fedmeoperasjon er på kort sikt et effektivt virkemiddel for å redusere matinntak og opptak av næringsstoffer. Vi opererer friske mager og tarmen for å gjøre det enklere å spise lite. Ubehaget som følger av å spise for mye eller ”feil” type mat etter gastrisk bypass, gjør at man tenker nøye gjennom hva og hvor mye man spiser. Man kan imidlertid sette spørsmålstejn ved om problemet sitter i fordøyelsessystemet. På lang sikt er det opp til hver enkelt person å vedlikeholde den nye vekten, noe som har vist seg å være vanskelig. Det gjenstår mye forskning på hvordan denne operasjonen oppleves for den som gjennomfører inngrepet, hvordan det oppleves å leve med endringene som er gjort i fordøyelsessystemet og hvilke oppfølging som ønskes og kan bidra med gode langtidsresultater.

3.0 Forskningsdesign

I dette kapittelet presenteres forskningsdesign og hva som ligger til grunn for metodiske valg. Videre presenteres utvalg og metode for datainnsamling og analyse. Kapittelet avsluttes med undersøkelsens reliabilitet og validitet, forskningsetiske vurderinger og metodeoverveielser.

Forskningsdesignet fungerer som et rammeverk for innsamling og analyse av data (Bryman, 2012). Hensikten med studien er å forstå hvordan tiden etter en gastrisk bypass operasjon oppleves. Dermed kan erfaringer fra dem som har gjennomgått

operasjonen brukes til å finne oppfølgingsstrategier som oppleves hensiktsmessige for personene det gjelder. For å kunne belyse problemstillingen valgte jeg kvalitativ tilnærming, som har som mål å få fram og utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener (Malterud, 2011). Som kvalitativ forsker ser jeg på virkeligheten som subjektiv, mangfoldig og sosialt konstruert. Hva man opplever kommer an på hvem man er. En holistisk tilnærming står i fokus. Det vil si at alle de separate delene i studien tolkes innenfor en større kontekst (Dahlgren, Emmelin & Winkvist, 2004). Helhetsperspektivet inkluderer synet på hvordan kunnskap genereres (epistemologi) og dermed også relasjonen mellom forsker og informant.

Ifølge Carter og Little (2007) finnes det tre aspekt ved kvalitativ forskning - epistemologi, metodologi og metode. Jeg vil redegjøre for disse begrepene samt bruken av de tre aspektene i denne studien. Epistemologi er læren om vår erkjennelses natur, dens forutsetninger og grunnlag, og om vår kunnskaps opprinnelse, mulighet, omfang og gyldighet (Carter & Little, 2007). Epistemologien bestemmes og synliggjøres gjennom både metodologi og metode.

Metodologi former og er formet av forskningens målsetting, spørsmål og studiedesign (Carter & Little, 2007). Metodologien begrunner, ledsager og evaluerer metoden. Målet med metodologien er å beskrive og analysere metoden, belyse dens begrensninger og ressurser, klargjøre ens forutsetning og konsekvenser. Den skal hjelpe å gi best mulige vilkår til å ikke kun forstå produktet av vitenskapelige undersøkelser, men selve prosessen. "Grounded theory"-tilnærming og fenomenologiske tradisjoner er eksempler på metodologier som rettfærdiggjør metoder brukt i kvalitativ forskning. Dette er metodologier som gir forskeren en overordnet strategi for å formulere, tydeliggjøre, analysere og evaluere metoden (Carter & Little, 2007). Videre er det metoden som produserer data og analysen som er basisen for selve kunnskapen.

Metoden er selve handlingen (Carter & Little, 2007). Det vil si innsamling, håndtering og analyse av data, utvalg og redegjørelse. Utvalg i kvalitativ forskning er betinget og har som målsetning å være utforskende framfor å være statistisk representativ for en populasjon. Jeg har valgt å bruke teoretisk utvalg som er en form for betinget utvalg. Datainnsamlingsmetoden jeg har valgt er kvalitative intervju. For å håndtere

datamaterialet jeg samlet inn transkriberte jeg alle intervjuene og brukte ”Hyper Research”. Dataanalysen inkluderer blant annet ”constant comparison” og ”memo writing” som jeg vil komme nærmere inn på i metodekapittelet. Selve skrivingen og redegjørelsen i kvalitativ forskning er en del av den analytiske prosessen (Carter & Little, 2007). Tanker og fortolkning utvikles gjennom skriveprosessen. Videre vil jeg utdype hva som ligger i begrepene epistemologi, metodologi og metode samt redegjøre for mine valg under hvert begrep.

3.1 Epistemologi

Epistemologi påvirker implementering av metoden på ulike områder. Blant annet påvirkes relasjonen mellom forsker og deltaker. Epistemologi former hvordan forskeren danner seg et bilde av deltakeren i datainnsamling og analyse (Carter & Little, 2007). Man kan tenke på deltakerne som aktive bidragsytere eller som subjekter som studeres. Jeg har et konstruktivistisk perspektiv i studien. Det fremhever at forskningskunnskap er et resultat av relasjonen mellom forsker og de som studeres (Thagaard, 2009). Både forsker og informant utformer kunnskapen i felleskap. En vitenskapelig sannhet er aldri absolutt objektiv eller uimotsigelig men, sannheten konstrueres i forskningsprosessen (Dahlgren et al., 2004). Hva jeg oppfatter som gyldig forskningskunnskap ses i lys av relasjonen mellom meg og informantene.

Epistemologi har også innflytelse på form, stemme og presentasjon av metoden. Epistemologi avgjør hvordan forskeren kommuniserer med hans eller hennes målgruppe eller publikum. Formålet med en kvalitativ tekst er å formidle en meningssammenheng som gir leseren forståelse av det sosiale fenomenet teksten handler om. Den kvalitative tekstens meningsbærende karakter er knyttet til fortolkende tilnærminger (Thagaard, 2009). En konstruktivistisk forståelse tar utgangspunkt i at beskrivelsen av sosiale fenomener i teksten gjenspeiler informasjon fra datamaterialet, men preges samtidig av forskerens fortolkning av denne informasjonen (Thagaard, 2009). Grunnlaget for presentasjonen er fortellingene informantene har presentert i intervjuene. Jeg la vekt på at teksten både skulle ha et abstraksjonsnivå som gir grunnlag for tilknytning til teori, og at teksten samtidig er konkret nok til at leseren får en forståelse for fenomenet.

Det er viktig å evaluere den utviklede kunnskapen og sammenligne egne og deltakernes verdier, i tillegg til å vurdere verdier i samfunnet som er medelt gjennom forskning på helseeffektene av overvekt og vanskelighetene mange personer møter når de skal ta hånd om overvektspromblemet. Epistemologi er altså omringet av etiske verdier.

3.1.1 Forforståelse

Forforståelse er et sett av forutinntatte meninger og holdninger vi bringer med oss for å finne mening i en handling eller i en tekst (Aadland, 2004). Filosofen Hans Georg Gadamer (1900-2002) introduserte begrepet. Han påpekte at vi ikke kunne møte verden uten et sett med ”briller” som hjelper oss å finne et system, en orden eller meningen i det vi står overfor. Som forsker må jeg bevisstgjøre og redegjøre for forforståelsen min.

Min utdanningsbakgrunn er Bachelor i idrett fra Universitetet i Stavanger, ett år ernæringsstudie ved Atlantis medisinske høyskole og nå masterstudent i samfunnsnærings, med et tverrfaglig fokus på forebyggende helsearbeid ved Høyskolen i Oslo og Akershus. Erfaringer jeg har tilegnet meg fra disse årene har påvirket min forforståelse. Jeg har tidligere vært med i prosjekter som ”Stor og sterk” i regi av Stavanger kommune og ”Lek” i regi av Sandnes kommune. Dette er to ulike prosjekter som fokuserer på forebygging av overvekt ved hjelp av livsstilsendring, og de har bidratt til interessen min for overvektspromblematikk. I tillegg til utdanning har oppveksten formet min forforståelse. Holdninger og oppfatninger jeg har er et resultat av tidligere erfaringer og hendelser i livet mitt.

I tillegg til egen forforståelse er det viktig å vurdere gjeldene verdier i samfunnet. Solheim (2013) har sett nærmere på identitet, kropp og hverdagsliv i et folkelig perspektiv. Hun trekker frem at samfunnets helsetilnærming er knyttet opp mot vestlig medisin. Hovedtendensen i tilnærmingene viser til overvekt og fedme som noe negativt og problematisk. De statlige føringene legger denne vinklingen til grunn gjennom stortingsmeldinger, handlingsplaner og medisinske anbefalinger. Mange mennesker i samfunnet har moraliserende tanker og utsagn om overvekt. I media og

samfunnet generelt er det mye fokusering på sunnhet, kropp, helse og trening som kilden til det gode liv. Politiske føringer, tendenser i tiden og ledende forskning spiller en rolle i hva man legger i helsebegrepet. Samtidig er det individuelle forskjeller på hvordan man oppfatter helse og overvektspromatikk. Folks meninger påvirkes av personlige erfaringer, hvor de er i livsløpet, og om de opplever å ha god helse eller ikke (Solheim, 2013). Mason (2001) trekker fram at i dagens individualiserte samfunn blir også skam relatert til skyld, fordi menneskene dette rammer blir tillagt ansvaret for sin usunne levemåte og dertil påfølgende tilstand/sykdom.

Det er ulike meninger angående behandlingstilbudene for overvektige. Både private og offentlige aktører tilbyr ulike måter for å gå ned i vekt. Noen mener overvekten sitter i hodet og at det derfor ikke er hensiktsmessig å operere magen. Andre mener kosthold og trening ikke er gjennomførbart og at operasjon for mange er den eneste mulige løsningen på overvektspromatet. Gjennom min involvering i ulike livsstilsprosjekter har jeg sett hvor vanskelig det kan være å gå ned i vekt ved hjelp av trening og kost. Noen klarer målet sitt, mens andre ikke lykkes. Mange går ned i vekt, men klarer ikke å holde vekten over tid. Jeg har lært at overvekt er en kompleks tilstand og at vi ikke skal dømme noen før vi er klar over hva som ligger til grunn for situasjonen de befinner seg i. Med tanke på om fedmeoperasjon er den rette løsningen hadde jeg verken sterke meninger for eller imot før denne studien. Det jeg viste var at fedmeoperasjon er et stadig voksende fenomen som vi trenger mer kunnskap om.

3.2 Metodologi

Formål, forskningsspørsmål, og design former valget av metodologi. Metodologi former igjen formål, forskningsspørsmål, og design (Carter & Little, 2007). Valg av metodologi vil produsere ulike forskningsprodukter. En "Grounded Theory"-studie vil kunne produsere en teori, en fenomenologisk tilnærming vil produsere en detaljert analyse av en livshistorie, og en etnografisk studie beskriver og/eller fortolker en kultur. Metodologien begrunner, ledsager og evaluerer metoden. I min studie har jeg brukt elementer fra både fenomenologi og "Grounded Theory" (GT). Disse metodologiene bygger på symbolsk interaksjonisme som baserer seg på kvalitative metoder ved å legge vekt på forskerens forståelse av den meningen som en handling har for informanten (Thagaard, 2009). Det er nære bånd mellom GT og fenomenologi

(Dahlgren et al., 2004). Først gjør jeg rede for hovedprinsippene i de ulike metodologiene deretter beskriver jeg hvordan jeg bruker metodologiene sammen.

3.2.1 Fenomenologi

Målet innenfor en fenomenologisk tilnærming er å beskrive menneskets erfaring av et fenomen (Starks & Trinidad, 2007). Gjennom å etterspør individuell erfaring ønsker en fenomenologisk analytiker å fange meningen og fellestrekk av et erfart fenomen eller handling. Sannheten om en handling eller et fenomen kan kun læres eller forstås gjennom erfaring (Starks & Trinidad, 2007). Jeg etterspør erfaringene fra personer som er fedmeoperert. Gjennom å intervjuer personene ønsket jeg å få en dypere forståelse av fenomenet ”å være fedmeoperert” og hvilke utfordringer personene møter.

3.2.2 Grounded Theory

GT har sine røtter i symbolsk interaksjonisme (Alvesson & Sköldberg, 2008), og er en måte å lære om verden vi studerer og en metode for å utvikle teorier for å forstå den. Et kjennetegn ved GT er fokuset på hvordan teori kan utvikles på grunnlag av systematiske analyser av data (Thagaard, 2009). Det innebærer at teorien utvikles i nær tilknytning til dataene, og at sammenhengen mellom kategoriene i datamaterialet spesifiseres. I metoden står datainnsamling, analyse og teori nært hverandre. Datainnsamling og analyse er en parallell prosess (Bryman, 2012). Man begynner med å samle inn data og analyserer disse før man samler inn mer. GT kan både ses på som en tilnærming og metode for kvalitativ forskning, eller en tilnærming for å generere teori (Bryman, 2012).

I det klassiske GT-arbeidet snakker Glaser og Strauss om å utforske teori som framvoksende fra data separat fra vitenskapelige observasjoner (Charmaz, 2006). I motsetning trekker Charmaz (2006) fram at verken data eller vitenskap/teori oppdages. Vi er en del av verden vi studerer og data vi samler inn. Vi konstrueres våre GT gjennom vår tidligere og nåværende involvering og interaksjon med personer, perspektiver, og forsknings praksis. Denne tilnærmingen antar at enhver teoretisk fundering tilbyr en fortolkende skildring av den studerte verden, ikke et

eksakt bilde. Forskningsdeltakernes implisitte meninger, eksperimentelle syn og forskerens ferdige GT er konstruksjoner av virkeligheten. Det er viktig å være klar over dette og passe på at teorien man utvikler kommer fra data, snarere enn at den blir tvunget til å passe en eksisterende teori (Bryant & Charmaz, 2007).

Jeg har vært opptatt av å se fedmekirurgi i et nytt lys. Mitt mål er ikke å teste eksisterende kunnskap eller hypoteser, men å få en dypere forståelse av personers erfaring med fedmeoperasjon ut fra deres beskrivelser. Siden erfaringer etter gastrisk bypass er lite undersøkt, kan en kvalitativ studie bidra til å bringe fenomenet fram i lyset, og til å utvikle velegnede fagbegreper.

3.3 Metode –kvalitativt forskningsintervju

Metode betyr ”veien til målet” (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009), og er en systematisk måte å gå fram for å samle inn, organisere, bearbeide, tolke, analysere og presentere data. Det må gjøres på en slik måte at det er synlig for andre hva man har gjort i de ulike fasene i undersøkelsen (Polit & Beck, 2004). Da styrkes reliabiliteten og validiteten av studien.

Jeg har valgt kvalitativt forskningsintervju som metode. Formålet med et intervju er å innhente beskrivende informasjon om hvordan mennesker opplever ulike sider ved sin livssituasjon. Det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet til å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser (Dalen, 2011). Målet med det kvalitative intervjuet var å få en dypere og mer fullstendig forståelse for opplevelsene og behovene den enkelte pasient har etter en fedmeoperasjon (Holme & Solvang, 1996). Noe som er i tråd med målene ved en fenomenologisk og GT-tilnærming.

I tillegg til intervju valgte jeg å supplere med observasjon. Jeg var observatør i pasientskolen som er en informasjonsdag før operasjonen og jeg var med på en gruppesamtale seks uker etter operasjonen. Deltakerne kunne komme med spørsmål, noe som gjorde at jeg fikk en bedre forståelse for personenes tanker, følelser og vurderinger før og etter operasjonen. Med tanke på omfanget av oppgaven har jeg ikke analysert observasjonene, men brukt dem til å få en bedre forståelse og et større

innblikk i deltakernes situasjon. Målet ved å supplere med observasjon var ikke å få et større datamateriale, men se hvordan personer oppfører seg og skaper mening fra deres levde erfaring (fenomenologi) og få et innblikk i hvordan sosiale prosesser er konstruert og begrenset av det fysiske og sosiale miljøet de praktiseres i (GT). Observasjon kan være nyttig innenfor både GT og fenomenologi for å se hvordan personer oppfører seg i en spesifikk setting og skaper mening fra deres erfaring. I tillegg var det nyttig å ha sett hvordan pasientskolen og gruppesamtalene foregår slik at jeg viste hva informantene mine snakket om i intervjuene.

Jeg ønsket også å gjennomføre en enkel kartlegging av fedmekirurgi i Norge. Derfor sendte jeg mail til alle som utfører fedmekirurgi (vedlegg 1). Målet var å undersøke når de startet med fedmekirurgi, hvilke operasjonstyper de tilbyr, hvor mange operasjoner som utføres og hvilke oppfølgingstilbud sykehusene og private klinikker tilbyr denne pasientgruppen. På grunn av dårlig respons på mail og purringer valgte jeg imidlertid å ikke inkludere den ufullstendige kartleggingen som en del av oppgaven.

3.3.1 Valg av informanter

Studiens deltakere er personer som har gjennomgått gastrisk bypass-operasjon på Stavanger Universitetssjukehus. Jeg intervjuet til sammen 13 personer.

3.3.2 Inklusjonskriterier og rekruttering

Studiens informanter er i tråd med min fenomenologiske tilnærming som sier at man skal velge informanter ut fra hvem som har erfart fenomenet av interesse (Starks & Trinidad, 2007). Kriterier for inklusjon i prosjektet var at deltakere skal ha hatt operasjon minst seks måneder før intervjuet og at de er voksne (over 18 år). Utvalget har spredning i alder, kjønn og sosioøkonomisk bakgrunn.

Pasientene ble informert og rekruttert av avdelingssykepleier på poliklinikk for sykkelig overvekt ved Stavanger Universitetssjukehus. De fikk informasjon om studien når de var inne til undersøkelse og fikk tildelt et informasjonsskriv hvor det ble

redegjort for hensikten med undersøkelsen og hvordan svarene ville bli brukt (vedlegg 2). Informantene meldte seg frivillig og jeg fikk kun kontaktinformasjon til dem som hadde meldt seg. I brevet presiserte jeg at informantene kunne trekke seg. De fikk også informasjon om at det ville bli brukt lydopptaker under intervjuet og at informantenes personvern ble sikret ved at svarene ikke kan spores tilbake til hver enkelt. I tillegg fikk informantene telefonnummeret og mailen min dersom de hadde noen spørsmål. Jeg hadde kontakt med avdelingssykepleier gjennom hele prosessen, slik at vi kunne diskutere hvilket utvalg jeg trengte til studien.

Mens rekrutteringen foregikk valgte jeg deltakere som kunne tilføre mer informasjon til kategoriene jeg hadde utviklet når jeg analyserte de første intervjuene. Da avdelingssykepleier hadde rekruttert ni personer, hadde vi ennå ingen personer som hadde operert for mer enn to år siden, noe som var ønskelig. Jeg valgte da å sende ut informasjonsbrev til 25 nye personer gjennom avdelingssykepleieren. Jeg gjorde klar konvoluttene med informasjonsskrivet og avdelingssykepleier skrev på adresser og sendte dem ut. I brevet presiserte jeg at jeg ikke hadde navnene på dem som fikk brevene og hadde derfor ingen mulighet til å kontakte dem dersom de ikke kontaktet meg. Det var derfor viktig at de tok kontakt på mail eller telefon dersom de var villige til å delta. Jeg fikk svar fra seks personer og valgte å intervjuet fem av dem.

Jeg ønsket å inkludere personer som hadde operert for to år eller lenger siden for å kunne belyse de ulike fasene etter operasjonen: fra den første tiden etter operasjonen til livet ”normaliserer seg” etter to år. Dermed kunne jeg få en enda bedre forståelse av tiden etter operasjonen. Dette er i tråd med GT tilnærmingen som vektlegger et utvalg ut fra hvem som har erfart fenomenet under ulike forhold (Starks & Trinidad, 2007). Jeg startet med å intervjuet tre personer som hadde operert for seks måneder siden. Deretter fortsatte jeg med noen som hadde operert for et år siden før jeg intervjuet personene som hadde operert for to år eller lenger siden. Ifølge GT handler det ikke om å representere en populasjon eller øke den statistiske generaliserbarheten av resultatene, men å videreutvikle kategoriene og teorien (Charmaz, 2006). Jeg videreutviklet kategoriene mine ved å få et lenger tidsperspektiv. Denne måten å rekruttere deltakere kalles ”theoretical sampling” innenfor GT. Ifølge Birks og Mills (2011) beskrives ”theoretical sampling” som en prosess hvor man samler inn, koder,

og analyserer data og bestemmer hvilke data man skal samle inn etter hvert ut fra hva som fremkommer i det innsamlede materialet.

3.3.3 Informantene

De 13 personene jeg har intervjuet har jeg gitt anonymiserte navn (tabell 1). Utvalget består av åtte kvinner og fem menn i alderen 27 til 69 år. Tre av deltakerne opererte for seks måneder siden, fem for ett år siden og fem for over to år siden.

Tabell 1: Informanter

Informant:	Kjønn:	Alder:	Operert:
1 Silje	Kvinne	37 år	6 måneder siden
2 Bjørn	Mann	44 år	6 måneder siden
3 Eirik	Mann	54 år	6 måneder siden
4 Kari	Kvinne	55 år	1 år siden
5 Malin	Kvinne	50 år	1 år siden
6 Anne	Kvinne	50 år	1 år siden
7 Lise	Kvinne	33 år	1 år siden
8 Gustav	Mann	44 år	1 år siden
9 Julie	Kvinne	27 år	2 år og 1 mnd siden
10 Jon	Mann	69 år	2 år og 2 mnd siden
11 Olav	Mann	50 år	2,5 år siden
12 Siri	Kvinne	40 år	2,5 år siden
13 Rita	Kvinne	60 år	2,5 år siden

3.3.4. Datainnsamling

3.3.4.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuguide utarbeides for å få en oversikt over og sikre hvilke temaer som ønskes belyst i løpet av intervjuet (Jacobsen, 2005). Jeg valgte å utforme en delvis strukturert intervjuguide (vedlegg 3). Det vil si at temaene i hovedsak er fastsatt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemmes underveis (Thagaard, 2009). Innenfor GT-

tilnærmingen vektlegges viktigheten av å være fleksibel for å få informanten til å utdype interessante tema som fremkommer underveis i intervjuet (Charmaz, 2006).

En trenger ikke følge intervjuguiden punkt for punkt i den rekkefølgen det er satt opp, men det er viktig at en i løpet av intervjuet får dekket de områdene guiden inneholder (Holme & Solvang, 1996). Svarene fra informantene styrte oppfølgingsspørsmålene. Noe som er i tråd med GT-tilnærmingen og fenomenologi. Hva du spør informantene om og hvordan du spør bør varierer innenfor og mellom intervjuene (Charmaz, 2006).

Jeg hadde ikke en klar definert problemstilling. Det er i tråd med GT-tilnærmingen, hvor det vektlegges å utforme problemstillingen fra kjernekategoriene som fremkommer i datamaterialet (Bryant & Charmaz, 2007). Jeg bestemte meg for å være åpen for det informantene hadde å fortelle og heller jobbe ut fra forskningsspørsmålene og etterpå spisse en problemstilling ut ifra de svarene og fortellingene jeg fikk i intervjuene. Relevante tema var: tiden før man blir operert og grunn til at man blir operert, opplevelse av tiden etter operasjonen, utfordringer, oppfølging og livet her og nå. Jeg utformet spørsmål som kunne belyse temaene.

Innenfor fenomenologien og GT er det viktig å samle inn fyldige data slik at man får et solid materiale som danner et godt grunnlag for analysen. Fyldige data er detaljerte og fokuserte. De avdekker deltakernes syn, følelser, intensjoner, og handlinger så vel som konteksten og strukturen av deres liv (Charmaz, 2006). For å få en fyldig beskrivelse valgte jeg å utforme intervjuguiden på en måte som får deltakerne til å dele mest mulig erfaringer. Ved å formulere åpne spørsmål fikk jeg frem informantenes fortellinger og opplevelser. Jeg brukte ord som hva, hvordan, kan du beskrive og hva betyr det for deg.

3.3.4.2 Forberedelse og gjennomføring av intervju

Jeg startet med å avtale et intervju for og eventuelt kunne revidere intervjuguiden eller gjøre andre endringer. Man starter med en eller noen få informanter og bruker ideer og tips fra disse i de neste intervjuene. Man får altså impulser og ideer fra et intervju som man bygger videre på i det neste (Jacobsen, 2005). Dette er i tråd med GT

tilnærmingen som legger vekt på å følge interessante eller spennende spor som dukker opp underveis (Birks & Mills, 2011). Jeg forberedte meg til intervjuene ved å lære intervjuguiden utenat og ved å lese meg opp på intervjuteknikk.

3.3.4.3. Lokaler og teknisk utstyr

Intervjuene ble gjennomført i lokalene til Stavanger Universitetssjukehus. Dersom noen ønsket å gjennomføre intervjuet andre plasser enn på sykehuset var jeg åpen for å komme der det passet dem best. Ett av intervjuene ble derfor gjennomført hjemme hos den ene informantene.

I litteratur om kvalitativ forskning anbefales det stort sett å bruke en eller annen form for båndopptaker i intervjuene. Det er vanskelig å få skrevet ned alt som blir sagt samtidig som man skal ha øyekontakt, legge merke til kroppsspråk og få en flyt i samtalen. Jeg brukte MP3-spiller og data med innebygd mikrofon. Jeg valgte å bruke to opptakere per intervju slik at jeg var sikker på at en av dem virket og var av god kvalitet. Jeg overførte lydfilen til datamaskin slik at jeg kunne høre, spole og skrive uten andre hjelpemidler enn data. Intervjuene ble gjengitt så ordrett som mulig, inkludert latter, pause, stønn og sukk.

Ingen av informantene så ut til å bry seg noe særlig om båndopptakeren. Jeg presiserte før intervjuet at det kun var jeg som skulle høre på lydfilene. Jeg fant fort ut at det var viktig å sette på båndopptaker med en gang og ikke slå den av før personen var gått ut av rommet. Det kom ofte fram sterke meninger og interessante erfaringer etter vi hadde avsluttet selve intervjuet.

3.3.4.4 Intervjusituasjonen

Jeg presenterte meg selv og takket for at personen hadde tatt seg tid til å delta i studien. Deretter startet jeg med å stille innledningsspørsmål som var av generell karakter. Jeg spurte om de kunne fortelle litt om seg selv for å få i gang samtalen og få bort litt av nervøsiteten som ofte kan forekomme i starten på et intervju før du får skikkelig flyt i samtalen. Deretter gikk jeg over til hovedspørsmålene som ble stilt på en måte som inviterte informantene til å reflektere over temaene, og gi fylldige svar. Jeg startet spørsmålene med ”Fortell om...” eller ”Hvordan opplevde du...”.

Deltakerne var ivrige og hadde mye på hjertet. Noen snakket mer enn andre, men alle delte villig sine erfaringer. Ifølge Kvale et al. (2009) bør intervjuer i løpet av intervjuet forsøke å verifisere sine tolkninger av svarene. Jeg var derfor oppmerksom på å jevnlig foreta en oppsummering av hva de hadde sagt for å forsikre meg om at jeg hadde oppfattet dem riktig. Det er også viktig å gi positiv tilbakemelding på det informanten forteller (Thagaard, 2009). Jeg nikket, bekreftet og oppmuntret til videre utdypning. Det er også viktig å stille oppfølgingsspørsmål som tar utgangspunkt i det informanten har fortalt. Disse innledet jeg ofte med ”kan du si mer om..” eller ”hva mener du med..”. Avslutningsvis ble informantene spurt om det var noe de ville tilføye eller noe viktig vi ikke hadde snakket om som de ønsket å få bedre belyst.

3.3.5 Dataanalyse

Etter å ha transkribert alle intervjuene satt jeg igjen med over 200 sider utskrift og ideer om hvilke tema som kunne være aktuelle for å belyse problemstillingen. Dataanalysen involverer både elementer fra GT, og noen grunnprinsipper fra metoden som Malterud (2011) kaller systematisk tekstkondensering. Alle Word-filene ble lagt inn i programmet ”Hyper Research” som er et hjelpemiddel og verktøy for å kode og analysere kvalitative data. Hjelpemiddelet var veldig nyttig for å få oversikt over mine data, og for å kunne se etter tendenser i analyseprosessen.

Da jeg hadde transkribert de to første intervjuene leste jeg først gjennom de for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble temaer i intervjuene identifisert gjennom bruk av elementer fra GT. Første steg av dataanalysen var ”intial coding” eller ”open coding” som det også kalles. ”Intial coding” kan defineres som en prosess som innebærer å bryte ned, eksaminere, sammenligne, danne seg en forestilling om og kategorisere data (Bryman, 2012). Jeg leste grundig intervjuene og kodet innholdet. Malterud (2011) kaller denne prosessen ”å identifisere meningsbærende enheter”. Tabell 2, 3 og 4 viser eksempler på hvordan jeg kodet materialet. Det ser litt annerledes ut i ”Hyper Research”, men konseptet blir det samme. Jeg kodet ”under kategorier” som ”bedre selvtillit”, ”mer sosial” og ”bedre holdning” under hovedkategorien ”positive endringer”. Deretter kunne jeg gå inn i hovedkategorien for å få en oversikt over hva informantene sa om positive endringer.

Tabell 2: Fra meningsbærende enheter til koder og kategorier (eksempel 1)

Tekst:	Underkategori:	Hovedkategori:
<p>Jeg har fått mer selvtillit. Jeg har.... altså holdningen blir annerledes. Du får på deg nye klær. Du kommer deg ut. Du føler at folk og mannfolk gjerne ser litt mer på deg enn før. Før var det liksom hun store som dabbet rundt. Så jeg merket forskjell og føler det er mye lettere å komme seg ut offentlig. Jeg liker ikke å treffe på folk fra skolen, barneskolen og slike ting for jeg blir så flau, men etter jeg har slanket meg er det på en måte lettere å treffe de da.</p>	<p>Bedre selvtillit Bedre Holdning</p>	<p>Positive endringer Positive endringer</p>
	<p>Mer sosial Oppmerksomhet</p>	<p>Positive endringer Positive endringer</p>
	<p>Mer sosial Flau</p>	<p>Positive endringer Tidligere erfaringer (livet før operasjonen)</p>
	<p>Mer sosial</p>	<p>Positive endringer</p>

Tabell 3: Fra meningsbærende enheter til koder og kategorier (eksempel 2)

Tekst:	Underkategori:	Hovedkategori:
<p>Jeg har ikke fått noen oppfølging. M: Ingen oppfølging? I: Nei, men etter tre eller fire uker hadde vi møte med en ernærings fysiolog som fortalte oss om hvordan vi skulle mose mat og hva vi skal spise og det var veldig bra, men så etterpå var det ingenting. Først når jeg kommer her å snakker med ernæringsfysiologene er det veldig bra. De gir veldig bra informasjon og de er veldig engasjerte, men det er bare det at når jeg fikk smerter skulle jeg ønsket at jeg kunne ringe.. vist hva jeg kunne gjøre... det kunne ha hjulpet. M: Når du ikke ble innkalt følte du deg litt glemt og alene? I: Jeg følte litt ja... hva skal jeg gjøre nå.. det er håpløst, men hva kunne de hjelpe meg... de kunne ikke ta operasjonen tilbake. Jeg viste at jeg måtte akseptere dette, så vite at det går bra... M: Du sier du kunne tenkt deg å ringe, men savner du tettere oppfølging i forhold til for eksempel noe støttegrupper? I: Det kunne vært bra.</p>	<p>Manglende oppfølging</p>	<p>Oppfølging</p>
	<p>Opplevelse av helsepersonell Ønsket oppfølging</p>	<p>Oppfølging Oppfølging</p>
	<p>Anger Hjelpeløshet Akseptere</p>	<p>Utfordringer Utfordringer Utfordringer</p>
	<p>Ønsket oppfølging</p>	<p>Oppfølging</p>

Tabell 4: Fra meningsbærende enheter til koder og kategorier (eksempel 3)

Tekst:	Underkategori:	Hovedkategori:
Jeg må komme inn i den vanen at jeg må handle litt mindre . Fordi jeg spiser jo mindre.. så dersom jeg har mye mat så inviterer jeg venner så det er jo greit. De spiser. Det er noe mat jeg ikke kan spise.. brokkoli, kål, surkål som jeg var veldig glad i . Fordi det danner veldig mye luft i magen og det resulterer i veldig smerte . M: Er det noen endringer i hverdagen med tanke på trening etter operasjonen? Eller ikke kun trening, men bevegelse generelt? I: Jeg var flink å gå turer hver dag og gjør det fortsatt men det er veldig mye lettere nå . Før når jeg hadde gått en time følte jeg ikke at jeg hadde bygget muskler, men når jeg går en time nå kjenner jeg at det hjelper.. musklene virker... jobber... m m så hmm jeg har noen planer om å gå å svømme og melde meg på helsestudio men jeg har ikke kommet så langt.. ennå..	Handle mindre Spiser mindre Mat som savnes Luft i magen Smerte Letter hverdag Komme i gang med trening	Nye rutiner Nye vaner Utfordringer Utfordringer Utfordringer Positive endringer Utfordringer+ Tanker om fremtiden

Etter hvert valgte jeg å dele inn materialet i enda flere nivå. Tabell 5 viser eksempel på hvordan jeg gikk fra hovedkategori og underkategorier til enda et lavere nivå med koder.

Tabell 5: Fra meningsbærende enheter til koder og kategorier (eksempel 4)

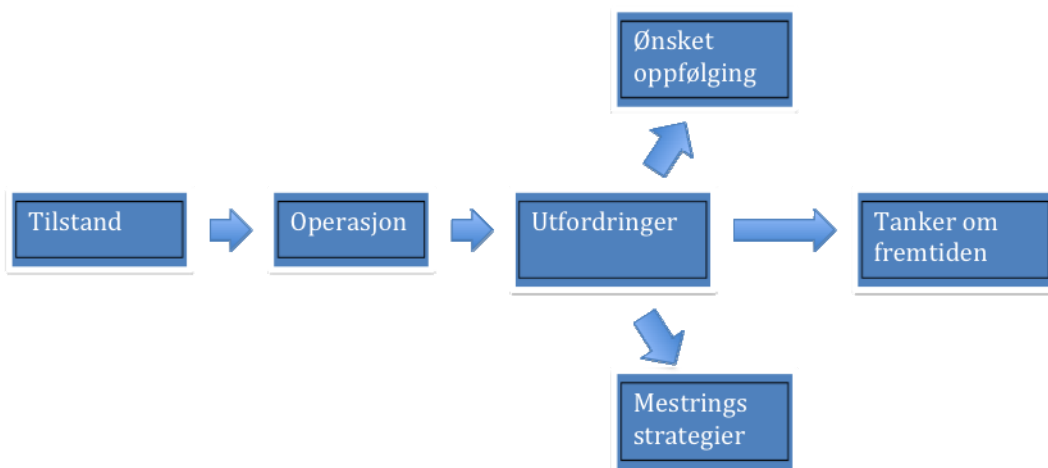
Tekst:	Koder:	Underkategori:	Hovedkategori:
Først når jeg kommer her å snakker med ernæringsfysiologene er det veldig bra. De gir veldig bra informasjon og de er veldig engasjerte , men det er bare det at når jeg fikk smerter skulle jeg ønsket at jeg kunne ringe.. vist hva jeg kunne gjøre... det kunne ha hjulpet.	Bra informasjon Engasjement Smerter Nummer å ringe	Opplevelse av helsepersonell Opplevelse av helsepersonell Fysiologiske utfordringer Ønsket oppfølging	Oppfølging Oppfølging Utfordringer Oppfølging

Dette gjorde at jeg fikk enda bedre oversikt over resultatene. Under hovedkategorien ”oppfølging” hadde jeg underkategoriene: ”beskrivelse av oppfølgingen”, ”ønsket oppfølging”, ”opplevelse av oppfølging”, ”manglende oppfølging”, ”kontakt med fastlege” og ”forventninger til oppfølging før operasjonen”. Deretter kodet jeg stikkord under hver av underkategoriene. Under ”ønsket oppfølging” hadde jeg kodet stikkord som ”trening”, ”ta sunne valg”, ”mer kontinuitet”, ”personlig oppfølging” og ”støttegrupper” som er eksempel på oppfølging informantene ønsket. Figur 1 viser en illustrasjon på hvordan dette gav oversikt over materialet. Jeg har valgt ut en hovedkategori, to underkategorier og noen koder for å illustrere konseptet.



Figur 1: Ulike nivåer av kategorier og koder

Deretter samlet jeg inn flere data og transkriberte fortløpende før jeg kodet de neste intervjuene og analyserte videre. Datainnsamling og analyse foregikk parallelt gjennom hele prosessen, noe som er i tråd med grunnprinsippet i GT. Andre steg var å starte ”axial coding” som kan beskrives som et sett av prosedyrer hvor data blir plassert sammen på nye måter (Bryman, 2012). Man starter å se etter sammenhenger mellom kategoriene man identifiserte gjennom ”initial coding”. Figur 2 viser et eksempel på hvordan jeg jobbet når jeg så på sammenhenger mellom kategoriene. Jeg tegnet ulike modeller gjennom hele analyseprosessen ettersom jeg så ulike sammenhenger i datamaterialet.



Figur 2: Sammenhenger mellom kategoriene.

Tilstanden personene lever med før operasjonen er høy vekt som fører til stigmatisering, en tung hverdag og dårlig helse. Det gjør at personen ønsker å gjennomføre operasjonen (gastrisk bypass). Etter operasjonen møter personene ulike utfordringer. Disse utfordringene tas hånd om ved hjelp av ulike mestringsstrategier. Utfordringene har også sammenheng med hvilke type oppfølging som ønskes, og hvilke tanker informantene har om fremtiden.

Deretter gikk jeg over til ”selective coding”, som vil si at man velger ut kjerne kategorier fra datamaterialet (Bryman, 2012). Jeg valgte ”utfordringer” som kjerne kategori. Videre valgte jeg å inkludere mestringsstrategier og ønsket oppfølging som har sammenheng med utfordringene personene opplevde. Da jeg hadde valgt ut disse kategoriene gikk jeg på ny inn i dataene for å se næyere på de valgte områdene. Jeg utformet den endelige problemstilling ut fra kjerne kategoriene i datamaterialet. Deretter kunne jeg lese litteratur mer planmessig og disponere oppgaven.

Gjennom hele prosessen skrev jeg ”memos”. ”Memos” beskrives i GT som notater forskeren skriver til seg selv for å huske hva som menes med og hvilke tanke de har rundt koder, kategorier eller andre elementer i analysen (Bryman, 2012). Det vil si tankene mine gjennom prosessen. Et eksempel er notatet jeg skrev til koden ”akseptere”:

”De første månedene skjer det mange endringer av seg selv. Det handler derfor ikke om å finne strategier for å oppnå endring, men om å akseptere de endringene som skjer.”

”Memos” vil variere med tanke på tema, intensitet, teoretisk innhold og i hvor stor grad de kan brukes til sluttproduktet (Birks & Mills, 2011). Etter hvert ble ”memos” bearbeidet til resultatene mine. Jeg synes ”memos” var veldig nyttig med tanke på å se sammenhenger i data materialet. Dersom man ikke skriver ned tanker underveis er det stor sannsynlighet for at man ikke husker hva man tenkte. Jeg skrev både tanker til de ulike kodene slik som eksempelet over, men også ”memos” som beskrev sammenhenger mellom ulike kategorier og forklaringer.

”Constant comparative analyses” ble viktig gjennom hele prosessen. Det vil si å sammenligne fenomen med koder, og koder med kategorier (Bryman, 2012). Noe som hjelper deg å opprettholde et nært forhold mellom data og kategorier. Jeg sammenlignet hendelse med hendelse, hendelse med kode, kode med kode og koder med kategorier. Etter å ha kodet alle intervjuene, startet jeg på ny. Jeg laget større kategorier og subkategorier. Det fremkom ulike grupper og noen av kodene ble omformulert eller rekodet.

Fleksibiliteten i kvalitativ forskning tillater forskeren å følge spor som dukker opp. I løpet av datainnsamlingen og analysen hadde jeg mulighet til å endre på eller tilføye nye ideer og tanker. Med GT utformer og omformer man datainnsamlingen og dermed raffinerer de innsamlede dataene. Sammen med innsikt brukes GT som et verktøy for å generere, utvinne og skape mening fra data (Charmaz, 2006). GT gir fleksible retningslinjer, som dirigerer studiet, men samtidig gir rom for å la fantasien flyte.

Når man bruker GT evaluerer man hvordan førstegangs forskningsinteresser passer sammen med fremvoksende data (Charmaz, 2006). Jeg startet med noen tema jeg ville se nærmere på, men i innsamlingsprosessen kom det også fram tema fra informanten som jeg ønsket å gå videre inn på. Jeg brukte den samme intervjuguiden, men la til noen ekstra stikkord og tanker som jeg ønsket å utforske videre.

3.4 Ethiske overveielser

Ifølge Jacobsen (2005) er det tre krav en undersøkelse bør tilfredsstillende med tanke på etiske overveielser. Det er: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. Informert samtykke forutsetter at den som undersøkes deltar frivillig, og at denne frivilligheten er basert på at vedkommende er klar over hvilke farer og gevinster deltakelsen kan medføre. Dette kravet har, slik Jacobsen (2005) beskriver det, fire hovedkomponenter: kompetanse, frivillighet, full informasjon og forståelse.

Kompetanse. Den som undersøkes må være i stand til å vurdere om han/hun vil være med i undersøkelsen. Mine informanter er voksne mennesker som tilfredsstillende dette kravet.

Frivillighet. Frivillighet går ut på om informantene står overfor noen form for press til å si ja. Informantene hadde ikke noe kjennskap til meg og de meldte seg frivillig til å intervjues.

Full informasjon. Alle informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsens hensikt, metode og bruk av data (vedlegg 2). Informasjonsbrev ble delt ut på sykehuset eller tilsendt med samtykkeskjema som skulle tas med ved gjennomføring av intervjuet.

Forståelse. Ut ifra informantenes personlige og faglige ressurser må en gå ut fra at de har forstått informasjonen på en tilfredsstillende måte.

Konfidensialitet og anonymitet ble ivaretatt gjennom hele prosessen. Ingen data inneholdt på noen tidspunkt person-ID og informantene kunne ikke identifiseres. Samtykkeerklæringer, lydbåndopptakene og transkribert materialet ble oppbevart hver for seg. Opptakene blir slettet og datamaterialet makulert når masteroppgaven er bestått. For å sikre anonymitet har alle informantene fått fiktive navn ved presentasjon av resultater, og ingen identifiserbar bakgrunnsinformasjon om bosted og yrke har blitt oppgitt. Dialektiske ord og uttrykk ble omskrevet til bokmål.

Når man snakker med personer om sensitive tema kan det gjennom intervjuet komme fram at noen trenger hjelp eller ønsker noen å snakke med. Med bakgrunn i dette tok jeg på forhånd kontakt med sykehuset og fikk informasjon som jeg kunne gi videre til personene som ønsket det.

All medisinsk og helsefaglig forskning på identifiserbart materiale og opplysninger skal forhåndsgodkjennes av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller personforbundet for forskning (NSD). Jeg var først i kontakt med REK og fikk beskjed om at prosjektet ikke hørte til under helseforskningsloven. Det ble derfor søkt godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som gav tillatelse til gjennomføring av undersøkelsen (vedlegg 4).

4.0 Presentasjon av funn

I det kommende kapittelet beskriver jeg funnene som fremkom gjennom intervjuene. Funnene blir brukt selektivt for å illustrere poenger og belyse oppgavens problemstilling. Jeg legger vekt på å beskrive funnene narrativt for å forsøke å gi en beskrivelse av intervjuobjektens situasjon med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Jeg vil også gi en kort presentasjon av mine informanter for å gi en innsikt i hvem de er, og hvorfor de valgte å ta fedmeoperasjonen. Navnene som brukes under sitatene er fiktive for å sikre deltakernes anonymitet. Etter navnene har jeg inkludert alder og hvor lenge det er siden personen utførte fedmeoperasjonen.

Informantene fikk spørsmål om hvilke tanker og forventninger de hadde før operasjonen, og om hva som gjorde at de bestemte seg for å gjennomføre inngrepet. Mange av informantene fortalte at de var skeptiske til operasjonen. Flere var bekymret for å skulle utføre et inngrep på friske organer. En av informantene omtalte operasjonen som juks og var redd for å bli ødelagt for livet på grunn av komplikasjoner etter operasjonen.

På tross av bekymringer bestemte alle seg for å gjennomføre inngrepet, etter mange tidligere mislykkede forsøk på å gå ned i vekt. De hadde prøvd utallige dietter og

treningsprogram. I tillegg hadde noen prøvd slankepiller. Alle hadde lyktes i å gå ned i vekt tidligere, men gikk alltid opp igjen de kiloene de hadde tatt av eller mer.

En annen grunn for å gjennomføre operasjonen var at daglige gjøremål var blitt et slit og det hadde med årene blitt verre og verre å bevege seg. Den ene informant fortalte om smerter i ryggen, knærne og hoftene. I perioder hadde hun så sterke smerter at hun måtte gå med krykker. Hun fikk derfor svært begrenset mulighet til å komme seg rundt på daglige gjøremål, og da hun var hos legen fikk hun beskjed om at dersom hun ikke slanket seg ville hun havne i rullestol.

En annen informant fortalte om betydelige pusteproblemer. Han hadde også gjentatte pustestopp om natten, noe som kunne forklare hans dårlige nattesøvn. Flere fortalte at de hadde fått livsstilssykdommer som høyt kolesterol, høyt blodtrykk og diabetes type-2. For mange var det derfor viktig å gjennomføre operasjonen for å forbedre helsen.

Andre grunner for å gjennomføre operasjonen var for å kunne følge opp barna sine, handle i vanlige klesbutikker, få et bedre liv, slippe å få blikk og kommentarer fra andre og komme seg ut i skog og mark. En av informantene beskrev hvor pinlig det føltes når hun måtte gå av karusellen på tivoli fordi hun ikke fikk igjen sikkerhetsbøylen. En annen forteller at hun alltid har brukt for store klær fordi hun er redd for at de skal sprekke, og de siste årene har hun sluttet å ta bussen på grunn av negative blikk og kommentarer.

En av informantene forteller at det var operasjonen eller ingenting. Hun forteller at hun ikke hadde noe liv, bare eksisterte. Ingen av informantene hadde tro på at de kunne klare å gå ned i vekt og vedlikeholde vekten over tid. Operasjonen representerte derfor håp og ble sett på som siste mulige løsning.

4.1 Et nytt liv etter operasjonen

I intervju med de 13 personene i denne studien, har informantene trukket fram flere positive virkninger av fedmeoperasjonen de har vært igjennom. Personene fortalte at

de hadde fått mer energi, lettere hverdag, selvsikkerhet, et bedre sosialt liv og en mer aktiv hverdag. Mange av informantene sa at de har fått et nytt liv.

“Jeg er blid om morgenen. Det er vel den mest positive tingen. Det har jeg ikke vært før.. he he, nei, men spøk til side. Jeg har vært plaget mye med smerte. Det er helt borte. Jeg kan gjøre mye mer. Jeg kan leke med min datter. Jeg kan gå på Lekeland og fly opp og ned disse lekeapparatene, i den grad det er morsomt, men det er jo kjekt å være sammen med henne. Jeg kan gjøre de tingene som jeg har hatt lyst til i mange år og ikke har kunnet gjøre. Fly på Kjerag og disse her turstedene rundt Preikestolen og de tingene der uten av det koster meg fire ukers planlegging og luftambulansen stående på stand by. Så det er veldig positivt. Det er også veldig positivt å kunne gå inn i en vanlig butikk å handle klær. Jeg kjenner jo at det er lettere å leve.” (Gustav (44), 1år)

”Nå får jeg jo på en måte levd. Nå kan jeg ut å være og leve. Bare på en måte. Det er en teit ting, men bare det å kunne gå tur med hunden. Folk tenker ikke over det, men det er fantastisk herlig.” (Lise (33), 1år)

“Når jeg ble lagt inn på sykehuset før operasjonen fordi jeg ikke fikk puste hadde jeg et opptak på cirka 20 prosent av normalt. Det er ikke mer enn at du så vidt kan sitte å puste. Nå sist gang jeg målte var jeg oppe i 80 prosent av normalen for en mann på min alder. Så hvis jeg bare hadde trent litt hardere nå så kunne jeg sikkert fått det nesten helt opp på normalen igjen. Det merker jeg når jeg går tur med bikkjene og slik. Før når jeg kom til en motbakke så tenkte jeg åhh, off dette var tiltak. Mens nå kan jeg jo gå halvfort opp og jeg blir jo nesten ikke andpusten en gang. Det er fantastisk.” (Eirik (54), 6mnd)

Selv om informantene også trakk fram mange positive sider ved fedmeoperasjonen velger jeg i min studie å fokusere på utfordringer og ønsket oppfølging. Ved å se nærmere på hvilke utfordringer personene opplever, vil jeg belyse hva det trengs støtte til i tiden etter operasjonen. Deretter presenterer jeg noen av strategiene deltakerne har brukt for å ta hånd om utfordringene. Dette kan da videreføres og brukes som råd til andre som trenger hjelp til å mestre tiden etter operasjonen. Det vil

også være nyttig å vite hvilken type oppfølging personene ønsker, for slik å finne fram til et bedre tilrettelagt tilbud enn det som benyttes i dag.

4.2 utfordringer

I denne delen ser jeg på hva som blir sagt om utfordringer. Med utfordringer mener jeg vanskelige og krevende situasjoner eller tilstander deltakerne opplevde i tiden etter fedmeoperasjonen. Et eksempel på en utfordrende tilstand er løs hud, mens et eksempel på en utfordrende situasjon er å bli behandlet annerledes etter vektnedgangen. Alle opplevde noen utfordringer, men i ulik grad. Jeg har valgt å beskrive resultatene i kronologisk rekkefølge. Dermed kan man få et bedre innblikk i ulike utfordringer etter operasjonen: fra den første fasen til situasjonen ”normaliserer seg”. Til slutt beskriver jeg noen strategier informantene brukte for å håndtere utfordringene.

4.2.1 Første tiden etter operasjonen -en kropp som endrer seg

Etter operasjonen var de fleste deltakerne innlagt på sykehuset i to dager. Deretter ble de sykemeldt i minimum seks uker. Ifølge informasjonsskrivet ”informasjon til deg som skal opereres” som Stavanger Universitetssjukehus har utviklet, skal denne tiden brukes til å bygge opp kondisjonen og gradvis øke aktivitetsnivået. Det trekkes også fram at det er viktig å øve på den nye spiseatferden, spise til regelmessige tider og i et langsomt tempo, før man skal tilbake til jobb/skole. Øvelsesperioden gjør at man er godt forberedt til å håndtere og klare det nye livet.

4.2.1.1 Redsel –sprekker den

De første dagene etter fedmeoperasjonen kan man kun drikke klar væske. Etter hvert kan man gå over til flytende kost for så å begynne å mose maten. Til slutt går man over til vanlig kost med dens naturlige konsistens. Mange synes denne overgangen var skremmende og var bekymret for å spise vanlig mat. Noen av informantene fortsatte å kun drikke eller mose mat lenger enn de skulle fordi de var redde. De hadde hørt påstander som at pepperkorn kunne være farlig i arret innvendig og at de kunne utvide magesekken igjen, dersom de spiste for mye.

“Det var fantastisk, men det var også skremmende. For du var så redd for den der lille magesekken at tåler den dette. Fungerer systemet. De har flyttet på tarm og de har ommøblert hele magen min. Det har kun vært flytende så skal du begynne å tilberede.. nei jeg synes det var skremmende.” (Siri (40), 2,5år)

“Jeg hadde ikke most maten veldig godt og det resulterte i at jeg hadde enormt med smerter i magen. Jeg var redd for at jeg hadde sprukket. Første gang gikk det over en time.. siste gang varte det over seks timer.. Så det var.. jeg trodde at jeg skulle dø...”(Kari (55), 1år)

“Og så etter en slik operasjon som det så må du begynne å tenke på hver bit du svelger. Det er ikke så tøft akkurat...”(Bjørn (44), 6mnd)

4.2.1.2 ”Magen som styrer”

Etter fedmeoperasjonen er det magen som ”styrer” matinntaket med en smerte som kalles ”dumping”. Smerten kommer når man har spist mat man ikke tåler etter operasjonen eller spist for mye. Informantene var klar over at smerten ikke var farlig, men den opplevdes som veldig ubehagelig for mange. Noen blir trøtte og slitne, får hjerteklapp og kaldsvetter, mens andre får diaré eller en blanding av svimmelhet, svette og smerte.

“Det stopper jo opp når det kommer et lite stykke ned og da gjør det utrolig vondt. Så jeg må liksom sitte å masere på magen..” (Bjørn (44), 6mnd)

“Det er jo forferdelig når du får det der. Svetter og greier nesten ikke det ene eller andre. Ligger der på sofaen for en har så vondt.” (Malin (50), 1år)

Noen av informantene har fått bedre fordøyelse etter operasjonen, mens andre trakk fram at de har mye mageproblemer som diaré, luft smerter og rumling. Diaré kan skyldes intoleranse for melkesukker (laktose), fettintoleranse, eller at man ikke tåler sukker, kunstige søtstoffer eller fiber slik de gjorde tidligere.

“Jeg er litt forsiktig for jeg liker ikke akkurat å sitte på do for å si det slik og så når du er i selskap. Det med luft i magen er det største problemet. Når du sitter ute så må du jo holde igjen for å si det rett ut og da får jeg gysla knip. Jeg gjør det, du er jo nødt til det, men når jeg kommer hjem da så sitter jeg på do litt og da er det kjempe problem. Så akkurat det med luft i magen og løs mage, men det er jo naturlig når de tar så mye av tarmen så blir jo oppsugingen annerledes. Så jeg forstår jo problemet. Det er jo ikke noe å gjøre med det.” (Rita (60), 2,5år)

“Det er to ting jeg har merket spesielt godt. At det blir mye rumling i magen og veldig med luft. Veldig med luft ja. For en støy.” (Jon (69), 2år)

“Jeg må vite hvor nærmeste do er for å si det slik. For plutselig så må jeg på do og det kan komme veldig fort. Det har hendt jeg har måttet gå fra handlevogna på butikken. Bare måttet gått altså. For det nytter ikke å vente. For jeg får så mye luft i magen og når du da har litt løs avføring så er det ikke så lett å holde igjen heller.” (Rita (60), 2,5år)

Noen matvarer gir mye luft eller ubehag for enkelte. Informantene unngår derfor å spise disse. Mange synes det er vanskelig å finne ut hvilke matvarer de tåler og hvor mye de kan spise uten at de får smerter.

“Vi var i Danmark i påsken og da prøvde jeg meg på softis. Aldri mer om jeg skal ha det. Jeg har aldri blitt så syk før. Selv om det bare vare i ti minutter så er du oppe å går igjen, men jeg tror det er de verste ti minuttene jeg har hatt. Jeg så stjerner, jeg kaldsvettet, jeg var kvalm, jeg viste ikke om det ville komme ut den ene eller andre plassen.” (Silje (37), 6mnd)

“Nei. Jeg må være påpasselig. Altså jeg kan ikke. Jeg bør ikke spise. Holdt på å si det regulerer seg selv. La oss si en nydelig lammestek. Åhh det er jo så godt, men der sier magen nei, nei. Og det kan jeg avgjøre etter to, tre biter. Det kjenner jeg. Og en biff for eksempel. En nydelig indrefilet. Tygger saften ut av den hvis den er.. en ytrefilet for eksempel så tygger jeg bare saften ut av den jeg svelger ikke alt det der slafset.” (Jon (69), 2 år)

“Hvis jeg plutselig setter meg ned og spiser en hel plate med sjokolade.. da får jeg jo dumping. Jeg vet jo det.. så da er det slik at okay hvis du vil trykke i deg en plate med sjokolade så får du dumping. Det er ikke verre en det liksom. Jeg synes ikke det er så behagelig å ha det at jeg prioriterer å spise det.” (Lise (33), 1år)

“Nei og ikke kål og ikke løk for jeg får så mye luft i magen. Grusomt mye luft i magen. Åhh forferdelig ja.. luftsmerter så får jeg diaré. Så da sitter jeg på do i et par timer hvis jeg spiser det. Så det bare gjør jeg ikke” (Rita (60), 2,5år)

Personene lærer seg altså å spise annerledes. Flere av informantene sa at følelsen av at man ikke kan spise mer føltes trygt. At maten ”stoppet opp” føltes trygt. Mange trakk fram at de for første gang i livet følte seg mette. Dermed vet de at de må stoppe når de kjenner metthetsfølelsen og at de risikerer å få smerter dersom de spiser mer. En av informantene beskrev det på denne måten:

“Jeg kan fortsatt ikke fordøye. Etter jeg spiser potet blir jeg fort mett og får litt vondt i magen. Blir mett av en bitte liten potet og spiser ikke resten av middagen... M: Var ikke det rart i starten..? I: Jo veldig, veldig... ja, men det er på en måte veldig godt fordi jeg kan ikke spise mer en dette. Når jeg er på besøk sier jeg at jeg har en propp som roper... he he.. stengt. Jeg kan ikke spise mer da.. det er den proppen he he den stopper da går det ikke mer. Jeg kjenner at det er fullt og hvis jeg spiser en til får jeg vondt i magen.”(Silje (37), 6mnd)

En annen informant beskrev metthetsfølelsen slik:

“Nei jeg synes bare det er deilig å slippe. For før har jeg jo alltid vært sulten. Jeg kunne for eksempel spise to eller tre Fjordland til middag med haug på og ta en runde til og fortsatt være sulten.. og ha lyst på kvelds. Nå kan jeg gjerne ha en Fjordland-middag i tre dager. M: Opplevs det godt å slippe å tenke på at du er sulten hele tiden? I: Ja det handler jo om å leve for å spise eller spise for å leve. Nå spiser jeg jo for å leve.” (Olav (50), 2,5år)

4.2.1.3 Å få nok mat

Selv om det føles godt å kjenne at man blir mett, er det mange som sliter med å få i seg nok næring den første tiden etter fedmeoperasjonen. De forteller at de følte seg mette av to munner med drikke, og tanken på at de skulle drikke 0,7 liter virket uoverkommelig. Det å tenke på hver bit du puttet i munnen var en helt annen verden enn det de var vant til. Noen fortalte at de hadde perioder de var veldig svimle og følte seg slitne. Kroppen ville ikke fungere som den skulle og de følte ikke de klarte å innta nok næring. Den ene informantene fortalte at hun gjerne kan gå en hel dag uten å spise fordi hun ikke kjenner sultfølelse lenger. Hun må tvinge i seg mat.

“Så satt jeg der og strevde med å få i meg mat. I begynnelsen da var det jo en kamp for du vet at du er nødt å ha i deg næring, men når kroppen din på en måte ikke vil hjelpe deg så.” (Lise (33), 1år)

Flere av informantene fortalte også at de sliter med ufrivillig oppkast under eller etter måltidet.

“Det har vært nokså mye brekning hele tiden. Så du kan si at det er vel egentlig bare det som er minuset. At jeg har hatt problemer med å få i meg den maten og det sliter jeg for så vidt med enda. Jeg kjenner når jeg spiser om dette går ned eller ikke. Det stopper liksom, så kommer det bare i retur igjen. Det eneste jeg gjør da er å gå ut på do å få det opp. Så kan jeg fortsette å spise.” (Bjørn (44), 6mnd)

“Jeg tålte ingen ting. Kunne ikke spise noen ting nesten. Ble kvalm og vond i magen, kastet opp og det hele tatt. Lå på sofaen og hadde dumping smerter etter hvert måltid. Hmm det var det første halve året.. det var en kamp mot mat og spising og ja..” (Lise (33), 1år)

Sitatene illustrerer at det på en side oppleves som positivt å slippe å være sulten og få hjelp av magen til å ikke spise for mye, men på en annen side trenger kroppen en viss mengde mat for å fungere. Balansegangen mellom å spise lite/unngå dumping, men samtidig få nok næring til å fungere, er eller har vært utfordrende for flere av informantene.

”I min jobb så er det hjernen min jeg bruker kontinuerlig og den var ikke med meg de første månedene etterpå. Jeg slet med kostholdet og fikk ikke i meg energi nok til å kunne opprettholde jobben og ble sykemeldt.” (Gustav (44), 1år).

Flere av informantene syntes det var positivt da de etter hvert klarte å få i seg mer mat og dermed fikk mer energi. Samtidig var de redde for å utvide magesekken dersom de spiste for mye.

”Det får jeg i meg mer av . Så bare mengden. Nå klarte jeg jo kjempe mye juhu. Men så kjenner jeg jo etterpå det var gjerne litt dumt å utvide magesekken for det er jo det mange gjør.” (Silje (37), 6mnd)

4.2.1.4 Nye rutiner

Fedmekirurgi skal ifølge informasjonsskrivet ”informasjon til deg som skal opereres for sykelig overvekt” fungere som hjelp til selvhjelp. Kirurgi alene kan ikke kurere fedme. Magesekkens volum reduseres og dette medfører at mengden mat man kan spise blir kraftig redusert. Dette fører til at opptak av næringsstoffer fra tarmen reduseres med redusert mengde kalorier (energi) til kroppen. For å få et vellykket resultat i form av varig vektreduksjon etter kirurgisk behandling, er det likevel avgjørende at man forandrer spiseatferd og livsstil. Man må lære seg å ”leve det nye livet” med endrede matvaner og mer fysisk aktivitet.

4.2.1.4.1 Endrede matvaner

Man må spise sunt, oftere og mye mindre enn før. Informantene trakk fram at for å klare å spise lite, ofte og riktig mat, måtte dagen planlegges slik at de alltid hadde mat tilgjengelig når de skulle spise.

“Må komme i den vanen at jeg må handle litt mindre. Fordi jeg spiser jo mindre..” (Kari (55), 1 år)

”Nå må jeg smøre matpakken min dagen før. Legge alt klar i kjøleskapet. Før var det jo bare slik jaja stopper på Statoil å spiser boller eller en pølse, men nå må jeg ha det litt mer slik strukturert. Før kunne jeg gjerne gå hele dagen nesten uten å spise så når kvelden kom spiste jeg masse. Nå må jeg spise oftere.” (Lise (33), 1år)

”Jeg spiser jo mye oftere. Før spiste jeg kanskje bare frokost så spiste jeg en heavy middag og lurte i meg noe sjokolade og slik utenom. Det er jo en grunn til at du blir feit og jeg vet veldig godt hvorfor jeg ble tjukk. Jeg spiste jo så mye junk food utenom måltidene. Så nå prøver jeg å spise fem eller seks faste måltider og slik fet mat prøver jeg å unngå mest mulig. Før spiste jeg alltid sjokolade hver dag eller peanøtter eller noe slik og det har jeg sluttet med. Ja, men nå er jeg ikke helt fanatisk så nå kan jeg spise en sjokolade bit eller to i helgene og hvis det er kake på jobben så tar jeg et lite stykke med kake.” (Eirik (54), 6mnd)

“Jeg spiser mindre. Prøver å spise variert. Alt fra grønnsaker, kjøtt. Vi spiser mye mer kylling nå merker jeg. Enn det vi gjorde før. Enten kyllingkjøttdeig eller vanlig kylling. Før var det mye mer pølser og slik. Er faktisk evigheter siden, men det hadde jeg mye før.” (Malin (50), 1år)

Å vite hva man skal spise og hva som er sunt, synes flere av informantene at var utfordrende. En metode for å vite hva man spiste, var å lese deklarasjonen på matvarene. Flere fikk noen overraskelser over hva maten faktisk inneholdt. Andre trakk fram at de leste mye, både på internett og i bøker for å finne proteinrik mat som smakte godt.

“I begynnelsen var det litt utfordrende å vite hva du skulle spise og hva du ikke kunne spise. Jeg har jo hele livet gått å tenkt at brunost er sunt. Alle spiser jo brunost på skiva si. Så oppdaget jeg hvor mye sukker og hvor mye fett og slik det egentlig var i det.” (Lise (33), 1år)

I tillegg til at det var vanskelig å finne ”riktig” mat som smakte godt, synes noen av informantene at det var utfordrende å ikke kunne spise det samme som familien. De må ofte lage andre alternativer til seg selv og savner derfor en del mat de var glad i.

“Jeg kan ikke spise en del mat. Jeg har som sagt en liten datter og da er det mye pasta og slik de er glad i da til å kose seg med på lørdagen og det spiser ikke jeg. Heller ikke grøt og slike ting. Så hvis de vil ha det så spiser jeg andre ting. Det gjør jeg. Jeg var fantastisk glad i italiensk mat. Jeg kan nesten ikke spise noe av det, ingen ting med pasta. Ja, det savner jeg.” (Gustav (44), 1år)

“Ungene liker veldig godt å reise på McDonalds. Så det er jo ikke en plass som jeg kan reise og spise uavhengig av alt da. Så da må jeg enten ty til bare noe salat eller så må jeg prøve med disse wrapene. I begynnelsen gikk ikke det godt, da kom det bare rett i retur igjen. Rett ut på do..” (Bjørn (44), 6mnd)

I tillegg til at man ikke alltid kan spise det samme som familien er måltidene av kortere varighet fordi man har plass til lite mat.

“Jeg er ikke kresen i maten. Det er jeg ikke. Jeg liker veldig godt å lage mat og forsyne andre med mat, men jeg ser jo det at den mengden jeg får i meg er jo ingenting. Jeg er mett lenge før de andre har tenkt. De har jo nesten ikke begynt å spise en gang, så er jo jeg mett.” (Bjørn (44), 6mnd)

En annen informant hadde begynt å bruke mer krydder i maten for å føle at måltidet varte lenger.

“Så nå har jeg begynt å lage sterkere mat. Altså krydret mat slik at jeg er øm på leppene i en halvtime etterpå for da følere jeg at jeg enda sitter med bordet å spiser. For hvis jeg bare tar en halv kjøttkake en liten potet og bittelitt saus så er det over på to minutt og det er jo ikke kjekt å ha det kongemåltidet som varer i to minutt liksom. Derfor lager jeg mye slik karri greier nå. Jeg har aldri vært slik at jeg vil ha sterk mat. Bare så mildt som mulig liksom, men nå. Jo mer jeg kjenner det på leppene jo bedre er det.” (Silje (37), 6mnd)

En av informantene forteller at han savner å kunne spise seg ordentlig mett.

“Det som er litt negativt det er he he nesten litt fælt å si det, men jeg savner det å spise meg skikkelig stapp mett. Slik som før i tiden når du spiste noe godt. Når du var mett stoppet du ikke. Bare fortsatte å stappe på til du ble så mett at du måtte legge deg på sofaen og slappe av og slik. Det kan du ikke nå. Men det er sikkert bare bra he he men på en måte så savner jeg det bitte litt...” (Eirik (54), 6mnd)

Flere av informantene savnet også ulike matvarer de ikke kunne spise lenger.

”Flesk og pannekaker det synes jeg er kjempe godt. Men jeg kan ikke spise så mye for det kaker seg til. Det er fin mat vet du. Det er ganske mye slik.. slik fin skive, slik frokostbrød med skinke og ost for eksempel. Det kunne jeg godt tenkt meg. Har ikke sjans. Det kaker seg til.” (Bjørn (44), 6mnd)

Selv om informantene savnet forskjellig type mat som de ikke kunne spise, var det andre matvarer de skulle ønske de ikke tålte. Flere av deltakerne kunne spise snop og is uten å få ”dumping”, men fikk smerter dersom de spiste brød. Noen av informantene fortalte at det ville vært lettere å holde seg borte fra de usunne matvarene dersom det kun var inntak av usunn mat førte til ubehag.

“Jeg kunne godt tenkt meg å heller kunne spise hva jeg ville av mat. Å heller sløyfet snopet. Jeg kan gosse i meg all slags snop og merker ikke det en plass. Jeg kan kjøre i meg brus. Jeg kan kjøre i meg chips, jeg kan kjøre i meg sjokolade ubegrenset uten at jeg merker noen ting.” (Bjørn (44), 6mnd)

Dette gjør det vanskeligere å bytte ut gamle vaner med nye rutiner.

“Jeg har jo synda litt også etter dette her, denne operasjonen. Å det er jo.. jeg er jo helt gal etter iskrem og det verste av alt. Når det gjelder å spise store mengder med iskrem. Det får jeg til fortsatt. Det går kjempefint og jeg tror faktisk at hvis jeg hadde kjøpt en liter hadde jeg klart å stappe i meg den altså. Nei, for det virker ikke som det stopper i magen. Det virker bare som om det

renner rett gjennom og.. ja. Dersom jeg spiser en brødkive er jeg stappmett etterpå. Det nytter ikke å få i noe mer, men iskrem det smelter og bare renner gjennom he he, så der må jeg være litt forsiktig.” (Eirik (54), 6mnd)

Det å holde seg til det sunne opplevdes som vanskelig for flere. Selv om man har gjennomgått operasjon har ikke nødvendigvis tankegangen endret seg. Det er magen som har gjennomgått endringen.

“Så er det jo fort å komme inn i den tralten med sjokolade på kveldene. Den kjenner jeg jo. Så jeg må ta meg sammen stort sett hver uke he he så det er jo ikke bare enkelt. Det er jo ikke bare slik (knips) så er det gjort. Det skal jo jobbes mye, for jeg kjenner jo at det ligger i hodet på meg” (Silje (37), 6mnd)

“Jeg har endret mest at jeg spiser mindre. Jeg spiser alt, men er mer bevist på hva tid jeg spiser hva på en måte. At jeg ikke skal trøste meg eller jeg skal ikke premiere meg. Når det er helg eller jeg har bursdag eller et eller annet så er det på en måte greit å kose seg litt ekstra, men det gjør man ikke hver dag. Det har jeg jobbet med å snu. For når du satt der å var stor og livet egentlig var ganske kjipt så ble det en tendens til at enten trøstet du deg med et eller annet snadder eller så premierte du deg for i dag har jeg vært flink. Så ble det en slik ond sirkel.” (Siri (40), 2,5år)

4.2.1.4.2 Trening

I tillegg til å spise sunnere, mindre og oftere får personer som har gjennomgått kirurgisk behandling, beskjed om å øke aktivitetsnivået sitt. Ifølge informasjonen man får før operasjonen er det viktig med regelmessig fysisk aktivitet for å sikre et tilfredsstillende og varig vekttap. For de aller fleste informantene har ikke fysisk aktivitet vært en del av deres hverdagslige gjøremål før operasjonen. Når jeg snakket med informantene om trening, kom det tydelig fram at dette var en stor utfordring for flertallet.

“Trene.. jeg hater å trene. Svette og bli ekkel he he... eee men altså jeg liker å gå tur bare komme seg i gang. Det er den der. Det er et ork å komme seg i gang.” (Julie (27), 2år)

“Så skal jeg begynne på et helsestudio da, men det å ta det skrittet der.. det er vanskelig det. Der står de å ser seg i speilet oo så skal du komme der og åhh nei.” (Siri (40), 2,5år)

Den ene informanten (Rita (60), 2år) forteller hvor fantastisk det er å trene i varmt basseng, men at de fleste ikke gjør det fordi de skammer seg over kroppen. De vil ikke kle av seg sier hun. Hun forteller også at den eneste informasjonen eller oppfølgingen de fikk angående trening var en lapp med telefonnummer til tre forskjellige organiserte treningsaktiviteter.

”En person som aldri har trent eller ikke liker å trene vil sannsynligvis ikke ringe disse numrene. På et fellesmøte etter operasjonen var jeg den eneste av 43 personer som hadde startet å trene.” (Rita (60), 2år)

Kun et par av informantene jeg intervjuet hadde klart å komme i gang med fysisk aktivitet og trente regelmessig. De fleste føler at de burde vært mer aktive og hadde derfor en del dårlig samvittighet for dette sammen med planer om å begynne å trene.

“I tiden rett etter operasjonen er det slik at du føler deg ikke himla smart når du går inn på et treningsstudio. Du ser ut som du gjør å spesielt når du går ned i vekt. De fleste går jo ikke ned symmetrisk. Slik at i et treningsstudio der det er veldig mye kroppsfokus så blir du et utskudd inntil du har gått ned nok. Samtidig så vet du ikke helt hva du tåler sant. Det var jo i hvert fall et problem for meg da. At jeg ikke viste hva jeg tålte. Jeg viste ikke hva jeg kunne gjøre. Jeg viste ikke om noe kunne rakne hvis jeg begynte å trene for fort å løfte tungt og alle de tingene der så ja. En oppfølging, men også.. det hadde sikkert vært kjempe lurt å ha et tilbud. Det er mange som ikke går å trener nettopp for den kroppsfokuseringen som er og da mister du verdifull tid i begynnelsen rett etter operasjonen hvor du egentlig har den perfekte mulighet til å starte opp treningen. Hvis du da venter fordi du føler deg usikker så er det ikke sikkert du

begynner noen gang. Vil jo gå ned selvfølgelig, men årene vil jo se interessante ut inni ikke sant. Det er jo viktig å trene for alle og det å ha et slik tilbud i hvert fall om ikke annet.” (Gustav (44), 1år)

Noen klarte å komme i gang med trening etter operasjonen, men ikke å vedlikeholde det over lengre tid.

“Trente du fast da? I: Ja, to til tre ganger i uka. Jeg svømte også, det glemte jeg å si. Da svømte jeg vel de første fire, fem månedene. før også. Før jeg skulle ta operasjonen, men så dabbet det også av.” (Julie (27), 2år)

“Jeg meldte meg på et treningscenter der det er slik fysio. Så det var mest opptreningscenter da for eldre og de som gjerne hadde litt skader og slike ting. Så det var ikke slik flaut, at jeg følte det var masse veltrente der, men det er liksom det med motivasjonen.. å komme seg opp og.. ja..” (Julie (27), 2år)

“Du må trene, du må gå tur, du må gjøre noe aktivt. Du må liksom komme i gang og det er veldig lett for de fleste tror jeg å havne tilbake i gamle mønster og det som du alltid har gjort” (Olav (50), 2,5år)

En av informantene hadde sluttet å trene fordi hun fikk kommentarer av andre.

“Fordi de sier ja så må du ut å trene. Det er lett.. du går ikke inn på et treningsstudio når du er langt over 150 kilo altså. Jeg har gått og svømt veldig mye og jeg går veldig mye turer. Nå har jeg sluttet å svømme fordi folk kommenterer i dusjen. Å du må ha vært stor for de ser alt huden jeg har. Så selv om de mener det positivt så blir det slik.. Det er bare armene, magen... men de mener det positivt, men for meg bli det slik uff.. okay det viser faktisk så godt. Jeg har bare tenkt nei nå skal jeg bare være tøff. Gå å svømme å være ferdig med det. Drite i hva folk synes. Så har jeg gjort det helt til noen begynte å kommentere. Da bare nei, da klarte jeg ikke. Men nå skal jeg jo få fjernet både armer og mage da.” (Siri (40) 2,5år)

4.2.1.4.3 Økonomiske aspekter

Alle som er operert med gastrisk bypass får redusert næringsopptak. Etter operasjonen er man derfor avhengig av å gå på kosttilskudd resten av livet for å få dekket næringsstoffbehovet. Informantene forteller at dette blir dyrt i lengden. Vitamin B12 dekkes på blå resept, mens de andre tilskuddene er på hvit resept eller reseptfrie. Utgifter til jerntabletter og multivitamin dekkes derfor ikke.

“Før tok jeg alltid kosttilskudd, men hvis jeg slurvet en måned eller noe slik så gjorde det ikke noe, men nå må jeg. Her vet jeg at jeg må så det er okay, men det er litt dyrt.. Veldig dyrt.” (Kari (55), 1år)

Flertallet av informantene trekker fram å kjøpe nye klær som positivt. De synes det er en stor lettelse å gå i vanlige butikker å handle klær. Flere trekker fram at det er gøy å pynte seg. Likevel kan det bli en utfordring å alltid ha klær som passer når vektnedgangen skjer såpass fort. Det blir veldig dyrt å hele tiden være avhengig av å kjøpe nye klær ettersom vekten avtar.

“Klesmessig har det vært et veldig problem for å si det slik. Fordi jeg har ikke turt å kjøpe noe klær ennå fordi jeg gikk såpass ned. Jeg hadde jo kjøpt meg en dress i forkant av operasjonen. Altså i fjor kjøpte jeg den og det er klart at kona sier hva skal vi gjøre med den dressen. Nei, jeg tror ikke det nytter å sy den inn heller sier jeg for da må du sy den inn fem nummer. Jeg begynte med en bukse som heter størrelse 66. Så gikk jeg ned til 64. Så gikk jeg ned til 62. Så gikk jeg ned til 60. Så gikk jeg ned til 58 og nå er jeg nede på 56. Å du kan jo ikke holde på å kjøpe klær hele tiden..” (Bjørn (44), 6mnd)

4.2.2 Gradvis stabilisering -mot ny identitet?

4.2.2.1 En annen person – identitet

Vekten går fort nedover etter operasjonen. En stund etter operasjonen fortalte informantene at de hadde oppnådd en vektreduksjon på 30 til 80 kilo. Å se seg selv i en ny kropp tok lang tid å venne seg til.

“Det er jo det å lære å se seg selv i et nytt lys. Det er først nå etter to år at jeg ser meg så støkker jeg ikke hver gang, men begynner å bli vant med å se en smalere kropp. I mitt hode har jeg alltid sett svær ut. Du er ikke svær, men jeg ser ikke det, men da må du nesten gå til psykolog sier andre. Så sier jeg at jeg føler ikke helt jeg har behov for det. Jeg må spørre disse kompisene mine hvor mye veier du? Hvilke størrelse bruker du i klær, for å få ett perspektiv på min egen identitet på en måte. For du får jo en ny identitet og det kjenner jeg tar tid å venne seg til. Jeg trenger liksom nye referanser. En kompis av meg som er ganske slank bruker den samme størrelsen som jeg bruker. Vi er jo samme størrelse sier han. Er vi det? Jeg er jo mye større enn deg. Så sier han nei det er du jo ikke. Ok sier han skal du prøve buksen min? Ja gjerne det, men de passer jo. Ja der ser du. Og det er slik.” (Olav (50), 2,5år)

“Jeg får mye positiv tilbakemelding. Alle snakker jo om hvor flott jeg er. Jeg blir jo alltid så rød. Prøver jo å få det inn, men jeg har jo ikke følt det selv. Jeg føler jo kroppen er like stor ennå. Jeg greier jo ikke å... jeg ser det jo i speilet, men..” (Silje (37), 6mnd)

En av informantene trekker fram hvordan andre behandler henne har betydning for hvordan hun ser på seg selv.

“Den største utfordringen er det som ligger på det psykologiske planet. Uten tvil. Hvordan folk behandler deg. Du begynner å se på deg selv på en annen måte fordi andre ser på deg på en annen måte.” (Siri (40), 2,5år)

4.2.2.2 Overflødig hud

Når deltakerne går ned i vekt, opplever de at de får hudoverskudd. Flere informanter forteller at dette er et problem. For noen virker hudoverskuddet hemmende på normal funksjonalitet og kan være til sjenanse.

“Etter hvert har det begynt å bli et stort problem med den overflødige huden. Det er så tungt og det beveger seg. Slik at når jeg beveger meg mye, så beveger det seg mye. Da får jeg veldig vondt inni magen. Så hvis jeg går turer

eller skal gjøre mye fysisk så må jeg ha på ett korsett for å holde det på plass. Ja, for ellers får jeg ganske vondt etter hvert, men det er jo fordi det er tungt og det dingler fælt. Ja, og så armene.. de er så store. De skal jo egentlig være der (viser armen sin). Så når jeg kjøper en jumper må jeg ha den ett nummer større enn jeg normalt trenger for å få plass til armene og det er jo ikke fint. Jeg kan jo ikke.. jeg liker ikke å gå slik.. men hva kan jeg gjøre. Jeg kan jo ikke ha på meg fine kjoler som går av her (korte ermer). Så det er ganske psykisk belastende..” (Siri (40), 2,5år)

Informantene forteller at å gå på stranden oppleves som problematisk fordi man ikke kan se bikinitrusen når magen henger over som et forkle og at jogging er umulig fordi magen henger og slenger. Noen synes dette er et stort problem og ønsker derfor å fjerne den overflødige huden. En informant har selv betalt for å fjerne huden mens andre tenker at de kan klare å leve med problemet. Spesielt de eldre informantene trekker fram at det kan være en utfordring, men at de kan leve med den overflødige huden fordi de er såpass gamle og de ønsker ikke å gjennomføre en så stor operasjon. En av informantene forteller at hun har mindre lyst å gå i bikini nå enn før:

“Jeg hadde aldri tatt på meg en bikini og gått på stranda. Det hadde ikke skjedd. Jeg kunne ha gjort det før jeg begynte å slanke meg. Selv om det ikke var så fryktelig aktuelt da heller, men det hadde vært mer aktuelt da enn nå. For det er ikke pent i det hele tatt. Det ser forferdelig ut. Slik som hun legen i Bergen sa ved å ta bort hud på armene så ville jeg få et arr som gikk herfra og helt ned her. Jaja sier jeg, men et arr sier ikke klask når jeg snur meg fort. Det er så mange grunner for at du kan ha et arr, men det er ikke så mange grunner for at du har så mye overflødig hud..” (Siri (40), 2,5år)

En annen informant klarer ikke å jogge på grunn av magen.

“For meg er det magen som er problemet. For det blir jo slik forkle. Jeg prøvde å jogge litt, men det nytter ikke. For da ligger den å slår omtrent som en slik rifleskudd.” (Eirik (54), 6mnd)

4.2.2.3 Sosialt liv

På spørsmål som omhandlet forandring i menneskelige relasjoner, kom det fram hvor sårende det føles å bli behandlet annerledes etter vektneidgangen. De er akkurat de samme personene, men likevel blir de behandlet på en annen måte enn tidligere.

“Selvfølgelig er det tøft. For folk begynner å se annerledes.. altså folk du ikke kjenner har mer respekt for deg. M: Hvordan føles det? I: Det er vondt. På en måte er det godt, fordi nå får jeg på en måte den anerkjennelsen jeg hele veien burde ha fått, men samtidig er det veldig vondt for hvorfor var jeg mindre verdt i folks øyne som ikke viste hvem jeg var en gang. Jeg er akkurat den samme, men kommer jeg inn i en butikk nå så kommer folk og spør trenger du hjelp. Før kom jeg inn i en butikk og da ble de så opptatt med andre ting. Hvis jeg gikk i butikken og handlet, så måtte jo folk se hva du hadde i handlekorgen og måle deg opp og ned og noen synes de hadde en rett til å kommentere hva du hadde i handlekorgen. det var jo et fåtall, men noen. Jeg gikk ikke en handledur uten, men samtidig forstår jeg det for det er ren refleks. Jeg tror ikke folk tenker over at de gjør det, men jeg merket det veldig godt og akkurat de tingene der er både godt og vondt. Jeg gruet meg jo til å gå i butikken. Jeg utsatte og utsatte og utsatte det til jeg måtte for jeg viste at det blir pyton. Å det er fortsatt ganske sårt. Ja for det burde ikke være noe forskjell på det.”
(Siri (40), 2,5år)

“Jeg har en venninne. Hun skiftet jobb og de sitter å snakker i lunsjen. Har du sett hun tykke som jobber der og slik snakk. Så tenker hun de vet ikke det, men jeg var hun jeg. Jeg var en av dem som de ser så ned på. Er du deprimert på forhånd så løser ikke operasjonen det i hvert fall.” (Siri (40), 2,5år)

“Jeg er en veldig sosial person som alltid har hatt venner, men jeg liker ikke at folk liker meg mye bedre etter vektneidgangen. De har alltid likt meg, men fremmede. De ser ikke så fint på overvektige og det er en veldig stygg ting. Samfunnet må endres. Plutselig ser menn mer på meg, men hvorfor er det slik. Det skulle ikke vært slik.” (Kari (55), 1år)

“Jeg er på en måte den jeg er, men mange synes jo jeg er en helt annen person nå, men det er jo fordi jeg ser annerledes ut sant. Det var noen på jobben som sa forleden, da ble jeg ganske forbannet på de. Da kan jo du le av de der tykke menneskene sant. Le av de. Hvorfor skal jeg det. Jeg har ikke noe behov for å le av de. Ja, men nå er du jo tynn selv så nå kan du jo le av de. Så sa jeg, jeg har ikke behov for det. Hvilke holdning var det liksom. Du skal ha respekt for menneske uansett hvem de er, for man vet jo aldri hvem de er og hva som gjør at de har havnet i den situasjonen de har.” (Olav (50), 2,5år)

Dette var opplevelser flere av informantene fortalte at de ikke var forberedt på. Det var utfordrende og noe man måtte lære å takle. Det å fortelle om operasjonen til personer du nettopp hadde møtt kunne også oppleves som utfordrende. Dersom du skulle ut å spise med noen fra jobben eller en venn av en venn ble det rart å bare spise noen skjeer med mat uten å fortelle hvorfor man ikke kunne spise mer. En av informantene opplevde at måten andre reagerte på i forhold til operasjonen, var veldig vanskelig for henne.

“Det er mange som går å maser, maser, maser om igjen og om igjen. Så er det gjerne noen som sier at å du må passe deg. Du må ikke spise så mye. Du må ikke spise for da kan du legge på deg igjen og du kan ditten og datten. Jeg synes ikke synd på deg hvis du legger på deg igjen og du må ikke spise slik. Da blir jeg lei av å snakke om det. Ja, det er mye spørsmål om hva du gjør og du kan ikke spise den sjokoladen du for du har.. kan ikke holde på slik, du må jo tenke på hva du har gjort og hva du har fått for noe og slik. Det blir for mye masing og du føler at du vet veldig godt selv hva som kan skje. Jeg vet at den vekten skal jeg aldri i mitt liv komme opp i igjen, men mange sa jo det til meg da jeg tok denne operasjonen at de kunne ikke forstå hvorfor jeg skulle ta den. Ja de hadde veldig mange meninger. (Anne (50), 1år)

4.2.2.4 Å ta opp gamle vaner

Allerede etter seks måneder bekymrer flere av informantene seg for å falle tilbake til gamle vaner og dermed øke vekten igjen som følge av dette. En av informantene som

har blitt fedmeoperert for seks måneder siden forteller at han kommer til å begrense inntaket av mat for å unngå smerter (dumping).

“Det har vært så mye spørsmål om hvis du gjør slik og slik kan du legge på deg igjen. Om du kan havne opp i samme situasjonen og alt dette her. Til en viss grad så kan du faktisk det, men da skal du være stygg med deg selv. Veldig stygg med deg selv. Fordi da må du rett og slett ha vondt kontinuerlig og det er det ikke mange som.. i hvert fall ikke slik som jeg har hatt så kunne ikke jeg tenkt meg å hatt det slik. Jeg vil prøve å unngå at jeg blir syk, at jeg får vondt. Så jeg vil nok begrense meg uansett.” (Bjørn (44), 6mnd)

Informantene som har operert for lenger enn seks måneder siden forteller imidlertid at denne smerten gradvis avtar. Dumpingen forsvinner ettersom tiden går, og da blir det vanskeligere å begrense inntaket og holde på de nye rutineene. En av informantene trekker fram at operasjonen ikke er en enkel løsning og det opp til en selv å gjøre jobben som må til når smerten forsvinner.

”Det er jo å være bevist på at det man gjennomgår er et permanent inngrep. Det er liksom å ta det litt inn over seg og det er ingen kvikk fikks. For det er opp til en selv å gjøre noe med det etterpå. Det er ingen andre på en måte som.. tenker jeg i hvert fall... Sykehuset kan bare gi deg operasjonen og sørge for at du får muligheten til å gå ned i vekt, men så er det opp til en selv og det må man virkelig være klar over.” (Olav (50), 2,5år)

Rett etter operasjonen får man ned veldig lite mat og de opererte magene reagerer på mye, men dette går over etter hvert. En informant skulle ønske hun reagerte på de tingene hun reagerte på rett etter operasjonen.

“Det er det som er litt dumt fordi jeg skulle ønske at jeg ble mer dårlig for da hadde det stoppet meg, men så lenge jeg vet at jeg tåler alt så.. M: Nå kan du spise alt som før? I: Ja.. bare ikke så mye. Jeg kan spise alt bare med måte for å si det slik. M: Kan du spise mer nå enn den første tiden etter operasjonen? I: Ja. Du tåler jo mer og mer etter hvert. Det samme som ungene. De begynner med most mat og litt små smaker så tåler de mer og mer. Veldig likt som det

da. Du kan på en måte gradvis utvide der dersom du vil. Altså jeg tror jeg presset litt for mye. Jeg var jo stapp mett, så jeg måtte legge meg litt på sofaen etterpå. Det er jo helt feil, men det ble litt slik” (Julie (27), 2år)

“Ja. Først var jeg veldig streng i begynnelsen så ble det mer jaja jeg kan spise litt til. Så så jeg at jeg ikke gikk opp vekt. Jeg tror det var det også som gjorde at jaja jeg kan ta litt til. Etterpå har jeg gått opp igjen 5 kilo. Så nå må jeg jo igjen være streng med meg selv..” (Julie (27), 2år)

4.2.2.5 Strategier for å ta hånd om utfordringene

Videre vil jeg redegjøre for noen av strategiene informantene brukte for å takle tiden og utfordringene etter operasjonen på en best mulig måte. Flere av informantene hadde klart å holde den vekten de ønsket og funnet gode strategier for å mestre utfordringene.

Først vil jeg trekke fram mosjon, å komme seg ut uansett vær. Dette hjalp for mange. Først kunne det være snakk om å gå en liten runde rundt huset for å deretter gå lengre turer. En annen mestringsstrategi som ble trukket fram var å skrive ned alt man spiste. Det ble lettere å følge med på hva man hadde spist og hvor mye man skulle spise resten av dagen. Å følge planen fra sykehuset for hva man skulle spise og få råd av helsepersonell på poliklinikken ble også trukket fram som positivt. Flere hadde blitt kjent med andre personer som hadde vært gjennom samme operasjon, og de synes det var nyttig å diskutere med dem. Da kunne de dele erfaringer og komme med tips og råd etter hva de selv hadde erfart som nyttig.

En av informantene vektlegger sammenhengen mellom den psykologiske delen og gamle vaner. Hun forteller at dersom du ikke har ordnet opp i problemer du sliter med og forholdet ditt til mat før du tar operasjonene, er det lett å falle tilbake i gamle mønster.

“Jeg gikk til psykolog i forkant å prøvde å jobbe med det. Prøvde å finne ut hvorfor jeg er blitt så stor som jeg er blitt. Finne ut hvor skoen trykker. For det er bedre å finne det ut, så kan jeg kanskje prøve å snu på det, men jeg

merker jo enda at det burde vært oppfølging på den psykologiske biten. Jeg merker at du har så lett for å ta de gamle vanene med en gang det kommer en situasjon som du ikke er forberedt på. Det er så lett å ta de der gamle teite vanene der. Akkurat når du er i den situasjonen det er fryktelig vanskelig å jobbe med det. Alle de tingene der er egentlig den største utfordringen synes jeg.” (Siri (40), 2,5år)

Den ene informanten trakk fram at det å bli fysisk slankere ikke nødvendigvis løste problemer, men kunne skape andre problemer. Hun vektla også viktigheten av å skape fred med deg selv og forstå hvorfor du er kommet i den situasjonen du er i. Tidligere hadde hun løst problemene sine med å spise, noe hun ikke lenger hadde mulighet til etter operasjonen.

“Du kan ikke ta vekk en vane eller uvane. Du må erstatte den med noe annet. Å vær forberedt på hva kan jeg erstatte det med når jeg kommer i den situasjonen. Hva skal jeg gjøre for å få tankene på andre ting.. du kan ikke bare ta vekk noe. Du må finne en erstatning til det. Og da om du bruke det å gå en liten tur eller finn noe annet. Å der kan det være greit å ha en psykolog tror jeg. I forkant som kan være med å kartlegge hvorfor har jeg havnet her og hva er det jeg kan gjøre for å hjelpe meg selv ut av problemet.” (Siri (40), 2,5år)

I tillegg til å finne ut hvorfor du er blitt overvektig trakk informanten fram at det var viktig å ha tenkt gjennom hvordan man skal takle ulike situasjoner på forhånd slik at man er bedre forberedt. Dermed har en større sjanse for å få et vellykket utfall.

“Ja for mange av tingene så var jeg forberedt på det. Okay nå har jeg en slik situasjon, hva var det jeg hadde kommet fram til da. Jo da skulle jeg heller gjør slik og slik, men når det kommer en ny situasjon som jeg ikke er forberedt på... åhh da er det vanskelig.... Så det merker jeg.. det må jeg til stadighet jobbe med.” (Siri (40), 2,5år)

Alle informantene bruker ulike tankemønstre for å takle tiden etter operasjonen. Et eksempel var å tenke at man måtte holde seg til det sunne slik at man ikke økte vekten

igjen og muligens havnet i rullestol. En annen informant fortalte at når hun angret tenkte hun på at det kunne vært verre, noe som gjorde at hun følte det gikk bedre.

“Du kan jo ikke gå tilbake igjen. Har du tatt operasjonen så kan du ikke operere deg tilbake igjen. Det kunne jo blitt enda verre. Du kunne jo blitt enda verre og ikke tålt enda flere ting.” (Lise (33), 1år)

Hun tenkte også på alt det positive hun kunne gjøre nå som hun ikke hadde mulighet til før, som betyr mer enn mat.

“Jeg er glad i mat. Jeg er glad i å lage mat, men for meg var det ikke det jeg satte høyest. For meg er det å kunne gå tur ute i marka med hestene og leke med tantungene mine og.. det setter jeg mye høyere enn å spise sjokoladecake og dipper.” (Lise (33), 1år)

For en annen informant hjalp det å tenke på tiden etter operasjonen som et prosjekt med ulike delmål.

“Jeg er den type menneske som legger opp alt som prosjekt. I mitt hodet er dette et treårsprosjekt. Jeg har nå begynt på år to og i året som jeg nå går inn i er målet å trene opp igjen.” (Gustav (44), 1år)

Som beskrevet tidligere var det flere av informantene som opplevde hvordan det var å føle seg mett for første gang i sitt liv. Noen brukte denne metthetsfølelsen som en strategi for å ikke spise for mye og for å komme inn i de nye vanene med små porsjoner.

“Tok en liten munnfull så kjente du åhh jeg er så mett. Åhh.. og den følelsen. For jeg har aldri hatt en slik skikkelig metthetsfølelse i mitt liv før etter operasjonen og da skjønnte jeg hva det var å være mett. Å det var også snodig. Hvorfor har ikke jeg kjent på det før, men jeg kan aldri huske at jeg... at nå var jeg mett. Og da var jeg slik okay slik er det det kjennes ut. Så alltid når jeg får den følelsen der. Da er det nok. Så jeg vennet meg veldig til den at selv om det er godt å jeg har lyst på litt til, kjenner jeg den følelsen der nei. Det har

jeg klart å holde. Det har jeg på en måte printet veldig inn i hodet mitt. He he.. så må jeg spise mye oftere enn jeg gjorde før.” (Siri (40), 2,5år)

Magesekken er mye mindre enn før og informantene klarer derfor ikke å spise mye mat om gangen. De blir fort mette, men de kan likevel spise større mengder med mat dersom de bruker lang tid. En av informantene trakk fram en strategi hun brukte for å holde seg til små måltider.

“Men det kjenner jeg selv at når jeg dekker på frokostbordet så kan jeg også vært litt slik. Okay, nå kjenner jeg at jeg greier litt til. Derfor må jeg bare gå å hente et knekkebrød å legge på tallerken og inn i kjøleskapet å hente det jeg skal ha på å legge det tilbake igjen. For hvis ikke holder jeg på slik. Ja, da sitter du å småspiser. Men nå når jeg har vært på besøk så har jeg vært veldig flink å spørre liksom: du gidder du å sette tallerken min ved vasken jeg skal ikke ha mer nå. Så det har jeg funnet ut at jeg må lage litt slike ting til meg selv. For min egen del.” (Silje (37), 6mnd)

Flere informanter trakk fram viktigheten av å være åpen om hva man hadde gjort. Som beskrevet tidligere er det mye man ikke kan spise lenger. Dette kan være vanskelig hvis man blir bedt på middag til venner eller kjente. En av informantene fortalte at det var lettere når hun hadde fortalt hva hun hadde gjort, slik at det ikke ble misforståelser når hun i blant måtte ha med seg egen mat. En av informantene trakk fram at det var lettere å ha med seg mat selv når man blir invitert på middag, enn å være til bry ved at de man skulle til måtte lage noe annet. I tillegg fortalte flere at dersom de opplevde vanskelige situasjoner eller perioder kunne det hjelpe å snakke med andre.

“Hvis jeg kommer opp i en situasjon hvor jeg blir lei meg eller synes dette var vondt eller et eller annet så forteller jeg det alltid til noen at.. jeg traff det dasset på butikken i dag eller ja.. så istedenfor at jeg går å holder på det å grubler over det og tenker på det så forteller jeg det til noen og på en måte får snakket om det.” (Siri (40), 2,5år)

4.2.3 Tanker om fremtiden

Alle informantene jeg snakket med hadde tanker og ønsker for fremtiden. Først og fremst var de redde for å gå opp igjen i vekt. De fleste bekymret seg mye, med unntak av noen få informanter som var fornøyde og følte de hadde stabilisert vekten. Disse informantene var relativt selvsikre når det gjaldt å vedlikeholde endringen de hadde oppnådd. Flere av informanter ønsket å gå mer ned i vekt og de fleste hadde et ønske om å begynne å trene i nærmeste fremtid. Før jeg går nærmere inn på hovedtendenser blant informantene, vil jeg trekke fram et sitat fra den ene informanten som belyser mye av det som ble trukket fram av tanker for fremtiden.

”Om to år da har jeg fullført treårsprosjektet. Det vil si det at jeg har fått på plass det jeg trenger av muskelmasse. Jeg har funnet en stabilitet og jeg trenger ikke tenke så mye mer på det. Jeg trenger ikke bruke så mye tid. Så mye energi på å det. Det kommer til å være rutine for meg å trene. Det er helt naturlig og det vil være naturlig å vite hva jeg skal spise. Jeg må ikke tenke så mye på det. Det vil være bra. Så vil det være veldig viktig for meg å ikke ha gått opp igjen. Det kan jo fort skje at jeg har gått i den fella. M: Bekymrer du deg for det? I: Ja det gjør jeg. Jeg bekymrer meg mye for det. For jeg vet jo at jeg har.. jeg har en jobb som i perioder er så stressende at jeg kan falle tilbake igjen. Så jeg må bruke energi til å holde det unna.”(Gustav (44), 1år)

4.2.3.1 Redd for å gå opp i vekt

Det var flere av informantene som bekymret seg for fremtiden. Noen av informantene fortalte at de var redde for at magesekken skulle bli stor igjen.

“Ja, men det viste jeg jo at det kommer den til å gjøre. For den er jo fortsatt elastisk, men det er jo også en av de tingene jeg forberedte meg på forhånd. At magesekken er og forblir elastisk uansett hva du gjør med den. Det er klart den kommer ikke til å være så liten resten av livet mitt. Han vil jo bli større, men da er jo min jobb å passe på at den ikke blir for stor igjen. Jeg har tenkt på det på forhånd. Så får jeg bare håpe.” (Siri (40), 2,5år)

“Mange begynner plutselig å tvangsspise igjen. Utvide magen. hva er det de holder på med.” (Olav (50), 2,5år)

Informantene beskriver den første tiden etter operasjonen som en periode der du går automatisk ned i vekt. Du får ikke i deg noe særlig med mat og vekten raser, men etter hvert går ikke alt av seg selv lenger.

”Jeg kunne tenkt meg at det gikk like fort ned. M: Gikk det fort i starten? I: Ja det gikk kjempe fort. Det var liksom bare pang 30 kilo, så er det liksom ti kilo etterpå så har det stoppet opp der.” (Silje (37), 6mnd)

“Nei. Hun også raste jo ned i vekt, men så kommer du til det punktet når kroppen begynner å jobbe mot deg igjen og da må du være forberedt. Når du ikke er forberedt på det så...” (Siri (40), 2,5år)

Denne perioden oppleves som vanskelig og mange bekymrer seg for at de ikke skal klare å holde vekten.

“Jeg kjenner jeg blir bekymret. Ja.. jeg blir bekymret. Kan bli deprimert. Tenker uff hvordan skal dette gå. Kommer jeg til å klare å gå ned nå eller bare skeier alt ut så har jeg gått gjennom dette her unødvendig. Veldig mye tanker om det da...” (Julie (27), 2år)

Vekten til en av informantene hadde begynt å øke og hun hadde derfor ruet seg til å komme å fortelle om dette. Hun påpekte at det er kjekt å komme og fortelle om hvor flink du har vært, men noe helt annet å komme å fortelle om noe du ikke klarer.

“Ja det er det. Bare slik i dag for eksempel når jeg kommer til deg å skal fortelle at jeg har dabbet av så blir jeg liksom.. du kjenner litt på den. Det er sikker mange andre også som har dabbet av, men ikke tørr å komme å snakke. Jeg tenkte når jeg fikk brevet at jeg må jo bare fortelle det slik at det kommer fram..” (Julie (27), 2år)

Flere av informantene fortalte hvor redde de er for å mislykkes. Alle hadde hørt om andre som hadde gått opp igjen i vekt.

“Du får jo litt mer mat i deg etter hvert ja, men jeg er jo veldig redd for å bare spise. For jeg er veldig redd for at jeg skal fly opp igjen, men jeg prøver jo. Jeg spiser.. jeg har lagt meg til å spise en skive hvert måltid.” (Malin (50), 1år)

“Nå er det jo bare at jeg må ikke komme dit igjen.. så det blir jo. Ja det blir jo en belastning for samfunnet hvis jeg ikke kan gå på jobb og.. er så tung at jeg må sitte i rullestol og slik...” (Lise (33), 1år)

”Jeg har også sett noen som du nesten ikke kan se at er blitt operert. For etter noen år så er de jo like store. For de spiser jo akkurat det samme som de har gjort. De trykker jo i seg. Ja, jeg har vært overgitt. Og det var vel ikke vits. Det er derfor jeg mener det må være litt motivasjon på forhånd så må det gjerne være litt mer oppfølging for de fleste når det gjelder det med trening. For å bli motivert til det. For jeg tror de trenger det, men kostmessig og at de forstår at dette er noe de må gjøre selv. Det er ikke en slankekur.” (Rita (60), 2,5år)

En av informantene hadde begynt å kjøpe bukser med gylf og knapp istedenfor tights. Dersom hun kjente at buksene begynte å stramme var hun bevist på at hun måtte skjerpe seg. Andre informanter hadde tatt vare på en av sine gamle bukser til skrekk og advarsel. Noen hadde hengt buksen opp på veggen, mens andre tok den fram når de behøvde litt ekstra motivasjon.

“Jeg har tatt vare på den ene buksen jeg brukte før. Jeg har den som skrekk og advarsel til meg selv he he.. at når jeg kommer inn i slike gamle vaner og blir fristet til det så skal jeg finne fram den buksen så skal jeg ta den på meg. Å nå ser jeg jo.. nå får jeg begge beina oppi et buksebein og den er videre på begge beina mine enn den var på ett bein før... og det er slik, vil jeg dertil igjen. Hvis jeg ikke vil det så må du snu tankegangen nå.. og det virker he he enn så lenge i hvert fall.” (Siri (40), 2,5år)

”Jeg har satt meg det målet at jeg skal ikke opp i vekt igjen. Jeg kan nok variere et par to, tre kilo opp og ned. Men ikke slik at jeg plutselig har gått opp femti igjen. Det blir ikke aktuelt. Så jeg har en bukse. Den største buksen jeg hadde før jeg slanket meg. Den skal jeg henge opp på veggen på skrekk og advarsel. Rett og slett ramme den inn. Aldri mer.” (Bjørn (44), 6mnd)

4.2.3.2 Mål om videre vektnedgang

Da jeg spurte om hvilke tanker informantene hadde om framtiden, var det flere som svarte at de ønsket lavere vekt. For noen av informantene hadde vektnedgangen stoppet opp, mens hos andre gikk vekten ennå ned, men i sakte tempo. Noen hadde også begynt å gått litt opp igjen i vekt. Flere av informantene fortalte at de hadde gått ned mange kilo, men var enda overvektige.

”Jeg har jo gått ned alle de gradene med sykkelig overvekt og slik, men jeg er enda litt overvektig. Veier nå 85 kilo og det minste jeg klarte å gå ned til var 80 kilo. M: Hvor høy er du? I: 1,70. Så jeg bør være under 80.. nei blander jeg nå. M: Så målet er å komme ned til 80 igjen.. I: Ja, jeg tenker 75 eller noe.. ja rundt om der. Så jeg har vertfall ti kilo igjen å gå ned føler jeg.” (Julie (27), 2år)

”Jeg går veldig sakte ned og jeg tror jeg begynner å gå ned enda saktere etter hvert, men jeg har lyst å gå ned litt mer... så vil jeg stabilisere det på en eller annen måte.” (Kari (55), 1år)

”Jeg har jo et håp om å gå enda mer ned i vekt. Så hvis jeg kunne havnet på en plass mellom 80 og 90 kilo så hadde det vært helt perfekt.” (Eirik (54), 6mnd)

“Jeg håper liksom på at når vekten liksom. Eller den har jo gått ned 44 kilo slik at det er jo en god del, men jeg håper jo.. hadde håpt at det gjerne skulle bli enda mer slik at trykket bak på ryggen ble bedre da.” (Malin (50), 1år)

“Ja, men jeg må jo gå ned mer.. ee.. M: Så du føler du har oppnådd mye, men er ikke helt der du ønsker. I: Nei.. har ikke blitt ferdig enda..” (Julie (27), 2år)

4.2.3.3 Begynne å trene

I tillegg til å gå ned i vekt ønsket mange å komme i gang med trening. Noen få informanter trente regelmessig, men for flertallet var dette et mål for fremtiden.

“Jeg hadde liksom håpet å kommet enda mer i bevegelse og slike ting da, men jeg tar rett og slett en dag om gangen jeg. Jeg må nesten det jeg. På grunn av all verken og slik så orker jeg gjerne ikke gjøre så mye i løpet av en dag.” (Malin (50), 1år)

”Jeg har noen planer om å gå å svømme og melde meg på helsestudio men jeg har ikke kommet så langt.. ennå.” (Kari (55), 1år)

“Jeg håper jeg er den samme personen om to år som jeg er nå. Bare uten så mye hud og mer aktiv enn jeg er nå. For nå er jeg blitt mindre aktiv på grunn av den huden og ja.. så jeg håper at jeg er den samme som nå, bare litt mer aktiv.” (Siri (40), 2,5år)

4.2.3.4 Finne en balanse

En av informantene forteller hvor utfordrende det er å finne en god balanse i kostholdet etter operasjonen. Det er et år siden operasjonen, men han har enda ikke fått et normalt forhold til mat.

“Jeg hadde god oppfølging av min primærlege og vi forsøkte mange ting for å prøve å stabilisere. Jeg har vært veldig plaget med dumping og intoleranse for mat etter operasjonen. Mye av tiden i begynnelsen gikk til å finne en balanse, som gjorde at jeg kunne begynne å fungere igjen. Det var ikke like moro. M: Hvordan klarte du å finne den balanse? I: Jeg har ikke funnet den helt enda. Mye av tingene som står rundt her av forskjellige kosttilskudd og diverse har jeg forsøkt å bruke. For å finne et kosttilskudd som gjør at jeg har energi nok til å klare jobben min. Eller klare å gå gjennom en dag uten å måtte slappe av

litt. Det har vært litt kjedelig, men det er jo noe som jeg antar at vil bli bedre etter hvert. Det går bedre og bedre hver uke, men jeg må jo være veldig bevisst på hva jeg gjør.” (Gustav (44), 1år)

Han trekker også fram at det ble veldig mye tilskudd og lite vanlig mat. En ting er å finne noe som er kvalitetsmessig godt nok, men det er også vanskelig å finne spennende mat som smaker godt. Han beskriver det slik:

”Det er vanskelig når noe som egentlig er så enkelt blir så vanskelig. Det blir altoverslukende en periode. Det er det som betyr noe er å finne noe du kan spise uten å slite. I en periode så var det og er ennå en utfordring.” (Gustav (44), 1år)

4.3 Ønsket oppfølging

I denne delen ser jeg på hva som blir sagt om oppfølging. Jeg spør hvilke oppfølging som ønskes og hva de kunne tenkt seg at ble gjort annerledes. Oppfølgingen på Stavanger Universitetssjukehus består per i dag av en samtale med ernæringsfysiolog og sykepleier en uke, seks uker, seks måneder, tolv måneder og to år etter fedmeoperasjonen. Samtalen har en varighet på ca.1 time per gang. Imidlertid er dette relativt nytt. Det gjør at informantene som har operert for to år siden ikke har hatt den samme oppfølgingen som de som har operert for et eller et halvt år siden. Resultatene gir likevel en tydelig indikasjon på hvilken type oppfølging som ønskes uavhengig av oppfølgingen informantene har fått. Tiden etter operasjonen er krevende og flere av informantene uttrykte hvor viktig det er med god oppfølging.

“Flere og flere blir jo operert, men jeg tror det beste hadde vært å operere halvparten per år og heller hatt en ordentlig oppfølging. At de som faktisk blir operert blir ivaretatt på en ordentlig måte er viktig. Så får det heller være lenger ventetid tenker jeg. Det kommer til å bli ett mas det gjør det, men det blir jo mas nå også fra oss som er opererte for vi får ikke det vi... det er jo det jeg har prøvd å fortelle når jeg har vært på de kontrollene at dette er det største som skjer i våre liv. For vi får et nytt liv og dere tar det bare som en

slik sjekk da var du ferdig. Rullebånd. For de er det dagligdags og en vane. For oss er det en gang i livet og det er noe av det største som skjer i livet. Så det kan høres veldig enkelt ut, men det er ikke det.” (Siri (40), 2,5år)

4.3.1 Kontakt med andre

Flere av informantene skulle ønske de kunne møtt andre som var blitt fedmeoperert. Noen foreslår at det kunne blitt satt av et tidspunkt og en møteplass. Da kunne de som ønsket, delt erfaringer, fått tips, støtte og råd. En av informantene som har gått ned i vekt og kommet godt inn i de nye rutinene forteller at det kunne vært positivt å være mentor og ressurs for andre som trenger det. Noen har prøvd å finne kontaktinformasjon til andre som har gjennomgått operasjonen for å kunne treffes, men på grunn av at kontaktinformasjon er taushetsbelagt på sykehuset, lyktes de ikke. Det måtte derfor vært et møte som ble fasilitert av sykehuset. Flere informanter forteller at det i blant kan føles godt og være nyttig å snakke med noen som har vært gjennom det samme.

“De som jeg treffer nå etter operasjonen har problemer med tarmer, gå på do og ”trykkeriet” som de sier. Masse slike ting etterpå. Så hører jeg hva de har gjort, hva de spiser og hva de gjør. Ernæring og slik. Så sier jeg, jeg hadde litt problemer slik, da prøvde jeg det og det funker for meg. Ja da gjør vi det. Så funket det for de også. Litt slike ting.” (Olav (50), 2,5år)

“Hvordan andre folk takler ting og når man kommer i en situasjon hvordan tenker du.. hvordan gjør du det? Få litt tips, råd og forståelse av folk som vet hva det er.” (Gustav (44), 1år)

“De som er hjerteopererte i Stavanger de har jo Hjertelaget som de kan forholde seg til. Det kunne gjerne vært en ide å hatt noe tilsvarende her. Når jeg har spurt om å få kontakt med noen av de andre så svarer de nei det er taushetsbelagt informasjon så det kan vi ikke gi deg. Du får søke på internett. Det synes jeg ikke er godt nok. Det gjør jeg ikke. Så har jeg selv fått kontakt med et par andre slik helt tilfeldig. Vi som har vært gjennom det samme har holdt litt kontakt. Fulgt hverandre litt opp og vært motivator for hverandre.

Jeg tror når du da kommer etter operasjonen så er du jo på en måte overlatt til deg selv. Så er det jo opp til seg selv å ha disiplin nok til å gjennomføre det. Jeg vet at noen sliter både med alkohol og med andre ting og er like svære et år etterpå for de har ikke gjort noe særlig og det er viktig at de kommer i gang.” (Olav (50), 2,5år)

“Dersom man ikke har personer i nærområdet som har vært igjennom tilsvarende så har du ingen å diskutere med. Det hadde sikkert vært hensiktsmessig å hatt samtalegrupper. Ikke psykolog baserte samtalegrupper, men rett å slett hvor man tilbyr folk som hadde vært gjennom operasjonen å snakke med hverandre. Dele erfaringer, dele praktiske.. altså hvordan man løser praktiske utfordringer. Som ikke nødvendigvis er så lett å diskutere med helsepersonell som egentlig ikke har forutsetning for å svare på det. I mitt yrke sier vi du må behandle folk forskjellig for å behandle dem likt. Her blir jo alle behandlet likt. Fordi man klarer ikke å separere de forskjellige individene. Du blir gjort om til et nummer som alle andre. Det kan være kjekt å få litt mer menneskelig kontakt i en slik gruppe vil jeg tro. I hvert fall få tilbudet, det å få tilbudet kan være nok. I hvert fall i perioden etter operasjonen hvor man kan føle seg nokså maktesløs overfor det som skjer. Det er jo mye som skjer i kroppen etter en operasjon. Det være lettere å spørre hvis du treffer andre som har vært igjennom det samme.” (Gustav (44), 1år)

4.3.2 Personlig oppfølging

Flere informanter trakk fram at de ikke føler de får en personlig oppfølging. Alle får den samme oppfølgingen uavhengig av problemer og hva som trengs. En av informantene foreslår at det burde brukes mer ressurser på dem som sliter og virkelig trenger mer oppfølging, men mindre på dem som klarer seg fint og ikke føler de trenger det. Han trekker også fram at han synes de generelle informasjonsmøtene var for generelle. Da kunne han like godt lese informasjonsskrivene.

“Det er så individuelt. Personer som sliter må jo få tett oppfølging. Så får meg bør oppfølgingen være minst mulig generell, for jeg tror vi har det så forskjellig.” (Jon (69), 2år)

En annen beskriver det slik:

Få mest mulig gjennom systemet på kortest mulig tid for å få opp statistikken, slik at man kan få pengene neste år til å drive det samme. Den følelsen kan det nok være, men jeg har full forståelse for det, men det er klart at hvis man spør seg selv om hva som kunne vært bedre så er det slik at selv om man prøver så glemmer man litt at det er mennesker man har med å gjøre. ” (Gustav (44), 1år)

Flere av informantene er fornøyde med helsepersonellet de har truffet på fedme-poliklinikken, fordi de har vært utrolig hjelpsomme, flinke og hyggelige. Likevel mente informantene at opplegget føles mer som en kartlegging enn oppfølging av hver enkel.

“Du føler deg så ivaretatt. Etter operasjonen så skal du få oppfølging på sykehuset og så bare forsvinner alt. Jo, jeg har hatt to oppfølginger på sykehuset. Har hatt seks måneders kontroll og tolv måneders kontroll, men det har vært hos sykepleier og det har ikke vært for min del. Det har vært for sykehuset sin del. Det har vært mer slike ting de kan bruke i sin statistikk og fortelle andre som lurer på å ta operasjon og slik. Det har ikke hatt noe nytte for meg i det hele tatt. Den 18 måneders kontrollen vi skulle på var hos kirurg. Den var på en måte for meg.. den så jeg så fram til, men nå er det gått snart tre måneder og jeg har ennå ikke fått den. Legen min har purret, men vi har ikke hørt noen ting og den har pasienten behov for.. den bare sklir ut. De snakket om at de skulle prøve å få til noe som gikk på det psykologiske og men.. De var jo veldig bevisst på det, men det skjedde ingenting. Det var ingenting for min del på den oppfølgingen, det har jeg hørt andre også som sier. Vi bruker av vår tid så skal vi pigede betale for det i tillegg. For at de skal på en måte få stoff å vise hvor flinke de er.” (Siri (40) 2,5år)

“De har slik standard skjema som de går gjennom. Om jeg trener, hvordan jeg spiser, hvordan går det med det søte. Ja kartlegger for at de gjerne kan bli bedre. Akkurat som en undersøkelse på en måte. Om det er noe som jeg ikke

tåler. Om det er noe som har blitt bedre etter operasjonen.. jeg har jo ikke så mye hodeverk da etter operasjonen. Ee ja bare for å høre.” (Julie (27) 2år)

“Jeg føler at man er pliktig til å gjøre en oppfølging så da gjør man det. Jeg hadde nok håpet på en litt mer personlig oppfølging på bakgrunn i at det er en ganske omfattende endring. Her er det klart at det er en kartlegging. Du kommer inn og de legger skjema på bordet så smiler man litt og prater litt løst og fast så går man gjennom de samme spørsmålene, men det er lite. Du får selvfølgelig mulighet til å fortelle hvordan du har det, men det er ikke noe kapasitet i systemet til å håndtere de tingene du har. Det skal gå til primærlegen. Så min oppfølging har lagt der ikke her. Verken på sykehuset eller her..” (Gustav (44), 1år)

4.3.3 Trening

Som nevnt tidligere oppleves trening som en utfordring for de fleste. Av den grunn har informantene behov for støtte, veiledning og hjelp til trening. De ønsker turgrupper, trening i basseng og opplæring på et treningssenter. I starten kunne flere tenkt seg å hatt egne grupper for de som er operert.

“Ja den treningen ville jeg kanskje ha.. jaja det kan godt være jeg hadde fortsatt, men i hvert fall til å begynne med. Komme i gang med folk som vet hvordan det er og er i samme båt. For det å gå en plass å begynne å trene på egenhånd når du er.. altså det krever ganske mye mot altså.”(Siri (40), 2,5)

“Det burde vært noe slik at du kunne være med på noe felles. Få kommet i gang å kjenne at du mestrer ting.” (Siri (40), 2,5år)

En annen informant trekker fram at treningsopplegget burde startet allerede før operasjonen.

“Før operasjonen tror jeg mange hadde hatt godt av å fått et opplegg med trening. Altså lært å trene, lært og like å trene. For jeg synes det var skummelt.” (Rita (60), 2,5)

4.3.4 Ønsket oppfølging knyttet til maten

Den ene informanten kunne tenkt seg mer oppfølging med tanke på kostholdet.

“Jeg skulle ønske at det gjerne var en plass du kunne komme å snakke og gjerne fått hjelp til å lage en meny for uken og måneden et eller annet. Satte mål med deg. Snakket ut når det var vanskelig og du følte du dabbet av og at noen virkelig bryr seg om det du sitter og sier. Ikke bare slik standard vær så god så...” (Julie (27), 2år)

“Jeg kom plutselig på at det hadde vært herlig å hatt en ernærings... slik som du skal bli, på en gruppe for eksempel. Inne på Facebooken. For vi har jo en gruppe for vi som er slankeoperert og da skriver vi hele tiden hva vi spiser av det og hva vi spiser av det.. altså motiverer hverandre. Det hadde vært bra å hatt en person som vi kunne skrive når som helst på døgnet. En plass du kunne fått råd der og da. Ellers får du jo nesten ikke. Du må jo gjennom masse for å spørre om et spørsmål. Ringe inn til sykehuset og altså. Det blir jo mye vanskeligere.” (Julie (27), 2år)

4.3.5 Mer kontinuitet

Det er stor forskjell mellom informantene med tanke på hvor ofte de ønsker oppfølging. Noen synes ikke de har behov for mer oppfølging, mens andre trekker fram at de skulle ønske det var mye mer oppfølging.

“Ja, jeg hadde nok håpet at det hadde vært en oppfølging som var litt... det var litt mer kontinuitet i. Hvor det var forutsigbart. For eksempel at man hadde en oppfølging hver fjerde måned for eksempel, hvor man gikk gjennom de samme sakene for å se på endring.. at man lager seg en kontinuitets kurve over hva som skjer..” (Gustav (44), 1år)

Noen ønsker mer oppfølging fordi de ikke føler de klarer det selv. Tidligere erfaringer har vist at de alltid mislykkes.

“Slik som så lenge som jeg har dabbet av skulle jeg ønsket at du kom inn til samtaler og at de gjerne holdt litt kontakten og passet på. Det høres teit ut fordi du bør kunne klare det selv, men det er jo en grunn for at vi har tatt denne operasjonen. Det er jo fordi vi ikke klarer det selv. Så det skulle vært mer..” (Julie (27), 2år)

4.3.6 Kontaktpunkt for informasjon

Et par informanter skulle ønske de kunne ringe noen dersom det var noe de lurte på.

“Jeg hadde behov for å snakke med noen når jeg hadde så voldsomt vondt i magen. Få noen råd.. kanskje de bare kunne sagt ta en paracet. Det er så mye informasjon man tar inn.. M: Ja mye på en gang. I: det er det.. og i vertfall de første 6 ukene synes jeg det er litt viktig å kunne ringe til noen. Men jeg forstår at de har så mange som blir operert og da hvis alle ringer så blir det..” (Kari (55), 1år)

4.3.7 Fjerne hud

Noen av informantene synes fjerning av overflødig hud burde vært en del av behandlingen etter fedmekirurgi.

“Ja det tar jo plass. Fem og et halvt kilo med hud det tar litt plass. Det har jeg gitt innspill på. Å fjerne hud bør de jo ha som en del av den andre operasjonen for de som har behov for det.” (Olav (50), 2,5år)

4.3.8 Oppfølging av de psykologiske utfordringene

Flere forteller at det er viktig å forberede seg før man gjennomfører operasjonen. Man bør tenke gjennom hvordan og hvorfor man er kommet i den situasjonen man har havnet i. Hvorfor er jeg blitt så stor? Mange av informantene mente at det å tenke gjennom dette og andre psykologiske utfordringer burde vært en del av forberedelsene før operasjonen og oppfølgingen etter operasjonen.

“Ja så er det jo det å være klar på hva er det som gjør at jeg er i den situasjonen jeg har havnet i og litt slik. Har jeg behov for å spise og har jeg behov for å trøstespise og slik. Det må man liksom gjør noe med. Det er en del slike ting man må gjennom. Jeg vet ikke hvor flinke sykehuset har blitt nå, når de har fått den poliklinikken. Til å være der å ta fatt i de tingene. Det vet jeg ikke. Jeg har ikke snakket med noen etter de åpnet så det vet jeg ikke.” (Olav (50), 2,5år)

“For jeg har hørt det er en del som sliter med psyken og det er ikke godt, men en kirurg kan ikke gjøre noe med det. Hvis de sliter psykisk før operasjonen så tror jeg ikke de skulle blitt operert. Det som jeg sliter med nå av psykisk og utmattelse og dette her det er det jo ingen ting en kirurg kan gjøre noe med.” (Rita (60), 2,5år)

“Det er veldig mange forskjellige grunner til at folk har havnet i den situasjonen de har havnet i og det tas overhodet ingen hensyn til. Alt legges opp til at du har blitt overvektig fordi at du spiser for mye og har en dårlig livsstil derfor har du blitt overvektig. Nå har du operert. Nå har vi hjulpet deg til det. Nå skal alle få samme veien ut. Nå må du huske på å ikke spise for mye, men det er faktisk ikke slik at alle. Jeg vet ikke hvorfor jeg ble overvektig og det kan godt være jeg gjorde det, gjorde alle de feilene, men jeg er overbevist om at det finne mange personer som ikke har gjort det og de faller jo helt gjennom. De vil jo ikke få noe hjelp til akkurat den biten. Det er vel også derfor rusmiddelforbruk i enkelte tilfeller kan være relativt høyt for de som har vært gjennom disse operasjonen. For de tyr til noe annet enn spisingen for trøst. Ingen har brukt tid på grunnlaget for den situasjonen man kom opp i. Så det er nok viktig.” (Gustav (44), 1år)

4.3.9 Økonomisk støtte

I kapitlet om utfordringer så vi at fedmeoperasjonen fører med seg noen økonomiske aspekter. Noen av informantene ønsker derfor økonomisk støtte til abonnement på treningssenter og til å kjøpe vitaminer og mineraler.

“Det kunne vært litt støtte i dette. Vitaminer og B 12 må vi ta hele livet. Det er ikke veldig dyrt å kjøpe, men jeg må gå til sykepleier for å få det ikke sant. Det koster og det skal være hele livet. Det blir dyrt i lengden. Tenk hvis jeg betaler 200 eller 300 kroner hver tredje måned hele livet det er mye penger. Så hvis vi hadde kunnet få støtte for vitaminer og mineraler og dette, hadde det vært fint...” (Kari (55), 1år)

“Det høres litt teit ut, men gjerne dekket noe. For det er veldig dyrt på de treningsstudioene. At du gjerne kunne fått en erklæring eller noe. Legeerklæring slik at du fikk litt rabatter på det. Da hadde det motivert deg litt også. Du vet at det ikke er så veldig dyrt. At du klarer å leve med det liksom.” (Julie (27), 2år)

5.0 Drøfting av metode og resultater

Jeg vil her diskutere valg av intervju som metode. Deretter vil en diskusjon rundt utvalget, forskerrollen og oppgavens validitet, reliabilitet og overførbarhet bli utredet. Til slutt vil hovedfunnene bli diskutert opp mot annen teori og forskning.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Metodologiske aspekter

I studien bruker jeg elementer fra både fenomenologi og Grounded Theory (GT). Jeg starter metodediskusjonen med å diskutere bruken av fenomenologi og GT, og avslutter kapittelet med diskusjon av kvalitativ metode og bruken av intervju.

Fenomenologi og GT er produkt av ulike intellektuelle tradisjoner, henholdsvis Europeisk filosofi og sosiologi (Starks & Trinidad, 2007). Det er flere likheter mellom tilnærmingene og skillene mellom dem er ikke alltid like tydelige. Jeg fant det hensiktsmessig å bruke elementer fra begge, men dette valget har også vært utfordrende.

Forskjellen mellom de to metodologiene er størst i starten og i slutten av forskningsprosessen (Starks & Trinidad, 2007). Det var mest utfordrende å bruke tilnærmingene sammen når jeg skulle rekruttere personer og presentere funnene mine, samt produsere et produkt. I datainnsamling, intervjustrategi og analytisk metode er differansen mellom metodologiene betydelig mindre og det var dermed enklere å bruke begge tilnærmingene. Målet i fenomenologi er å studere hvordan personer skaper mening fra deres levde erfaring, mens målet i GT er å utvikle forklarende teorier av grunnleggende sosiale prosesser studert i kontekst (Starks & Trinidad, 2007).

Målet med studien var å få et innblikk i hvordan det er å leve med overvekt, gjennomføre en fedmeoperasjon og mestre tiden etter kirurgi. Det er i tråd med fenomenologi hvor målet er å beskrive menneskets erfaring av et fenomen (Starks & Trinidad, 2007). Jeg ønsket dessuten å identifisere mønster og sammenhenger i og mellom kategoriene som er i tråd med GT. Slike analyser kan skape konseptuelle tematiske beskrivelser, istedenfor forklarende teorier (Starks & Trinidad, 2007).

Analysen produserer, i tråd med en fenomenologisk tilnærming, rike beskrivelser som gir innsikt i betydningen av fedmekirurgi (Starks & Trinidad, 2007). Jeg har valgt å presentere utfordringene kronologisk, noe som tillater leseren å få en følelse av hvordan tiden etter operasjonen oppleves. I GT-tenkning ser man hvordan kategorier er relatert til hverandre. Jeg har i analysen utviklet kjerne kategorier som har betydning for hvilken oppfølging som ønskes. Ved å inkludere oppfølging vil studien også være av interesse for personer som ønsker å designe intervensjoner eller forbedre praksis. Dette styrker bruksverdien og viktigheten av studien.

5.1.2 Bruk av intervju

Jeg valgte individuelle dybdeintervju som forskningsmetode. Det er den vanligste metoden innen både GT og fenomenologi (Starks & Trinidad, 2007). Alle forskningsmetoder har sine fordeler og begrensninger. Litteraturen peker på ulike styrker og svakheter som den enkelte forsker må ta med i sine vurderinger og valg. En utfordring til metoder hvor en etterspør individers mening og oppfatning, er å reflektere over hvordan forskeren kan påvirke de data vi får. Det er vanskelig å vite

nøyaktig hvor stor påvirkning forskeren har på svarene informantene gir. Likevel er det viktig å reflektere over hvilke forhold som kan prege svarene fra informantene (Thagaard, 2009). Jeg hadde ikke noe kjennskap til informantene fra før, men de visste at jeg var ernæringsstudent. Dette kan ha betydning for hvordan de vil ordlegge seg og hva de legger vekt på i svarene.

Ifølge Kvale et al. (2009) er aktiv lytting viktig. Det stiller krav til forberedelse og kompetanse når man skal lytte aktivt, spørre relevante oppfølgingsspørsmål i intervjuet og samtidig holde seg til relevante tema. Jeg klarte å løsrive meg fra intervjuguiden, noe som var positivt for å kunne lytte bedre og lettere oppdage nye dimensjoner ved informantenes erfaringer. Dette er i tråd med både fenomenologi og GT, hvor intervjueren forsøker å bevare en åpenhet ovenfor fenomenet (Birks & Mills, 2011; Kvale et al., 2009). Jeg har brukt intervju ved tidligere prosjektarbeid, og det å ha erfaring med å intervju opplevdes som en fordel. For å holde en oversikt over hva vi hadde snakket om laget jeg små kryss i marginen ved spørsmålene. Det gjorde at jeg unngikk å spørre samme spørsmål to ganger. Dersom jeg synes noe var uklart spurte jeg gjerne spørsmålet på en annen måte senere i intervjuet for å få informantene til å reflektere over spørsmålet på ny.

Det er viktig å ta hensyn til hvordan informanten blir presentert når forskeren analyserer teksten. Forskerens forståelse vil være en fortolkning av informantens selvforståelse. Gjennom analysen og presentasjon av data er det viktig å forsikre seg om at man tar vare på informantens perspektiv. Informantens muligheter for kontroll er sterkt redusert i analysefasen. Forskeren skal beskytte informantens integritet i analysen og i presentasjonen av materialet (Thagaard, 2009). En måte jeg har ivare tatt dette på er å ha et tydelig skille mellom presentasjon av resultatene og diskusjonen. Jeg lar sitater tale for seg og markerer hva som er sitater og hva jeg selv har formulert.

I tillegg til intervju valgte jeg å supplere med observasjon. Dette kunne styrket studien dersom jeg hadde analysert observasjonene. Ved å bruke triangulering øker validiteten. Imidlertid valgte jeg å ikke analysere observasjonene på grunn av oppgavens begrensede omfang.

5.1.3 Utvalg og utvalgsprosessen

Utvalget i denne oppgaven er åtte kvinner og fem menn. Jeg ønsket å ha med begge kjønn i undersøkelsen. Det er et flertall av kvinner med den naturlige årsaken at flere kvinner enn menn utfører fedmekirurgi.

I både fenomenologi og GT velger man informanter etter hvem som har erfart fenomenet man ønsker å studere (Starks & Trinidad, 2007). Et passende antall informanter for fenomenologiske studier er 1-10 personer. I GT brukes ”Theoretical sampling” som involverer å rekruttere deltakere med ulike erfaringer av fenomenet (Birks & Mills, 2011). Jeg begynte med å inkludere personer som hadde operert for et halvt år siden. Deretter inkluderte jeg informanter som hadde operert for et og to år siden for å undersøke ulike dimensjoner. Et vanlig utvalg for GT er 10-60 personer (Starks & Trinidad, 2007). Når man skal utforske ulike dimensjoner ved et fenomen vil man trenge flere personer for å kunne belyse hver enkelt dimensjon. Jeg hadde 13 informanter. Ved det oppnådde jeg en forståelse av tiden fra personene gjennomførte operasjonen til to år etterpå. Det kan likevel tenkes at jeg burde hatt flere informanter for å belyse de ulike dimensjonene bedre. Jeg opplevde å få et stort datamateriale, noe som var krevende i analyseprosessen. Man kan også spørre seg om det var hensiktsmessig å inkludere informanter fra ulike stadier i endringsprosessen, istedenfor og kun inkludere personer som hadde operert for to år siden. Disse personene har i utgangspunktet forutsetninger for å belyse hele prosessen fra de ble operert fram til i dag. Imidlertid merket jeg fort at de som hadde operert for to år siden ikke husket den første tiden etter operasjonen så godt. De måtte tenke lenge og kunne ikke komme med en detaljert beskrivelse. Det vil derfor kunne forsvinne en del interessante opplysninger. De jeg snakket med som hadde operert for seks måneder siden kunne gi meg en detaljert beskrivelse fra de våknet etter operasjonen og fram til i dag.

Det finnes skiller i samfunnet i forhold til sosioøkonomisk status. Utdanning ses i sammenheng med kosthold og trening og er en indikator som er mye brukt i norske kostholdsundersøkelser for å se på sosioøkonomisk status (Næss, Rognerud & Strand, 2007). Deltakere i kvalitative studier er ofte personer med høyere utdanning. Det kan bety at de er mer fortrolige med forskning og med å utlevere sine erfaringer

(Thagaard, 2009). Jeg har ikke fokusert på utdanning i mitt studie, men alle deltakerne fortalte hvilke utdanning de hadde og hva de jobbet som, da de fortalte om seg selv. Ser en kun på utdanning som indikator for sosioøkonomisk status i denne studien, vil informantene være ganske jevnt fordelt mellom lav, middels og høy sosioøkonomisk status. Det kunne vært interessant å se på forskjeller mellom informantene ut fra sosioøkonomisk status. Begge informantene med høyest utdanning utmerket seg ved at de hadde klart å komme inn i nye rutiner, legge om til et sunt kosthold og begynt å trene. Blant de andre var det varierende resultater. Jeg kan ikke trekke noen slutning fra dette, men det ville vært interessant å se nærmere på med et større utvalg.

5.1.4 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet er begreper som brukes for å vurdere troverdigheten i en studie. Begrepene er mest brukt i kvantitativ forskning, men begrepene brukes også i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2009). I kvalitativ forskning må forskeren argumentere for reliabilitet ved å redegjøre for hvordan dataene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2009). Det innebærer å gi en detaljert beskrivelse av forskningsstrategi og analysemetoder slik at forskningsprosessen kan vurderes trinn for trinn. Validitet er knyttet til tolkning av data og handler om gyldigheten av de tolkningene man kommer fram til. Representerer resultatene den virkeligheten vi har studert? (Thagaard, 2009). Validitetsbegrepet kan deles inn i intern validitet, som handler om i hvilken grad kunnskapen er gyldig for konteksten den ble innhentet fra, og ekstern validitet som handler om i hvilken grad kunnskapen kan overføres til andre mennesker i tilsvarende kontekster (Malterud, 2011).

For å styrke reliabiliteten har jeg har prøvd å gi en mest mulig konkret og spesifikk rapportering av fremgangsmåter ved innsamling og analyse av data. Jeg har også lagt vekt på teoretisk gjennomsiktighet ved å beskrive det teoretiske ståsted som representerer grunnlaget for mine tolkninger.

Man kan utdype og tydeliggjør forskningsprosessen gjennom data som er konkrete og i så stor grad som mulig adskilt forskerens fortolkninger (Thagaard, 2009). Ved å transkribere intervjuene ordrett lar jeg sitatene tale for seg selv. Det gir grunnlag for å

utvikle data som er uavhengig av mine oppfatninger. Ved at leseren kan skille mellom hva som er primærdata og hva som er forskerens vurderinger blir den kvalitative teksten av bedre kvalitet (Thagaard, 2009). Reliabiliteten i studien styrkes også ved at jeg har diskutert med veileder og dermed hatt en annen forsker som kritisk har evaluert fremgangsmåtene i prosjektet.

For å styrke forskningens indre validitet har jeg redegjort for hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjonene jeg kommer fram til. Det er viktig å gå kritisk gjennom analyseprosessen. I tillegg var forarbeidet viktig for å utarbeide en relevant intervjuguide. Jeg opplevde at informantene synes denne var relevant med tanke på svarene de gav. Utvalget er grunnlag for gyldigheten av funn og tolkning (Jacobsen, 2005). I kvalitative studier er informasjonsrikdommen stor, men antallet informanter relativt lite. Informantene delte villig sin kunnskap, var åpne og jeg fikk mye informasjon. Det styrker gyldigheten av dataene. I både fenomenologiske- og GT-studier har intervjuet som målsetning å fremkalle informantens historie og oppnå et rikt datasett som gir gode forutsetninger for analysen (Starks & Trinidad, 2007).

Jeg ville fått større datatilgang og trolig en enda bedre validering dersom jeg hadde møtt personene to ganger. Deltakerne hadde hatt mer tid til refleksjon mellom første og andre intervju, noe som kunne gitt enda mer nyansert informasjon. Av hensyn til tid og ressurser valgte jeg likevel å møte personene kun en gang. Jeg opplevde at jeg fikk god og utfyllende informasjon i intervjuene. Jeg kunne også risikert at færre hadde hatt muligheten til å stille til intervju dersom de måtte møte til to ganger.

Et mål for å få gyldige resultater er at informantene ikke påvirkes til å svare på spørsmålene ut fra en oppfatning informanten kan ha av forskerens verdier og synspunkter. Det er derfor viktig at man møter informanten med ”åpent sinn” og unngår at egne verdier preger intervjusituasjonen (Thagaard, 2009). Informantenes beskrivelser er preget av hvordan de ønsker å presentere seg selv. På den ene siden kan informanten ønske å sette seg selv i et godt lys. På den andre siden kan den ønske å fremstille situasjonen problematisk for å overbevise forskeren om sin vanskelige situasjon (Thagaard, 2009). Jeg prøvde å formidle forståelse og unngå å oppfattes fordømmende. Personlig har jeg ikke noen forutinntatte sterke meninger for eller imot

fedmeoperasjon, noe som kan være positivt. Dersom du har sterke meninger for eller imot, kan det være vanskelig å ikke la det skinne igjennom i intervjuene.

Ekstern validitet sier noe om overførbarheten av studien og hvordan tolkning av dataene eventuelt kan være relevant i andre kontekster (Malterud, 2011). Til tross for et relativt lite utvalg gir det nok data ved bruk av kvalitativ metode (Kvale et al., 2009). Funnene kan ikke generaliseres, men undersøkelsen har stor overførbarhet til andre fedmeopererte personer. Erfaringene fra informantene kan øke kunnskapen og gi en innsikt som kan være verdifull i forhold til hva som trengs av oppfølging i tiden etter gastrisk bypass. Når det gjelder overføringsverdi til annen kontekst kan noen av funnene muligens overføres til vedlikehold av vekt etter en periode med slanking.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil jeg se hovedfunnene i lys av annen forskning. Jeg bruker forskningsspørsmålene som hovedoverskrifter.

5.2.1 Hvilke utfordringer oppleves i tiden etter en gastrisk bypass operasjon?

Selv når fedmekirurgi regnes for å være vellykket, er det flere utfordringer i etterkant av denne behandlingen. Fedmekirurgi kan ses på som utfordrende fordi man oppnår resultater relatert til spesifikke medisinsk definerte mål (vekt og bedring av fedmerelaterte sykdommer), men opplever samtidig mange andre utfordringer i tiden etter operasjonen. Flere studier bruker kun vekt og bedring av følgesykdommer som mål på hvor suksessfull operasjonen er (Colquitt et al., 2009; Picot et al., 2009; Søvik et al., 2007). Det gir ikke et helhetsbilde av hvordan operasjonen oppleves for den enkelte.

Informantene hadde gått ned 30-80 kilo etter operasjonen. Den dramatiske vektnedgangen man oppnår ved gastrisk bypass brukes til å argumentere for at det er det beste behandlingsalternativet for å forbedre helsen hos personer med overvekt (Buchwald, 2008; Sjöström et al., 2004). Behandlingen kan forstås som at den ”ekstra” vekten (ditt vektproblem) ikke tilhører kroppen og kan bli separert ut fra den; kroppen kan i teorien gjenopprette sin helse gjennom kirurgisk tilrettelagt

kostholdsrestriksjon (Throsby, 2012). Det er denne ”ekstra” vekten som blir holdt ansvarlig for andre helseproblemer som for eksempel diabetes-2. Imidlertid sliter mange med mer enn selve vekten.

En utfordring er at operasjonen ikke nødvendigvis løser psykiske utfordringer. Kruseman et al. (2010) viste at personer som gjennomfører fedmekirurgi opplevde samme grad av problematisk spiseatferd, depresjon og angstelse, uavhengig av hvor stor vektreduksjon de hadde oppnådd. Mine funn viser at alle informantene har gått ned i vekt og oppnådd helsemessige fordeler. De opplever likevel fysiske, psykiske og sosiale utfordringer etter de har oppnådd resultater i forhold til ønsket vekt og medisinsk tilstand. Kirurgi kan ses på som en behandling der man ikke tar hensyn til de bakenforliggende årsakene for overvekten. Dette kan være problematisk. Studier viser at det er en tydelig sammenheng mellom fedme og grad av angstelse, depresjon og svekket selvfølelse (Ogden & Flanagan, 2008; van Hout et al., 2004). Rosik (2005) viste at 60 prosent av kandidatene til fedmekirurgi har psykiske problemer. På tross av dette forteller en av informantene at det er lite fokus på psykiske utfordringer før og etter operasjonen. Det er ikke en del av behandlingen. En annen av informantene forteller at man ikke kan ta bort en uvane uten å erstatte den med noe annet. Dersom man bruker mat som trøst for et underliggende problem, kan det bli en utfordring når man etter operasjonen ikke har denne muligheten. I likhet med litteraturen (Joaquin et al., 2012; Wadden et al., 2006), trakk flere av informantene fram at det var viktig å ta hånd om psykiske problemer før man utfører operasjonen.

En annen utfordring er at etter operasjonen, bringer man fremdeles med seg kroppslige tegn fra det tidligere livet som overvektig. I likhet med andre funn (Marcus et al., 2009) viser studien at overflødige hud etter vektnedgangen oppleves problematisk. Personene får ikke støtte til å fjerne overflødig hud, noe som muligens kan være et tegn på ulike målsetninger for behandlingen. På den ene siden kan overflødig hud ses på som et kosmetisk problem som ikke er helsefarlig, og som man derfor ikke får støtte til å fjerne. På den andre siden viser funnene i studien at overflødig hud oppleves som verre enn et kosmetisk problem, både på grunn av negative kommentarer fra andre og fysisk ubehag. Overflødig hud er begrensende med tanke på fysisk aktivitet og kan føre til smerter og sår. Selv om mange kunne tenkt seg å fjerne den overflødige huden er det ikke alle som har råd eller ressurser til

å gjennomføre operasjonen privat. Dette er ikke et argument for eller imot støtte til kosmetisk operasjon etter operasjonen, men det illustrerer at når personer velger å utføre fedmekirurgi håper de å løse et sammensatt problem, der noen problem vil løse seg mens andre forblir uendret eller forverret.

Når det gjelder utfordringer knyttet til maten, viser studien at den første tiden etter operasjonen kjennetegnes av en drastisk endring i spise- og matvaner. Resultatene viser at det er utfordrende for mange å få i seg nok mat slik at kroppen kan fungere. Det er plass til minimalt med mat i magesekken, noe som gjør at personene må tenke nøye gjennom hva de spiser. Dette fører til at den første tiden etter operasjonen er preget av et forhold til mat som er veldig næringsstoffokusert. Det legges vekt på at maten må inneholde nok proteiner, vitaminer og mineraler. Dette leder oss videre inn på i hvilken grad fedmekirurgi tar hensyn til en persons matidentitet. ”Å spise” kan ses på i lys av biologi, fysiologi, biokjemi eller i lys av atferd, kultur, samfunn og opplevelser (Delormier, Frohlich & Potvin, 2009). Næringsstoffokusert gir begrenset fokus til den sosiale delen av mat og spising. Forskning viser at flere gjennomfører operasjonen med mål om å få et normalt forhold til mat (Throsby, 2008). Imidlertid viser resultater fra studien at kirurgi ikke nødvendigvis fører til det målet.

Selv om operasjonen forhindrer overspising, viser funnene at man møter andre utfordringer. Eksempler på dette er at man ikke kan spise det samme som familien, har vanskeligheter med å spise det som blir servert i middagsselskap og kaster opp maten før måltidet er ferdig. Flere trakk fram at de hadde sluttet å gå på restaurant fordi de var bekymret for å bli syke. Dette var bare noen av bekymringene informantene trakk fram som kan relateres til den sosiale delen av en persons matpraksis. Sitatet ”*det er problematisk når noe så lett blir så vanskelig*” fra en av informantene illustrerer hvor vanskelig det er å oppnå et normalt forhold til mat etter operasjonen. Likevel kan det se ut som at dette blir bedre med tiden. De som hadde operert for to år siden hadde mindre vanskeligheter knyttet til maten enn de som hadde operert for under ett år siden. Til tross for dette blir ikke personene kvitt utfordringene. Når man etter hvert tåler mer mat, blir det en utfordring å holde seg til sunne, små måltider. Det blir en kamp mellom nye og gamle vaner.

5.2.2 Hvordan oppleves endringsprosessen etter fedme operasjonen og kampen mellom gamle og nye vaner?

I resultatkapittelet så vi at personer som blir fedmeoperert gjennomgår en drastisk endringsprosess. Endringsprosessen begynner med at personene må ”lære å spise på ny”. I likhet med informantene i studien til Knutsen et al. (2013) opplever informantene at det er en lettelse å spise mindre, føle seg mette etter kun små mengder mat og se at vekten gradvis avtar. Selv om ”dumping”-syndromet representerte redsel og smerte var det forstått som en nødvendighet fordi det hjelper å kontrollere inntaket. Videre viser funnene til Knutsen et al. (2013) at fravær av ”dumping” en tid etter operasjonen representerte en utfordring for flere av personene i studien. Dette samsvarer med funnene i denne studien. Når ”dumpingen” forsvinner og vektnedgangen stopper opp, må personene jobbe aktivt for å vedlikeholde sin nye vekt. Denne delen av endringsprosessen er utfordrende for flere. Det jobbes stadig med å lære å ”leve det nye livet” med endrede matvaner og mer fysisk aktivitet. Kampen mellom gamle og nye vaner gjenspeiles gjennom hele endringsprosessen.

Flere av informantene fortalte at de hadde begynt å ta bussen, gå på kino, teater og lignede etter vektnedgangen. Dette var aktiviteter flere ikke deltok i før operasjonen på grunn av blikk og redsel for kommentarer. Resultatene samsvarer med studier (Carrier, 2001) som viser at personer med overvekt føler seg upassende i ulike settinger og situasjoner. Vektnedgangen opplevdes positiv fordi den ga flere muligheter enn før. Personene opplevde ikke kommentarer, blikk og ignorering lenger. Samtidig var det vanskelig og sårende å oppleve at man ble verdt mer i andres øyne når man ble kvitt overvekten. Studier viser at stigmatisering av mennesker med overvekt er utbredt (Gracia-Arnaiz, 2010; Puhl & Heuer, 2009; Wigton & McGaghie, 2001). Funnene mine bekrefter dette ved at informantene merket en tydelig forskjell på hvordan de ble behandlet før og etter vektnedgangen.

Selv om funnene i studien viser at alle informantene opplevde en betydelig forskjell i forhold til hvordan de ble behandlet før og etter vektnedgangen var det flere av informantene som ennå opplevde dårlig behandling eller ubehagelige episoder. Noen hadde opplevd blikk og kommentarer på grunn av den overflødige huden og andre ville ikke kle av seg på stranda eller i svømmehallen på grunn av redsel for reaksjoner

fra andre. Personene opplevde også ”baksnakking” av andre overvektige (fra kollegaer som ikke hadde kjennskap til deres tidligere liv som overvektig) og negative holdninger til at de hadde valgt å utføre fedmeoperasjon. Funnene indikerer at stigmatisering oppleves som utfordrende selv etter vektnedgangen.

I tillegg til stigmatiseringen som foregår i samfunnet generelt viser forskning at personer som gjennomgår fedmeoperasjon fortsetter å føle seg misforstått og dårlig behandlet av medisinsk personell etter inngrepet (Kaminsky & Gadaleta, 2002). Det stemmer imidlertid ikke med funnene i denne studien som viser at personene følte seg godt behandlet og at de ble møtt med respekt.

Noen av informantene befant seg ennå midt i endringsprosessen da jeg intervjuet dem. De jobbet med å lære og spise sunt, trene regelmessig og takle de psykiske utfordringene. Flere av informanter hadde ennå ikke oppnådd ønsket vekt, til tross for at vektnedgangen hadde stoppet opp eller flatet ut. Andre hadde klart å etablere nye rutiner og jobbet derfor med å vedlikeholde disse. Imidlertid uttrykte alle informantene bekymring for fremtiden, uavhengig av hvor de befant seg i endringsprosessen. De var redde for å falle tilbake til gamle vaner. Noen av informantene var veldig selvsikre på at de kommer til å klare å vedlikeholde den nye vekten, mens andre uttrykket en større usikkerhet. Throsby (2008) beskriver at fedmeopererte personer aldri glemmer at den nye, slanke personen er konstruert og kan glippe når som helst, dersom man ikke retter oppmerksomhet mot vekt, sunne spisevaner og fysisk aktivitet.

Siden fedme er ansett å være selvforskyldt (Alverdy et al., 2009), blir tilbakefall ofte forbundet med moralsk svikt og skyldfølelse (Throsby, 2012). Funnene mine antyder at det oppleves problematisk å ikke klare å vedlikeholde vekten man oppnår etter operasjonen. Alle informantene kjente noen som hadde gått opp i vekt igjen etter inngrepet. Den ene informanten uttrykte tydelig skyldfølelse og flauhet fordi vekten hadde begynt å øke. Hun hadde vurdert å ikke delta i studien fordi hun ikke ønsket å fortelle at hun ikke klarte å spise riktig lenger og ikke klarte å trene. Til tross for dette valgte hun å delta i studien for å sette lys på hvor vanskelig endringsprosessen kan være. Med tanke på utfordringene og kravet om atferdsendring for å oppnå gode langtidsresultater vil det være viktig med oppfølging.

5.2.3 Hvilke type oppfølging ønskes etter en gastrisk bypass operasjon?

Flere steder i litteraturen blir oppfølging trukket fram som en essensiell faktor for et vellykket resultat etter fedmekirurgi (Akabas et al., 2012; Hofsø et al., 2011; Papalazarou et al., 2010). I rapporten ”utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialhelsetjenesten” anbefales det å legge til rette for brukermedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering av behandlingstilbudet (Mårvik, 2007). Imidlertid er det få studier som undersøker hvilken oppfølging det er behov for med bakgrunn i erfaringer fra fedmeopererte personer.

Denne studien viser at det er behov for en tettere og mer personlig oppfølging etter fedmekirurgi. Informantene trekker fram at de ønsker mer kontakt med andre gjennom for eksempel støttegrupper, hjelp til trening, økonomisk støtte, mer kontinuitet, mer personlig oppfølging, og oppfølging knyttet til problemer med maten. I tillegg ønskes det oppfølging for å ta hånd om de psykologiske utfordringer personene opplever etter operasjonen.

Studier vektlegger viktigheten av oppfølging av psykiske utfordringer (Joaquin et al., 2012), på grunn av at flere studier viser at fedme er forbundet med psykiske problemer (Padwal & Sharma, 2009; Rosik, 2005; van Hout et al., 2004). Studien min viser at personene har behov for oppfølging av psykiske utfordringer både før og etter operasjonen. Noen av informantene hadde tatt kontakt med psykolog på eget initiativ. Imidlertid kan det tenkes at dersom dette blir opp til hver enkelt, vil ikke alle som har behov for det få hjelp.

Tverrfaglige oppfølgingsteam som inkluderer fagfolk med kompetanse i indremedisin, atferdsterapi, psykiatri, anesthesiologi, kirurgi, ernæring og fysisk aktivitet er sett på som en forutsetning for å sikre høy kvalitet og færrest mulig komplikasjoner (Mårvik, 2007). I praksis er det manglende kapasitet til å følge disse anbefalingene. Poliklinikk for sykelig overvekt ved Stavanger Universitetssjukehus har ansatt en sykepleier, en ernæringsfysiolog og en helsesekretær. Ved Stavanger Universitetssjukehus gjennomføres fem gastrisk bypass operasjoner hver uke. Dagens tre ansatte vil derfor ikke ha mulighet til å ta hånd om alle pasientene slik de ønsker før og etter operasjonen.

Oppfølgingen feiler ofte ved ikke å ta hensyn til viktige forskjeller i pasientens livsstil, kultur, sosiale ressurser og finansiell status (Funnell et al., 2005). Det samsvarer med funnene mine som viser at informantene oppfatter oppfølgingen som en kartlegging ikke en oppfølging. Sykehuset har faste skjema de gjennomgår ved hver konsultasjonstid (vedlegg 5). Det vil si at de spør de samme spørsmålene uavhengig av hvem personene er. De kartlegger vekt, aktivitetsvaner og matinntaket. Det gjøres seks uker, seks måneder, ett år og to år etter operasjonen. Funnene indikerer at personene savner en mer personlig oppfølging. I tillegg skulle de ønske det var oppfølging knyttet til trening og matatferd. Ikke i form av en kartlegging, men konkret oppfølging med for eksempel treningsgrupper.

Til tross for at flere studier viser viktigheten av fysisk aktivitet etter fedmekirurgi (Livhits et al., 2010; Rosenberger et al., 2011; Vatier et al., 2012) var den eneste oppfølgingen informantene fikk angående trening en lapp med telefonnummer til tre forskjellige treningsstudioer/aktiviteter. I teorikapittelet så vi at studier tyder på at det er vanskelig å overholde postoperative retningslinjene som gis etter operasjonen (Funnell et al., 2005). Pasientene ved Stavanger Universitetssjukehus får beskjed om å øke nivået av fysisk aktivitet etter operasjonen. Resultatene mine viser imidlertid at kun et fåtall av pasientene har kommet i gang med trening. Elkins et al. (2005) fant også i sin studie at økt nivå av fysisk aktivitet var den anbefalingene flest hadde vanskeligheter med å følge. Det tyder på at fysisk aktivitet oppleves som en betydelig utfordring i tiden etter operasjonen. Det trengs derfor mer oppfølging og støtte. I tillegg er det viktig å vektlegge viktigheten av å trene. Rett etter operasjonen skjer vekttapet automatisk. I stedet for å fokusere på vekt nedgang bør fokuset rettes mot bedre fysisk funksjon og psykisk helse som er dokumenterte effekter av trening (Bond et al., 2009; Josbeno et al., 2011; Rosenberger et al., 2011). I tillegg må det tilbys hjelp og veiledning for å ”lære” å trene riktig.

Treningsgrupper kan utvikle seg til å bli sosiale møteplasser som får betydning langt ut over treningsfellesskapet. I gruppen treffer man ofte personer man kan utveksle erfaringer med. Man kan dermed få gode råd av hverandre. Samspillet mellom effekten av å få et sosialt nettverk og av treningen man vil få ved å delta i en treningsgruppe, kan da tenkes å gi nærmest ”dobbel” beskyttelse mot ny sykdom.

Gjennom min deltakelse i ”Stor og Sterk” erfarte jeg at deltakerne ble motiverte av å trene i gruppe. Gruppetreningen ga glede, sosial støtte og økt følelse av forpliktelse til treningen fordi andre forventer at du skal møte opp. Dette bekreftes av andre studier (Weinberg & Gould, 2011).

Studien viser at flere av personene har dårlig selvtillit, lav tro på egen evne til å vedlikeholde vekten og opplever tydelig mangel på kontroll. Derfor vil det være viktig å inkludere støtte og oppmuntring i tiden etter operasjonen for å bygge opp troen på egen evne til å gjennomføre endring. Det er også viktig gi god tilbakemelding og ros til dem som mestrer utfordringene på en god måte. Deres erfaringer kan brukes for å hjelpe andre. Det vil trolig være større sannsynlighet for et vellykket resultat dersom personene får hjelp til å arbeide med selvtilliten og egen evne til å mestre utfordringene.

Funnene mine indikerer at det ikke er samsvar mellom oppfølgingen som anbefales og ønskes, og den som blir tilbudt. Personer med spesialkompetanse innen atferdsterapi, psykiatri og fysisk aktivitet mangler som en del av tilbudet. I tillegg trengs det flere ernæringsfysiologer og sykepleiere for å kunne ta personlige hensyn, skreddersy oppfølgingen og optimalisere effekten av en gastrisk bypass operasjon.

6.0 konklusjon og implikasjoner for praksis

6.1 Konklusjon

Studien min viser noe av kompleksiteten rundt fedmekirurgi. Selv om operasjonen anses som vellykket, opplever de opererte personene mange utfordringer som de må lære å ta grep om og leve med. De møter dømmende holdninger, fysisk og sosial stigmatisering. Foruten oppleves redusert spisekapasitet, overflødig hud, bekymringer for fremtiden og i mange tilfeller kropper som ennå ses på som problematisk store. Disse utfordringene forblir uløst selv om det kirurgiske inngrepet og virkningene vurderes som suksessfullt. I tillegg kreves det stor innsats fra personene for å vedlikeholde vekten og det foregår en konstant kamp mellom gamle og nye vaner.

Fedmekirurgi er ingen enkel løsning. Ved å legge vekt på utfordringene og oppfølgingen, ønsket jeg fokus på hva det trengs støtte til etter operasjonen. Imidlertid er det viktig å ikke glemme alle de positive aspektene. Til tross for mange utfordringer, ville flere av informantene tatt det samme valget på ny. For noen hadde overvektspromblemet blitt så alvorlig at operasjonen handlet om å kunne leve. De lever med mange ulike utfordringer etter operasjonen, men det livet de levde tidligere var vanskeligere. De trakk fram flere positive aspekter som bedre selvfølelse, en mer sosial hverdag og mer energi. Hverdagslige aktiviteter som å kunne leke med barna sine, handle i vanlige klesbutikker og gå tur i skog og mark ble også nevnt som meget positive utfall av operasjonen.

Videre viser funnene mine at det ønskes mer oppfølging for å takle tiden etter operasjonen og for å klare og endre atferd. Mitt synspunkt er at det må stilles etiske spørsmål ved å operere flere og flere personer uten å ha kapasitet til å følge dem opp. Dersom flere av personene går opp igjen i vekt er det lite hensiktsmessig å operere dobbelt så mange, istedenfor å ha en skikkelig oppfølging for dem som opereres. Funnene i studien viser at noen klarer å etablere nye gode rutiner og dermed vedlikeholde vekten. Andre er midt i kampen mellom nye og gamle vaner, og noen faller tilbake til gamle vaner og får dermed en vektøkning. Hvordan personene opplever utfordringene de møter varierer mellom hver enkelt. De har ulikt ståsted, forutsetninger og bakgrunn. Samtidig viser studien at det er mange fellestrekk med tanke på hvilken type oppfølging de trenger. Det vil derfor være hensiktsmessig å vektlegge både individuell og gruppebasert oppfølging. Personene i studien oppgir kontinuerlig, personlig oppfølging som inkluderer ernæring, fysisk aktivitet og psykologiske aspekter som hensiktsmessig og god oppfølging.

Studier viser at det kreves stor innsats etter kirurgien i form av å endre atferd og holde på den nye atferden. For personer som ikke har kunnskaper om fedmekirurgi, kan det imidlertid se ut som en enkel løsning. Som forskningen allerede indikerer vil fedmekirurgi være en løsning for noen, men ikke alle. Det er viktig at de som velger å utføre fedmekirurgi er klar over at dette. Throsby (2008) mener at fedmekirurgi inkluderer en signifikant risiko. Grunnen til det er blant annet at metoden plasserer skylden for å ikke oppnå en optimal vektnedgang eller tilbakegang av vekten på personen selv, ikke kirurgien. Noe av skylden ligger muligens hos den enkelte, men

man må også sette spørsmålstegn ved metoden og oppfølgingen. Selve metoden fungerer for å oppnå et vekttap det første året etter kirurgien, men for gode langtidsresultater er det nødvendig med god oppfølging spesielt til dem som er i fare for å ”mislykkes”.

Til slutt vil jeg trekke fram at fedmeoperasjon som er en ”høyrisiko” strategi ikke kan fungere som en løsning på overvekt problematikken. I dag går nesten alle samfunnets helseressurser med til behandling (Mæland, 2010). Noe som gjør at det kun blir en liten del igjen til forebygging. Det er vanskelig å sette behandling og forebygging opp mot hverandre. Likevel er det et faktum at vi ikke kan behandle oss ut av alle helseproblemene. Selv om nye metoder som fedmekirurgi kan være en løsning for deler av befolkningen, er det ikke kapasitet nok til å operere alle med overvekt. I tillegg krever operasjonen ressurser for å kunne følge opp den stadig økende gruppen fedmeopererte. Er dette tatt med i betraktning? Avslutningsvis vil jeg minne om viktigheten av å fokusere enda mer på forebyggende helsearbeid.

6.2 Ethiske overveielser ved bruk av fedmekirurgi

Gjennom mitt arbeid med oppgaven har jeg fått øyene opp for flere moralske sider ved operasjonen. For alle informantene ses kirurgi på som den eneste mulige løsningen. Ved å operere magen blir kontroll over kroppen tatt bort fra individet, og personene går den første perioden automatisk ned i vekt. Sitater som ”*det er jo en grunn for at vi er her vi klarte det ikke selv.*” viser at informantene hadde lite tro på at de selv kunne oppnå en vektreduksjon. Funnene mine viser imidlertid at personene må gjøre mye selv og langtidsresultatene avhenger av personens evne til å vedlikeholde den nye vekten.

Overvekt og fedme er et svært sammensatt problem (Birch & Davison, 2001; Gonzalez & Gilmer, 2006). Det er mange årsaker til fedme og det er mange ”årsaker til årsakene”. Kompleksiteten i fedmeproblematikken er stor. Ifølge Lassen (2009) er det flere årsaksforklaringer på hva som forårsaker den såkalte fedmeepidemien: genetik, vektens ”set point”, lavt stoffskifte, psykologiske faktorer, rikelig tilgang på mat i miljøet, en stillesittende livsstil og flere andre faktorer. Hvordan tar fedmekirurgi hensyn til kontekstuelle, sosiale og organisatoriske årsaker for fedme?

Ved fedmekirurgi behandles overvekten uten tanke for de bakenforliggende årsakene. Ved å bruke kirurgi som ”løsning” på problemet er det dessverre ofte kun den medisinskfaglige biten som blir vektlagt, noe som kun er en liten del av problemstillingen. Throsby (2012) argumenterer for at kjerneverdiene som styrer bestemmelse for fedmekirurgi er: overvekt fører til dårlig helse, som resulterer i fedmekirurgi. Fedmekirurgien gir vektnedgang. Denne vektnedgangen forbedrer helsen og er kostnadsbesparende for samfunnet. Videre argumenterer han for at disse verdiene verken reflekterer kompleksiteten av pasientens erfaring med operasjonen eller graden av overensstemmelse mellom overvektsproblemet og disse prinsippene. Gustav (44) har operert for ett år siden. I intervjuet fortalte han at man glemmer at det er mennesker man har med å gjøre. Det er ulike grunner for at folk har havnet i den situasjonen de har og det tas overhodet ikke hensyn til. Alt legges opp med bakgrunn i at man er overvektig fordi man spiser for mye og har en dårlig livsstil. Gjennom fedmekirurgi skal alle bruke samme virkemiddel for å bekjempe et svært komplekst problem.

Følgelig utgjør fedmekirurgi en rekke moralske spørsmål: Blir man ”frisk” etter fedmekirurgi, og hva betyr ”frisk”? Utfordrer fedmekirurgi personlig autonomi eller integritet? Er fedmekirurgi et resultat av fordommer, og virker fordommene hemmende for effektiv behandling? Er fedme en sykdom? Er fedmekirurgi en form for medikalisering?

Fedmekirurgi kan ses på som en del av medikaliseringen i moderne tid (Salant & Santry, 2006). Fedmekirurgi kan tolkes som en måte å korrigere uønsket moralsk atferd, og at friske personer forvandles til pasienter (De Vries, 2007). Fedmekirurgi ses også på som omdanning av et emosjonelt, mentalt, eller psykososialt problem til et fysisk problem som opereres (Hofmann, 2010). Tilstanden (fedme) som kirurgien er rettet mot og dens definisjon har endret seg over tid. Det foregår stadig en debatt om hvorvidt fedme er en sykdom som kvalifiserer for kirurgi (Oliver, 2006).

Selv når fedme er definert som sykdom, er det liten enighet om hvilke type sykdom det er. Er det en atferdsforstyrrelse (spiseforstyrrelse) eller en metabolsk sykdom? Ved å bruke kirurgi som behandling for å ”kurere”, fedme kan det kunne bidra til en

videre medikaliseringen av tilstanden (Hofmann, 2005). Oppfatningen av fedme knyttes til potensielle sykdommer, men også til forestillinger som selvkontroll og kroppens idealer. Følgelig kan fedmekirurgi anses som støtte til den eksisterende sosiale fordømmelsen av overvekt, og støtte eksisterende idealer om en slank kropp og skjønnhet (De Vries, 2007).

Tilsvarende kan fedmekirurgi øke oppmerksomheten mot vekt og "fedmeepidemien", og kan ytterligere øke byrden av å være overvektig (Oliver, 2006). Dersom fedmekirurgi blir vanlig, kan det være vanskeligere å velge å være overvektig. Fedmekirurgi kan derfor ses på som en kirurgisk løsning på de medisinske konsekvensene av et sosialt problem. Fordi vekttap gjennom operasjonen ikke blir sett på som å kreve noen innsats fra personen, kan dette øke fordommene om at overvektige mennesker er late og mangler viljestyrke.

Som følge av at fordelene av fedmekirurgi synes å overveie risikoen ved inngrepet, argumenteres det for mer bruk av fedmekirurgi (Purnell & Flum, 2009). På den andre siden oppfordres det til forsiktighet og mer forskning (Picot et al., 2009). Det utføres flere og flere fedmeoperasjoner og for noen kan muligens dette virke som en enkel utvei.

Mange av pasientene som gjennomgår fedmekirurgi husker ikke informasjonen angående potensielle komplikasjoner (Madan, Tichansky & Taddeucci, 2007). Dessuten er informasjonen på internett av varierende kvalitet og gyldighet (Nichols & Oermann, 2005). Glenn, McGannon og Spence (2013) argumenterer for at eksisterende presentasjon av fedmekirurgi i media er svært problematisk fordi det gir et forenklet bilde av situasjonen. Fedmekirurgi kan forandre personens liv betydelig og representerer et omfattende inngrep. Mat og spising er fenomener med sterke sosiale og kulturelle verdier (Hofmann, 2010). Fedmekirurgi tar ikke hensyn til disse verdiene.

Fedmekirurgi er en form for individuell sykdomsforebygging. Det vil si at en ekspert først stiller diagnose (påvisning av et forstadium til sykdom eller at det foreligger høy risiko for sykdom) og deretter legger opp en behandling (intervensjon for å hindre sykdomsutviklingen eller redusere risikoen for sykdom) (Mæland, 2010). Gastrisk

bypass kan ses på som en ”høyrisikostrategi” fordi den tar sikte på å identifisere og intervenere overfor personer i befolkningen som har høy risiko for fremtidig sykdom. Tilnærmingen kan ses på som en ekspertstyret sykdomsforebygging, i motsetning til det helsefremmende arbeidet som bygger på en aktiv medvirkning fra folk selv. På en annen side vil man være avhengig av å drive helsefremmende arbeid etter operasjonen. Langtidsresultatene er avhengig av aktiv medvirkning fra personen i form av å vedlikeholde vektnevdgangen.

6.3 Implikasjoner for praksis

I studien fremkom det behov for både individuelt tilpasset og gruppe basert oppfølging som inkluderer både ernæring, fysisk aktivitet og psykologiske aspekter. Kunnskap om hvilke utfordringer personene har, kan gi implikasjoner for forbedring av praksis. Det bør tilbys oppfølging etter hva den enkelte har behov for og ønsker. Pasientgruppen vil da ha et bedre grunnlag for å mestre den vanskelige tiden etter operasjonen og oppnå gode langtidsresultater.

I funnene ble det uttrykt ønske om sosialt nettverk som kan fungere som støtte i tiden etter operasjonen. Felleskap med andre i samme livssituasjon hvor man kan dele erfaringer og utfordringer kan være viktig for å mestre situasjonen bedre. Likemenn har en kompetanse og forståelse for situasjonen som helsepersonell ikke har, og personene kan identifisere seg med andre i samme situasjon. Praksis bør derfor i større grad legge til rette for et gruppetilbud.

Fysisk aktivitet synes i denne studien å være en utfordring for flertallet. Med tanke på den helsefremmende effekten av fysisk aktivitet bør det tilstrebes at alle fedmeopererte får et individuelt tilpasset trenings opplegg, med støtte og rådgivning. Det bør også organiseres treningsgrupper. Dette kan være en god arena der personer i samme situasjon og med tilsvarende erfaring kan få kontakt og bli motivert. Område bør utvikles i tverrfaglig sammenheng, og dermed inkludere samarbeid med andre profesjoner innen idrett og fysioterapi. Noe som vil kunne styrke arbeidet.

Stadig flere kommuner oppretter frisklivssentraler. Dette er en kommunal helsetjeneste som har som mål å fremme psykisk og fysisk helse samt forebygge sykdom. Målgruppen er personer som har behov for å endre helseatferd. Primært er tilbudet knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Gjennom funnene pekte det seg ut et ønske om støtte til både trening og kosthold. Dermed kunne et samarbeid med frisklivssentralen i de ulike kommunene vært en mulighet for å få en bedre oppfølging etter operasjonen.

6.4 Videre forskning

Denne studien gir innsikt i hvilke utfordringer fedmeopererte personer opplever gjennom ulike faser etter operasjonen. Den gir også kunnskap om hva det trengs støtte til og hva som bør inngå i oppfølgingstilbudet. Siden studien er begrenset til 13 informanter gir resultatene ikke mulighet for generalisering, men kan gi en pekepinn på viktige faktorer som fremmer god oppfølging. I tillegg gir studiet et bilde av kompleksiteten av operasjonen og setter lys på noen av de moralske spørsmålene knyttet til fedmekirurgi for å behandle overvekt.

Det er gjort få kvalitative studier om temaet i Norge det kan være behov for videre forskning for å undersøke om funnene kan være aktuelle for andre fedmeopererte i lignende kontekst. Det ville vært både interessant og nyttig å undersøke hvilke faktorer som kan ha innvirkning på hvordan personene mestrer tiden etter operasjonen. Hva kjennetegner personene som klarer å vedlikeholde vekten, og hva kjennetegner dem som har gått opp igjen i vekt? I tillegg vil det være viktig å inkludere livskvalitet når man skal vurdere virkningen av fedmekirurgi. Selv om man oppnår vektnedgang fører det ikke nødvendigvis til et bedre liv.

Det er også behov for mer kunnskap om individuell tilrettelegging av oppfølgingstilbudet. Siden studien ensidig viser at det er ønske om oppfølging, ville det vært interessant med en tilsvarende studie der informanter som har fått gruppe og individuell oppfølging som skissert i denne studien, sammenlignes med en gruppe som får oppfølgingen som gis per dags dato. Arbeidet for å finne og utarbeide en god og tilfredsstillende oppfølging vil bli viktigere i tiden fremover ettersom gruppen fedmeopererte stadig øker.

”Jeg vet ikke om jeg hadde så mye forventninger til oppfølging etter operasjonen. De gav ikke uttrykk for at vi skulle ha så mye forventninger. Det var liksom mye opp til en selv. Jeg sier: tør dere det da? Jeg regner med at dere kjenner pasientene så godt at dere kun opererer de som kan håndtere det å være for seg selv, men jeg kjenner jo mange som ikke har klart det i det hele tatt.”

Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Aasheim, E. T., Mala, T., Søvik, T. T., Kristinsson, J. & Bøhmer, T. (2007). Kirurgisk behandling av sykkelig fedme. *Tidsskr Nor Lægeforen* 127(1), 38-42.
- Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D., . . . Hunt, S. C. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *The New England Journal Of Medicine*, 357(8), 753-761.
- Akabas, S. R., Lederman, S. A. & Moore, B. J. (2012). *Textbook of obesity: biological, psychological and cultural influences*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Alverdy, J. C., Prachand, V., Flanagan, B., Thistlethwaite, W. A., Siegler, M., Garfinkel, M., . . . Santry, H. (2009). Bariatric surgery: a history of empiricism, a future in science. *Journal Of Gastrointestinal Surgery: Official Journal Of The Society For Surgery Of The Alimentary Tract*, 13(3), 465-477. doi:10.1007/s11605-008-0742-1
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion : vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. [Lund]: Studentlitteratur.
- Birch, L. L. & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 893.
- Birks, M. & Mills, J. (2011). *Grounded theory : a practical guide*. London: SAGE.
- Bond, D. S., Phelan, S., Leahey, T. M., Hill, J. O. & Wing, R. R. (2009). Weight-loss maintenance in successful weight losers: surgical vs non-surgical methods. *International Journal Of Obesity (2005)*, 33(1), 173-180. doi:10.1038/ijo.2008.256
- Bond, D. S., Phelan, S., Wolfe, L. G., Evans, R. K., Meador, J. G., Kellum, J. M., . . . Wing, R. R. (2009). Becoming Physically Active After Bariatric Surgery is Associated With Improved Weight Loss and Health - related Quality of Life. *Obesity*, 17(1), 78-83.
- Brewis, A. (2011). *Obesity: cultural and biocultural perspectives*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 221-232. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03718.x

- Bryant, A. & Charmaz, K. (2007). *The SAGE handbook of grounded theory*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Buchwald, H. (2005). Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *Surg Obes Relat Dis*, 1(3), 371-381.
- Buchwald, H. (2008). Introduction and current status of bariatric procedures. *Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 4(3 Suppl), 1.
- Carrier, J. (2001). Embodied largeness: a significant women's health issue. *Nursing inquiry*, 8(2), 90-97.
- Carter, S. M. & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Christou, N. V., Sampalis, J. S., Liberman, M., Look, D., Auger, S., McLean, A. P. H. & MacLean, L. D. (2004). Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Annals Of Surgery*, 240(3), 416-423.
- Cogan, J. C. & Ernsberger, P. (1999). Dieting, weight, and health: Reconceptualizing research and policy. *Journal of Social Issues*, 55(2), 187-205.
- Colquitt, J. L., Picot, J., Loveman, E. & Clegg, A. J. (2009). Surgery for obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Crandall, C. S. & Martinez, R. (1996). Culture, ideology, and antifat attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(11), 1165-1176.
- Dahlgren, L., Emmelin, M. & Winkvist, A. (2004). *Qualitative methodology for international public health*. Umeå: Umeå International School of Public Health.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforl.
- Day, P. (2005). *What is the evidence for the safety and effectiveness of surgical and non-surgical interventions for patients with morbid obesity*: New Zealand Health Technology Assessment, Department of Public Health and General Practic, Christchurch School of Medicine and Health Sciences.
- De Vries, J. (2007). The obesity epidemic: medical and ethical considerations. *Science & Engineering Ethics*, 13(1), 55-67. doi:10.1007/s11948-007-9002-0

- Delormier, T., Frohlich, K. L. & Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice—understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of health & illness*, 31(2), 215-228.
- DeMaria, E. J. (2007). Bariatric surgery for morbid obesity. *New England Journal of Medicine*, 356(21), 2176-2183.
- Elder, K. A. & Wolfe, B. M. (2007). Bariatric surgery: a review of procedures and outcomes. *Gastroenterology-Orlando*, 132(6), 2253-2271.
- Elkins, G., Whitfield, P., Marcus, J., Symmonds, R., Rodriguez, J. & Cook, T. (2005). Noncompliance with behavioral recommendations following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15(4), 546-551.
- Elvbakken, K. T. & Solvang, P. (2002). *Helsebilder: sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*. Bergen: Fagbokforl.
- Frittsykehusvalg. (2013). *Fritt sykehusvalg*. Hentet 2.3.2013 fra <http://www.frittsykehusvalg.no>
- Funnell, M. M., Anderson, R. M. & Ahroni, J. H. (2005). Empowerment and self-management after weight loss surgery. *Obesity Surgery*, 15(3), 417-422.
- Gislason, H., Ræder, J., Bergland, A., Leifsson, B. G., Ebbesen, J., Vikebø, A. B., . . . Tjomsland, O. (2007). Laparoskopisk gastrisk bypass ved ekstrem overvekt ved et privatsykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 127(1), 43-46.
- Glenn, N. M., McGannon, K. R. & Spence, J. C. (2013). Exploring Media Representations of Weight-Loss Surgery. *Qualitative Health Research*.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Touchstone.
- Gonzalez, J. L. & Gilmer, L. (2006). Obesity prevention in pediatrics: A pilot pediatric resident curriculum intervention on nutrition and obesity education and counseling. *Journal of the National Medical Association*, 98(9), 1483.
- Gracia, J., Martínez, M., Elia, M., Aguilera, V., Royo, P., Jiménez, A., . . . Arribas, D. (2009). Obesity surgery results depending on technique performed: long-term outcome. *Obesity Surgery*, 19(4), 432-438.
- Gracia-Arnaiz, M. (2010). Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. *Appetite*, 55(2), 219-225.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Brody, M., Toth, C., Burke - Martindale, C. H. & Rothschild, B. S. (2005). Childhood Maltreatment in Extremely Obese Male and Female Bariatric Surgery Candidates**. *Obesity research*, 13(1), 123-130.

- Hell, E. & Miller, K. (2002). [Bariatric surgery -- stereotypes and paradigms]. *Zentralblatt fur Chirurgie*, 127(12), 1032-1034.
- Hensrud, D. D. & Klein, S. (2006). Extreme Obesity: A New Medical Crisis in the United States. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(10), 5-10.
- Hofmann, B. (2005). On value-judgements and ethics in health technology assessment. *Poiesis & Praxis*, 3(4), 277-295.
- Hofmann, B. (2010). Stuck in the middle: the many moral challenges with bariatric surgery. *The American Journal Of Bioethics: AJOB*, 10(12), 3-11.
doi:10.1080/15265161.2010.528509
- Hofsø, D., Aasheim, E. T., Søvik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R., . . . Hjelmesæth, J. (2011). Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskr Nor Legeforen* 131(19), 1887-1892. doi:10.4045/tidsskr.10.1463
- Hofsø, D., Nordstrand, N., Johnson, L. K., Karlsen, T.-I., Hager, H., Jenssen, T., . . . Røislien, J. (2010). Obesity-related cardiovascular risk factors after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. *European Journal of Endocrinology*, 163(5), 735-745.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. [Oslo]: TANO.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Joaquin, O., Regina, F.-C., Sagrario, Á.-V., Norberto, C. & Maria Jose, B.-P. (2012). Original article: Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery. *Surgery for obesity and related diseases*, 8, 770-776. doi:10.1016/j.soard.2011.03.015
- Josbeno, D. A., Kalarchian, M., Sparto, P. J., Otto, A. D. & Jakicic, J. M. (2011). Physical activity and physical function in individuals post-bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 21(8), 1243-1249.
- Jutel, A. (2005). Weighing health: The moral burden of obesity. *Social Semiotics*, 15(2), 113-125.
- Kaminsky, J. & Gadaleta, D. (2002). A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obesity Surgery*, 12(1), 14-18.
- Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L. & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal Of Obesity* (2005), 31(8), 1248-1261.
- Knutsen, I. R. & Foss, C. (2011). Caught between conduct and free choice - a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 126-133.

- Knutsen, I. R., Terragni, L. & Foss, C. (2013). Empowerment and Bariatric Surgery Negotiations of Credibility and Control. *Qualitative Health Research*, 23(1), 66-77.
- Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F. & Golay, A. (2010). Dietary, weight, and psychological changes among patients with obesity, 8 years after gastric bypass. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(4), 527-534. doi:10.1016/j.jada.2009.12.028
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lassen, L. (2009). *Myter og facts om overvægt*. København: Frydenlund.
- Leibel, R. L., Rosenbaum, M. & Hirsch, J. (1995). Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. *New England Journal of Medicine*, 332(10), 621-628.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., . . . Gibbons, M. M. (2010). Exercise following bariatric surgery: systematic review. *Obesity Surgery*, 20(5), 657-665.
- Lupton, D. (1996). *Food, the Body and the Self*. SAGE Publications Limited.
- Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget?: innføring i medisinsk nøkkelukunnskap*. Bergen: Fagbokforl.
- Madan, A. K., Tichansky, D. S. & Taddeucci, R. J. (2007). Postoperative laparoscopic bariatric surgery patients do not remember potential complications. *Obesity Surgery*, 17(7), 885-888.
- Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H. J., Livingston, E. H., . . . Shekelle, P. G. (2005). Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142(7), 547-559. doi:10.7326/0003-4819-142-7-200504050-00013
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Marcus, M. D., Kalarchian, M. A. & Courcoulas, A. P. (2009). Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *The American Journal Of Psychiatry*, 166(3), 285-291. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08091327
- Mason, T. (2001). *Stigma and social exclusion in healthcare*: Routledge.
- Mathes, C. M. & Spector, A. C. (2012). Food selection and taste changes in humans after Roux-en-Y gastric bypass surgery: A direct-measures approach. *Physiology & Behavior*, 107(4), 476-483. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2012.02.013

- Mitchell, J., Lancaster, K., Burgard, M., Howell, L., Krahn, D., Crosby, R., . . . Gosnell, B. (2001). Long-term Follow-up of Patients' Status after Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, *11*(4), 464-468. doi:10.1381/096089201321209341
- Munoz, D. J., Lal, M., Chen, E. Y., Mansour, M., Fischer, S., Roehrig, M., . . . Le Grange, D. (2007). Why Patients Seek Bariatric Surgery: A Qualitative and Quantitative Analysis of Patient Motivation. *Obesity Surgery*, *17*(11), 1487-1491.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Mårvik, R., Dahl, U., Kulseng, B., Stavik, A., Sandbu, R., Hjelmesæth, J., Birketvedt, G.S., Kristinsson, J., Meyer, C., Våge, V., Skogseth, I., Grønlund, T., Nestvold, T. (2007, 01.08.2012). *Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten Voksne*. [Report] Hentet fra [http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport sykkelig overvekt voksne 1.11.2007.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport%20sykkelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf)
- Nichols, C. & Oermann, M. H. (2005). An evaluation of bariatric Web sites for patient education and guidance. *Gastroenterology Nursing*, *28*(2), 112-117.
- Næss, Ø., Rognerud, M. & Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport* (Oslo: Folkehelseinstituttet).
- Oddy, D. J., Atkins, P. J. & Amilien, V. (2009). *The rise of obesity in Europe: a twentieth century food history*: Ashgate Publishing, Ltd.
- Ogden, J. & Flanagan, Z. (2008). Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient education and counseling*, *71*(1), 72-78.
- Oliver, J. E. (2006). The politics of pathology: how obesity became an epidemic disease. *Perspectives In Biology And Medicine*, *49*(4), 611-627.
- Padwal, R., Li, S. & Lau, D. (2005). Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight. *ACP J Club*, *142*(1), 19.
- Padwal, R. S. & Majumdar, S. R. (2007). Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine, and rimonabant. *Lancet*, *369*(9555), 71.
- Padwal, R. S. & Sharma, A. M. (2009). Treating severe obesity: morbid weights and morbid waits. *Canadian Medical Association Journal*, *181*(11), 777-778.
- Papalazarou, A., Yannakoulia, M., Kavouras, S. A., Komesidou, V., Dimitriadis, G., Papakonstantinou, A. & Sidossis, L. S. (2010). Lifestyle intervention favorably affects weight loss and maintenance following obesity surgery. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *18*(7), 1348-1353. doi:10.1038/oby.2009.346

- Picot, J., Jones, J., Colquitt, J., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L. & Clegg, A. (2009). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment, 13*(41), 1-358. doi:10.3310/hta13410
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research : principles and methods*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pratt, J. S. A., Lawlor, D. F., Dionne, E. A., Hoppin, A. G., Rosenblum, J. L., Lenders, C. M., . . . Sanchez, V. M. (2009). Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery. *Obesity, 17*(5), 901-910. doi:10.1038/oby.2008.577
- Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity, 17*(5), 941-964.
- Purnell, J. Q. & Flum, D. R. (2009). Bariatric surgery and diabetes: who should be offered the option of remission? *JAMA: The Journal Of The American Medical Association, 301*(15), 1593-1595. doi:10.1001/jama.2009.541
- Rippe, J. M., McInnis, K. J. & Melanson, K. J. (2001). Physician involvement in the management of obesity as a primary medical condition. *Obesity research, 9*(S11), 302-311.
- Rosenberger, P. H., Henderson, K. E., White, M. A., Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2011). Physical activity in gastric bypass patients: associations with weight loss and psychosocial functioning at 12-month follow-up. *Obesity Surgery, 21*(10), 1564-1569. doi:10.1007/s11695-010-0283-z
- Rosik, C. H. (2005). Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obesity Surgery, 15*(5), 677-683.
- Rucker, D., Padwal, R., Li, S. K., Curioni, C. & Lau, D. C. (2007). Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal, 335*(7631), 1194.
- Salant, T. & Santry, H. P. (2006). Internet marketing of bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. *Social Science & Medicine, 62*(10), 2445-2457.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A. & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity research, 13*(4), 639-648.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E. & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for obesity and related diseases, 6*(6), 608-614.

- Sears, D., Fillmore, G., Bui, M. & Rodriguez, J. (2008). Evaluation of gastric bypass patients 1 year after surgery: changes in quality of life and obesity-related conditions. *Obesity Surgery*, 18(12), 1522-1525.
- Shaw, K., Gennat, H., O'Rourke, P. & Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2).
- Sjöström, L., Lindroos, A.-K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., . . . Wedel, H. (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *The New England Journal Of Medicine*, 351(26), 2683-2693.
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., . . . Carlsson, L. M. S. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *The New England Journal Of Medicine*, 357(8), 741-752.
- Solheim, I. H. (2013). *Identitet, kropp og hverdagsliv i et folkelig perspektiv: og erfaringskunnskapens plass innen folkehelseetnningen* (Bind 2013:6). Karlstad: Karlstads universitet.
- Starks, H. & Trinidad, S. B. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Suter, M., Donadini, A., Romy, S., Demartines, N. & Giusti, V. (2011). Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: significant long-term weight loss, improvement of obesity-related comorbidities and quality of life. *Annals Of Surgery*, 254(2), 267-273.
- Søvik, T. T., Aasheim, E. T., Kristinsson, J., Schou, C. F., Nebakken, A. & Mala, T. (2007). Laparoskopisk kirurgi ved sykkelig fedme ved et regionalt senter. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 127(1), 47-49.
- Tack, J., Arts, J., Caenepeel, P., De Wulf, D. & Bisschops, R. (2009). Pathophysiology, diagnosis and management of postoperative dumping syndrome. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 6(10), 583-590.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Throsby, K. (2008). Happy Re-birthday: Weight Loss Surgery and the 'New Me'. *Body & Society*, 14(1), 117-133. doi:10.1177/1357034x07087534
- Throsby, K. (2012). Obesity surgery and the management of excess: exploring the body multiple. *Sociology of health & illness*, 34(1), 1-15.

- van Hout, G. C., M. M., van Oudheusden, I. & van Heck, G. L. P. (2004). Psychological Profile of the Morbidly Obese. *Obesity Surgery*, 14(5), 579-588.
- Vatier, C., Henegar, C., Ciangura, C., Poitou-Bernert, C., Bouillot, J.-L., Basdevant, A. & Oppert, J.-M. (2012). Dynamic relations between sedentary behavior, physical activity, and body composition after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 22(8), 1251-1256. doi:10.1007/s11695-012-0619-y
- Wadden, T. A., Butryn, M. L. & Byrne, K. J. (2004). Efficacy of Lifestyle Modification for Long - Term Weight Control. *Obesity research*, 12(12), 151-162.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Lipschutz, P. E., . . . Williams, N. N. (2006). Comparison of Psychosocial Status in Treatment-Seeking Women with Class III vs. Class I–II Obesity. *Obesity*, 14(3), 90-98. doi:10.1038/oby.2006.288
- Wadden, T. A., Butryn, M. L. & Wilson, C. (2007). Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology-Orlando*, 132(6), 2226-2238.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Jones, L., Stack, R. & Williams, N. S. (2007). Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. *The Medical Clinics Of North America*, 91(3), 451.
- Webb, H. (2009). 'I've put weight on cos I've bin inactive, cos I've 'ad me knee done': moral work in the obesity clinic. *Sociology of health & illness*, 31(6), 854-871. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01188.x
- Weinberg, R. S. & Gould, D. (2011). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, Ill.: Human Kinetics.
- Wigton, R. S. & McGaghie, W. C. (2001). The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. *Journal of general internal medicine*, 16(4), 262-265.
- Wooley, S. C. & Garner, D. M. (1991). Obesity treatment: the high cost of false hope. *Journal of the American Dietetic Association*, 91(10), 1248.
- Øen, G. (2012). *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforl.
- Ågren, H. (2013, 29.2.2013). Esktrem slanking fedmeoperasjoner. *Dagbladet, Del 1*, s.20.

Vedlegg 1: Kartlegging

Hei

Jeg, Marte Rossavik er masterstudent ved høyskolen i Oslo og Akershus- Master i samfunnsernæring. I høst starter jeg med min masteroppgave, hvor jeg skal ha fokus på oppfølging etter gastrisk bypass operasjon. Studiet gjennomføres i samarbeid med Stavanger Universitetssjukehus. I forbindelse med dette arbeidet ønsker jeg å kartlegge hvilke oppfølgingstilbud andre sykehus tilbyr denne pasientgruppen. Jeg er takknemlig dersom du tar deg tid til å svare på spørsmålene under, med spesiell vekt på det siste spørsmålet: Hvilken type oppfølging dere tilbyr og hva inkluderer denne? Denne bakgrunnsinformasjonen vil bli viktig for meg i mitt arbeid.

- Når startet dere med overvektskirurgi?
- Hvilke operasjonstyper tilbyr dere?
- Hvor mange overvektsoperasjoner har dere utført per år siden dere startet?
- Hvilken type oppfølging tilbyr dere og hva inkluderer denne?

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Marte Rossavik
Blichsgate 4e
3044 Drammen

E-post: marte_rossavik@hotmail.com
Tlf: 93427882

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Oppfølging etter gastrisk bypass operasjon”

Bakgrunn og hensikt

Jeg heter Marte Rossavik og er masterstudent ved høyskolen i Oslo og Akershus-master i samfunnsnærings. I høst starter jeg med min masteroppgave. Jeg ønsker å ha fokus på oppfølging etter gastrisk bypass operasjon ved Stavanger Universitets sykehus.

I 2010 startet Stavanger Universitets sykehus å operere gastrisk bypass. Per i dag er det ca 400 som har utført denne operasjonen. Erfaring viser at tiden etter operasjonen kan oppleves positiv, men også utfordrende. Det er få studier som ser nærmere på hvordan tiden etter operasjon oppleves. Å få vite mer om dette kan bidra til å utvikle et bedre og mer tilpasset tilbud for pasientene.

I min studie ønsker jeg å intervju personer som har gjennomgått gastrisk bypass operasjon. Jeg er interessert i erfaringer og opplevelser angående oppfølging fra helsepersonell i forbindelse med operasjonen og tiden etterpå. Studiet gjennomføres i samarbeid med Stavanger Universitets Sykehus.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å gjennomføre kvalitative intervju med 10-15 personer. I intervjuet ønsker jeg å vite mer om dine erfaringer etter operasjonen, hva som har gått bra og hva som har vært vanskelig med tanke på endring i kosthold, trening, og eventuelt andre ting. Jeg er interessert i å kartlegge hvilken form for oppfølging du har hatt og hva du eventuelt kunne ønsket deg/har savnet. Intervjuene vil vare mellom 1 og 1 ½ time. Jeg kan disponere rom for intervjuet på SUS eventuelt avtale annet egnet sted. Alle data og alt materiale fra intervjuene vil bli behandlet etter gjeldene lover og forskrifter. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, og de utskrevne intervjuene vil bli anonymisert. Det er bare jeg som skal ha tilgang til opptakene. Når oppgaven er ferdig vil lydbåndene bli slettet.

Mulige fordeler og ulemper

Måten studien gjennomføres på innebærer at du er villig til å gi 1-1 ½ time av din tid. Du som informant, får mulighet til å dele dine erfaringer som igjen kan gi ny kunnskap på området og forbedret praksis.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Jeg har ikke tilgang til journal eller andre helse opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser. Dersom du trekker deg vil alle dine data bli slettet og ikke inkluderes i studien. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke.

Informasjonsskrivet er sendt ut fra fedme poliklinikk uten at jeg (Marte Rossavik) har navnene på de som får brevene. Jeg har derfor ingen mulighet til å kontakte deg dersom du ikke kontakter meg. Der er derfor viktig at du selv tar kontakt med Marte Rossavik på telefon 93427882 eller mail marte_rossavik@hotmail.com, dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien. Eventuelt ta kontakt med Anette Musum som er kontaktperson på SUS, på mail anette.musum.ingar.m@sus.no eller telefon 51519719/90674398. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på siden og tar den med til meg ved gjennomføring av intervjuet.

Med vennlig hilsen

Marte Rossavik

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Temaer:

0. Info om informanten

Kan du fortelle litt om deg selv: hvor gammel er du, hvilke utdanning, jobb, familiesituasjon....

1. Tiden før operasjonen og grunn til at man blir operert

Kan du fortelle litt om hva som gjorde at du bestemte deg for at du ville utføre operasjonen? (Når utførte du operasjonen)

Var det noen andre som påvirket beslutningen og i så fall på hvilken måte?

2. Opplevelse av tiden etter operasjonen

Hvordan oppleves tiden etter en gastrisk bypass operasjon?

Kan du fortelle litt om dine erfaringer og opplevelser etter operasjonen?

Har du opplevd noen endringer i hverdagen etter operasjonen? –Operasjonens betydning på ulike måter.

(endring: kost, matvaner, spisemønster, handling av mat-må du tenke annerledes?, sosiale situasjoner-å spise sammen med andre, treningsrutiner)

Har det skjedd noen form for endringer i ”miljøet” rundt deg?

(Sosialt liv, familien, venner)

Hvordan påvirker operasjonen gamle rutiner/vaner?

(både praktisk og opplevelser rundt endring, lærer noen ting «på nytt» eks hva man kan spise, hvilke mat man skal handle...at man skal spise litt «annerledes» kan også påvirker det sosiale livet, trening)

3. utfordringer

Hva oppleves som de største utfordringene i endringsprosessen av kostholds vaner ett til to år etter fedme operasjonen?

Har du opplevd noen utfordringer med tanke på endring av kostholdsvaner etter operasjonen? (handling- tenke annerledes?, sosiale situasjoner, trening)

Hvis ja, hva har gjort det vanskelig?

Har du noen opplevelser som har gjort det lettere å endre kostholdsvaner etter operasjonen?

Hvis ja, hvilke? Og hvordan hadde disse opplevelsene innvirkning?

Er det noen personer eller hendelser som har hatt medvirkning på endringsprosessen? (positivt eller negativt)? Fortell meg hvordan hun/han påvirket deg.

Er det noe mat du savner? Og i hvilke anledninger savner du den mest?

Hva er den største utfordringen for deg etter operasjonen?

Hva hjelper deg å ta hånd om disse utfordringene?

4. Oppfølging

Hvilke type oppfølging ønskes etter en gastrisk bypass operasjon?

Hvilke tanker og forventninger hadde du til oppfølging før du gjennomførte operasjonen?

Hvordan erfarer du oppfølgingen du har fått etter operasjonen?

Har du savnet eller kunne tenkt deg en tettere eller annerledes oppfølging?

Hvis ja, hvilke type oppfølging kunne du tenkt deg ?

(spesielt med tanke på oppfølging rundt kosthold, men også trening)

Hvis nei, hva gjør at du er fornøyd og synes den oppfølgingen du fikk var tilstrekkelig?

Hvilke oppfølging kunne du tenkt deg og hvordan samsvarer dette med den du har fått?

5. Livet nå

Hvordan er hverdagen din nå?

Hvilke positive endringer har skjedd i ditt liv etter operasjonen?

Hvilke negative endringer har skjedd i ditt liv etter operasjonen?

(mat, måltider, kropp, mosjon, vekt, sosialt liv/familie, arb.liv).

Hvor ser du deg selv om 2 år? Beskriv personen du håper å være da. Hvordan vil du sammenligne den personen du håper å være og den personen du er i dag?

Etter å ha fått disse erfaringene, hvilke råd ville du gitt til noen som vurderer gastrisk bypass?

Er det noe vi ikke har snakket om, men som vi burde ha snakket om?

Har du noe du vil tilføye?

Vedlegg 4: Brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel. +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Laura Terragni
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 19.09.2012

Vår ref:31455 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.09.2012. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 19.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31455	<i>Oppfølging etter gastrisk bypass operasjon</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Laura Terragni</i>
<i>Student</i>	<i>Marte Rossavik</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 24.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marte Rossavik, Blichsgate 4 E, 3044 DRAMMEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svuitt.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31455

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskriv av 19.09.2012 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, men forutsetter at det påføres dato for prosjektslutt og anonymisering av datamaterialet (24.12.2013).

Utvalget rekrutteres via aktuell post/avdeling ved Universitetssykehuset i Stavanger (SUS), jf. bekreftelse fra Anette Musum ved SUS.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 24.12.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 5: Post operativ kontroll (konsultasjonsskjema)



Post operativt kontroll Dato _____
Navn _____ f. dato _____
Operasjons dato _____ Type operasjon _____
Vekt før operasjon _____ kg BT før operasjon _____ mmHG BMI pre op _____
Midjeomkrets/Hofteomkrets/Index _____
Armomkrets(cm) _____ Tilpassende AO (%): _____
Evaluering: _____

Arbeidsevne - Tilbake til arbeid/ Fortsatt sykemeldt

Tidligere sykdommer – hvordan er status etter operasjon?

Diabetes		Søvnapne		
Hypertensjon		Hudsykdommer		
Dyslipidemi		Annet		
Atrose				

Per dd:

Vekt _____ kg BMI _____ kg/m² BT _____ mmHG
Midjeomkrets/Hofteomkrets/Index _____
Armomkrets(cm) _____ Tilpassende AO (%): _____
Evaluering: _____
Veier seg: Ja / Nei Hyppighet:
Røyker: Ja / Nei

Egenvurdering av fysisk og psykisk tilstand

Hvor stor fysisk belastning klarer du? Meget lett / Lett / Moderat / Tungt / Meget tungt (eks moderat gå i raskt tempo)

Fysisk aktivitet/trening: type _____ ggr/uke _____ minutter

Er du fornøyd med aktivitetsnivået?
Klarer du å opprettholde/øke dette nivået?

Er du plaget med psykiske problemer (uro, angst, nedforhet, irritabilitet)? Ikke / Litt / til en viss grad / En god del / Svært mye

Endringer i livet etter operasjon fysisk/ psykisk/
sosialt _____

Motivasjon – veien videre
Hvordan holder du motivasjonen oppe?

Har du støttespillere rundt deg?

Kontroll hos fast legen:

Blodprøver:

Kostanamnese:

Kl.

Pålegg:

Kl.

Kl.

Sjokolade, kjeoks, smågodt, boller,
kaker, løff
Potetchips, pommes frites,
chilinøtter.
Is, fløte, rømme, fet ost

Kl.

Kl.

Kl.

Alkoholinntak:

Matinntak endringer:

Total energi:

Proteininntak:

Hadde matallergi før operasjonen: Ja / Nei
Mat intoleranse eller allergi etter operasjonen:

- Gluten
- Melk: protein eller laktose
- Nøtter
- Egg
- Frukt
- Andre:

Gastrointestinal plager de siste tre uker:

- Konstipasjon
- Diaré: hyppighet, type diaré
- Mageluft

- Magesmerte
- Annet

Generelle symptomer:

- Svimmelhet
- Slapphet
- Hodepine
- Kalde føtter og / eller hender
- Andpusten
- Irritabelt humør
- Hårtap
- Hukommelsestap

Medikamenter i bruk nå

- Multivitamin og mineraler: type
- Calcigran forte
- B-12
- Omega-3
- Jern
- Andre: