



*"Erfaringer og perspektiver i  
rehabiliteringsprosessen til  
personer som har gjennomgått  
fedmereduserende kirurgi"*

En kvalitativ studie av hva personer som har gjennomgått  
fedmereduserende kirurgi erfarer i etterkant av operasjonen.

Mastergrad i rehabilitering

Emnekode: RH333S

Skrevet av Elisabeth Johannessen

Kandidatnummer 3

Innlevering 18.mai 2010

## **FORORD**

Masteroppgaven i rehabilitering har gitt meg mulighet til å fordype meg i hva personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi erfarer og opplever i etterkant av operasjonen. Min fortelling i denne oppgaven, bygger på hva mine informantere fortellinger handlet om. Gjennom å dele sin livsverden, gav de mulighet til ny innsikt.

Jeg håper at jeg gjennom oppgaven kan belyse aktuelle problemstillinger og ved det, bidra til at andre som gjennomgår den samme typen operasjonen som mine informanter gjorde, kan finne lærdom og fatte mot, slik mine informanter gjorde.

Jeg vil først få rette en stor takk til mine informanter som raust delte sine er erfaringer og opplevelser med meg. Uten dere hadde ikke denne masteravhandlingen vært mulig. Samtalene med dere gav meg en unik mulighet ny lærdom, refleksjon og ettertanke.

Videre vil jeg takke min veileder Johans Tveit Sandvin som har veiledet meg gjennom en hektisk skriveperiode nå i mai. Han har stødige vist vei gjennom et tidvis uframkommelig terreng.

Jeg vil takke Fauske kommune for støtte under utdanningen, min leder for forståelse for at jeg har trengt tid i skriveprosessen og mine kolleger for å ha støttet meg og gjort jobben selv om jeg har glimret med mitt fravær siste ukene.

Sist men ikke minst vil jeg takke familie og venner for støtte, hjelp og oppmuntring. Ikke minst vil jeg takke ho mor og han far som velvillig har stilt opp som barnevakter gjennom et langt studium og ho bestemor som kom og tok over skuta idet jeg var inne i min mest hektiske skriveperiode.

Henrik, Amalie, Tommy og Hans Viggo; tusen takk for at dere har holdt ut! ***"no begynne ei annja tid!"***

# **INNHALDSFORTEGNELSE**

<b>INNLEDNING</b>	<b>1-4</b>
<b>KAPITTEL 1</b>	<b>5 - 25</b>
<b>1.0 METODE OG METODEDRØFTNING</b>	<b>5 – 15</b>
<b>1.1 KVALITATIV METODE</b>	<b>5 – 13</b>
<b>1.2 TILNÆRMING TIL ANALYSEN</b>	<b>13 -14</b>
<b>KAPITTEL 2</b>	<b>15 - 21</b>
<b>2.0 BAKGRUNN</b>	<b>15 – 25</b>
<b>2.1 OVERVEKT OG FEDME ET INTERNASJONALT OG NASJONALT FENOMEN</b>	<b>15 -17</b>
<b>2.2 FEDMEREDUSERENDE KIRURGI</b>	<b>18 - 21</b>
<b>2.2.1 Fedmereduserende kirurgi i et historisk perspektiv.</b>	<b>18 – 19</b>
<b>2.2.2 Behandlingsmålsetting</b>	<b>20 - 21</b>
<b>2.3 REHABILITERING</b>	<b>21 - 25</b>
<b>2.3.1 Brobygging</b>	<b>21</b>
<b>2.3.2 Hva er habilitering og rehabilitering?</b>	<b>22</b>
<b>2.3.3 Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming</b>	<b>22 - 23</b>
<b>2.3.4 Målgruppen</b>	<b>24</b>
<b>2.3.5 Rehabilitering som virksomhetsområde</b>	<b>24 – 25</b>
<b>2.3.6 Rehabilitering som prosess</b>	<b>25</b>

<b>KAPITTEL 3</b>		<b>26- 51</b>
<b>3.0</b>	<b>ANALYSE</b>	<b>26 - 51</b>
<b>3.1</b>	<b>AVKLARINGER</b>	<b>26 – 27</b>
<b>3.2</b>	<b>OPERASJONEN SOM EN SJELSETTENDE OPPLEVELSE</b>	<b>27 - 38</b>
<b>3.2.1</b>	<i>Å miste fotfestet</i>	<b>27 – 31</b>
<b>3.2.2</b>	<i>Sjelsettende opplevelser</i>	<b>31 – 32</b>
<b>3.2.3</b>	<i>Operasjonen som en mulighet</i>	<b>32 – 34</b>
<b>3.2.4</b>	<i>Psykiske reaksjoner</i>	<b>35 – 39</b>
<b>3.3</b>	<b>EN HUSKET KROPP OG ET GLEMT HODE</b>	<b>39 - 44</b>
<b>3.3.1</b>	<i>Fenomenologi og kropp</i>	<b>39 – 41</b>
<b>3.3.2</b>	<i>Neglisjering av psykiske reaksjoner</i>	<b>41</b>
<b>3.3.3</b>	<i>Normalitet og avvik</i>	<b>42 – 44</b>
<b>3.4</b>	<b>SELVBILDET I ENDRING</b>	<b>44</b>
<b>3.4.1</b>	<i>Selvilde og selvtillit</i>	<b>44 – 46</b>
<b>3.4.2</b>	<i>Festningsverk</i>	<b>47 – 51</b>

## **KAPITTEL 4** **52-54**

<b>4.0</b>	<b>AVSLUTNING</b>	<b>52 - 54</b>
------------	-------------------	----------------

### **LITTERATURLISTE**

**VEDLEGG 1:** *Forespørsel om deltakelse i prosjektet + samtykkeerklæring*

**VEDLEGG 2:** *Intervjuguide*

## ***INNLEDNING***

Overvekt og fedme er et økende problem internasjonalt så vel som nasjonalt. Verdens helseorganisasjon(WHO) beregner at det globalt i 2015 vil være cirka 2,3 milliarder overvektige voksne og mer enn 700 millioner voksne vil ha fedme, det vil si en kroppsmasseindeks høyere enn 30 kg/m<sup>2</sup> (WHO/World health organization).

Forekomsten av overvekt og fedme er økende også i Norge, både blant barn og voksne. Tall fra Levekårsundersøkelsen 2008; *Helse, omsorg og sosial kontakt* gjort av SSB viser at andelen overvektige nordmenn har økt med 7 prosentpoeng de siste ti årene. I 2008 var én av fire nordmenn over 16 år overvektige (Statistisk sentralbyrå 2009).

Overvekt og fedme medfører risiko for utvikling av en rekke sykdommer, blant annet type- 2 diabetes, hjerte- og karsykdommer, enkelte kreftsykdommer, gallestein, muskel- og skjelettlidelser, samt psykososiale helseproblemer. I tillegg til de helsemessige konsekvensene, påløper samfunnsøkonomiske kostnader. Overvekt og fedme relateres til en kombinasjon av arvelige, miljømessige og biologiske årsaker. Fedme og fedmerelaterte sykdommer er per 2007, den årsaken som nest etter røyking, er den viktigste årsaken til tidlig død (Helse Nord 2007).

Sykkelig fedme defineres som kroppsmasseindeks (BMI =kg/m<sup>2</sup>) over 40, eller over 35 med samtidig alvorlig vektrelatert sykdom. Behandling av sykkelig overvekt er i de fleste tilfeller en langvarig og sammensatt prosess. Fellesnevneren for all behandling av sykkelig overvekt, enten det gjelder forebygging, terapi, medikamentell eller kirurgisk behandling, er livsstilsendring. Kirurgisk behandling er som nevnt et behandlingstilbud ved sykkelig fedme. Det finnes ulike kirurgiske metoder for vektreduksjon. I Norge benyttes i hovedsak to hovedkategorier, som ofte kombineres, ved kirurgisk behandling av sykkelig fedme; en som reduserer volumet på magesekken og en som kobler ut deler av tynntarmen (Helse Nord 2007).

Antall operasjoner for sykkelig overvekt har økt fra 2004. Per 2008 var det ni offentlige sykehus i Norge som utførte kirurgisk behandling av sykkelig fedme. I tillegg utføres det operasjoner ved private klinikker og i utlandet. Fra 2004 og fram til 2008 ble det utført om lag

2900 operasjoner grunnet sykkelig overvekt ved offentlige sykehus i Norge. I tillegg til dette tallet, kommer de som ble operert privat og utenlands. I 2008 ble det til sammenligning utført cirka 1100 operasjoner ved offentlige sykehus (Løvig 2008).

Et møte med ei kvinne som hadde fått utført fedmereduserende kirurgi er utgangspunktet for valget av emne til min mastergrad i rehabilitering. Denne kvinnen hadde blitt operert ved et offentlig sykehus, etter to år på venteliste. Møtet fordret i mitt henseende en undring og en forundring over hva mennesker som får utført fedmereduserende kirurgi erfarer og opplever i etterkant av operasjonen. Kvinnen hadde etter operasjonen opplevd å bli overlatt til seg selv og til å håndtere vanskelige tanker alene. Hun opplevde å måtte presse seg fram i helsevesenet for å få hjelp med depresjon og selvmordstanker. Da jeg møtte henne, var hun i stand til å fortelle om sine opplevelser, hun var glad for livet og glad i seg selv. Hennes erfaringer kunne i utgangspunktet ikke betraktes som beskrivende for hva personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi opplever, det er noe jeg ser nå i etterkant av arbeidet med prosjektet.

Kvinnens fortellinger vekket en interesse for og en forundring for hva personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi erfarer og opplever. Det avsluttende mastergradsprosjektet i rehabilitering bydde på en unik mulighet til å fordype seg i emnet. Jeg valgte å benytte en kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte intervju for å nærme meg emnet.

Prosjektet åpnet for å stille spørsmål om hva som erfares og opplevs i etterkant av fedmereduserende kirurgi; Er det slik at personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi blir overlatt til seg selv med sine opplevelser og tanker etter operasjonen? Opplever personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi at innestengte følelser og hendelser trenger opp til overflaten idet vekten går ned? Kan det være slik at overvekt innebærer en mangel på selvtillit som opprettholdes av en redsel for hva andre tenker og mener? Resultterer fedmereduserende kirurgi i en bedre selvtillit? Hva innebærer i så tilfelle et bedre selvbylde for personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi?

Formålet med oppgaven har vært å belyse hva personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi erfarer i etterkant av operasjonen. Oppgaven har ikke som formål å generalisere, det jeg har ønsket med oppgaven, er å belyse erfaringene til mine informanter.

Prosjektet er en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av seks personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi. Jeg fikk tilgang til mine informanter gjennom en forespørsel på et nettforum for overvektige/tidligere overvektige og gjennom snøballmetoden. Intervjuene var strukturert i form av en intervjuguide som tok utgangspunkt i definisjonen av habilitering og rehabilitering. Spørsmålene i intervjuguiden vekslet mellom den generelle oppfatningen om opplevelsen av rehabilitering og den spesifikke rehabiliteringen informantene hadde erfart og opplevd etter operasjonen.

Intervjuguiden hadde tittelen ”*Erfaringer og perspektiver i rehabiliteringsprosessen til personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi.*” Intervjuguiden inneholdt fire spørsmål; 1: Hvilke tanker gjør du deg i forhold til begrepet rehabilitering? Hva tenker du om rehabilitering? 2: Kan du beskrive den rehabiliteringen du har mottatt/gjennomgått i etterkant av operasjonen? 3: Hva tenker du er betydningsfullt eller viktig i reahbilitering og rehabiliteringsprosesser? 4: Hvordan har du erfart den rehabiliteringen du har gjennomgått i etterkant av operasjonen?

Datamaterialet jeg satt igjen med i etterkant av intervjuene gav tilgang til mange og ulike problemstillinger knyttet til erfaringer i etterkant av fedmereduserende kirurgi. Arbeidet med oppgaven har tatt utgangspunkt i: erfaringer og opplevelser i etterkant av gjennomgått fedmereduserende kirurgi. Problemstillingen som er søkt besvart i oppgaven lyder: **Hvilke erfaringer og opplevelser opptrer som fremtredende i fortellingene til personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi?**

De erfaringene og opplevelsene jeg fant som framtredende i mine informanternes fortellinger var knyttet til operasjonen som en sjelsettende opplevelse, et ensidig fokus på kroppen og en neglisjering av det som skjer med hodet, samt et endret selvbilde.

Oppgaven er inndelt i fire hovedkapitler. Kapittel 1 inneholder metode og methodedrøftning. Dette kapitlet har underkapitlene; kvalitativ forskningsmetode og tilnærming til analysen. Kapittel 2 er et bakgrunnskapittel og inneholder tre underkapitler; overvekt og fedme - et internasjonalt og nasjonalt fenomen, fedmereduserende kirurgi og rehabilitering. Kapittel 3 inneholder analysen og er inndelt i fire underkapitler; avklaringer, operasjonen som en

sjelsettende opplevelse, en husket kropp og et glemt hode og selvbildet i endring. Kapittel 4 er avslutningen.

Informantene er anonymisert slik at gjenkjenning av enkeltpersoner i oppgaven ikke skal være mulig. Hendelser, situasjoner, erfaringer og opplevelser beskrevet i oppgaven skal derfor ikke kunne knyttes direkte til noen av informantene. Informantene har fått betegnelsene Informant 1, Informant 2, Informant 3, Informant 4, Informant 5 og Informant 6. Rekkefølgen på informantene er stokket om, slik at rekkefølgen på intervjuene ikke er identiske med nummeret de har fått i oppgaven.

Jeg har søkt godkjenning til prosjektet gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, som har tilrådd gjennomføring av prosjektet.

Etter at prosjektet nå er avsluttet, vil alle dokumenter og lydbånd som inneholder personopplysninger bli slettet eller makulert.



# ***KAPITTEL 1***

## ***1.0 METODE OG METODEDRØFTNING***

### ***1.1 KVALITATIV METODE***

Metoden som er benyttet i prosjektet *erfaringer og opplevelser i etterkant av fedmereduserende kirurgi*, er kvalitativ metode. Jeg har utført kvalitative forskningsintervju med seks personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi. Det ble gjort lydopptak av fem intervju, disse ble senere transkribert. Ett av intervjuene ble ikke tatt opp på bånd fordi informanten ikke ønsket det. Jeg noterte under dette intervjuet og notatene ble senere bearbeidet.

Et kvalitativt forskningsintervju søker å se og forstå verden fra intervjupersonenes side. Et overordnet mål i kvalitativ forskning er å utvikle en forståelse for ulike fenomen som kan knyttes til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet. Sagt på en annen måte; forskningsintervjuet søker en dypere forståelse av hvordan ulike mennesker forholder seg til sin livssituasjon (Kvale og Brinkmann 2009, side 21). I mine forskningsintervju, søkte jeg en dypere forståelse av hvordan personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi forholder seg til sin livssituasjon i etterkant av operasjonen. Monica Dalen (2004) skriver at formålet med forskningsintervjuet er å framskaffe beskrivende informasjon om hvordan mennesker opplever og erfarer ulike sider ved sin livssituasjon og sin livsverden. Hun skriver videre at det kvalitative forskningsintervjuet frambringer innsikt i informantenes egne opplevelser, erfaringer, tanker og følelser. Intervjuene med mine informanter resulterte i at jeg som forsker fikk være en del av hva disse personene hadde opplevd og erfart i etterkant av operasjonen. Opplevelsene og erfaringene var tidvis personlige og nære. Mine informanter delte tanker, følelser og fortellinger med meg som forsker. Under noen av intervjuene ble jeg invitert inn bak dører som aldri tidligere hadde vært åpnet, jeg fikk være vitne til fortellinger som aldri tidligere hadde blitt fortalt.

Forskningsintervjuet er en profesjonell samtale mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Det er en kunnskapsproduserende aktivitet, det vil si en samtale hvor det

konstrueres kunnskap mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Et intervju er en utveksling av synspunkter og meninger mellom to personer om et forhåndsbestemt tema som er av interesse både for den som intervjuer og den som blir intervjuet (Kvale og Brinkmann 2009, side 22-23). Intervjuet kan betraktes som et *"(...)vekselspill mellom de som vet, og det som vites, mellom de som konstruerer kunnskap og kunnskapen som blir konstruert."* (Kvale og Brinkmann 2009, side 23). I den kvalitative forskningen anvendes ulike tilnæringer til analysen av det empiriske materialet, det som er felles for de ulike tilnærningene er at de har en fortolkende tilnærming til datagrunnlaget. Denne fortolkende tilnærmingen tar utgangspunkt i at mennesker skaper eller konstruerer sin sosiale virkelighet og gjennom den gir mening til erfaringer og opplevelser. Dette gjør at virkeligheten ikke blir entydig men mangfoldig (Dalen 2004).

Innledningsvis i prosjektet var jeg først inne på tanken om å samarbeide med Nordlandssykehuset. Jeg sendte en henvendelse til sykehuset hvor jeg ba de være behjelpelig med å sende ut forespørsler til personer som hadde gjennomgått fedmereduserende kirurgi ved sykehuset. Etter gjennomtenkning, blei denne metoden for å få tilgang til informanter forkastet. Jeg tenkte at en slik forespørsel kunne bli en for autoritær måte å henvende seg til informantene på. Det at de fikk brev fra sykehuset de var blitt operert på, kunne muligens resultere i at de følte seg forpliktet til å delta i prosjektet. Jeg ønsket ikke et slikt utgangspunkt. Kontakten og dialogen med Nordlandssykehuset ble derfor avsluttet. Jeg satte i stedet inn en annonse med forespørsel om deltakelse fra potensielle informanter i to lokalaviser. Jeg mottok ingen respons på disse to annonsene.

Da den første strategien, med annonser, ikke gav resultater, la jeg ut en forespørsel på nettforumet overvekt.no. Av frykt for at forespørselen på nettforumet heller ikke skulle gi resultater, henvendte jeg meg i stedet til personer i mitt eget nettverk som jeg visste hadde kontakter som kunne lede til andre kontakter. Disse informerte jeg om mitt prosjekt og om hvordan jeg kunne kontaktes (e-post, telefonnummer) og ba dem videreformidle informasjonen til personer de kjente og som eventuelt kjente andre som hadde gjennomgått fedmereduserende kirurg. Denne metoden å få tilgang til informanter på benevnes som snøballmetoden. Snøballmetoden er en metode som kan vise seg å være anvendbar og nyttig idet andre metoder ikke fører frem. Denne metoden kan benyttes i det en utfører forskning på utsatte grupper mennesker, eksempelvis mennesker med sjeldne funksjonshemminger, alkohol- eller rusmisbrukere eller barn som har vært utsatt for overgrep. Det kan imidlertid

være verd å merke seg at snøballmetoden lett kan resultere i små og noe skjeve utvalg (Dalen 2004).

Forespørselen på nettforumet resulterte i 38 henvendelser, mens snøballmetoden resulterte i kontakt med 8 personer som kunne tenke seg å bli intervjuet om erfaringer og opplevelser i etterkant av fedmereduserende kirurgi. Henvendelsene mottok jeg gjennom min personlige e- post og telefon.

Valg av metode har vært bevisst. Jeg ønsket å nærme meg ”feltet” med varsomhet og aktsomhet. Jeg ønsket størst mulig grad av frivillighet, samt et bevisst ønske om å delta i prosjektet. Forespørselen på nettforumet og snøballmetoden resulterte i et uventet stort antall personer som ønsket å delta i prosjektet. På forhånd hadde jeg bestemt meg for å intervju de seks første som sa seg villige til å delta i prosjektet, dette idet jeg ikke hadde forventet en så stor respons som jeg fikk. I etterkant tenker jeg at dersom utvalget hadde vist seg å bli veldig skjevt i forhold til privat/offentlig operasjon, kjønn, alder og bosted ville jeg endret kriteriene for valg av utvalg. Tilfeldighetene viste seg å råde slik at de seks første som gav tilbakemelding på at de ønsket å delta i prosjektet, var rimelig jevnt fordelt mellom privat og offentlig operasjon (3/3), kjønn (2 menn og 4 kvinner), alder (25- 58 år) og bosted (Spredning i Nordland fylke).

Det at jeg ønsket en så jevn som mulig fordeling mellom de fire kriteriene, er grunnet i et ønske om en mulighet til å få en så vid forståelse av hva det er personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi erfarer og opplever i etterkant av operasjonen. Jeg hadde ikke noe ønske om å studere et spesifikt utvalg, eksempelvis kvinner i alderen 25 år, bosatt i samme by som hadde fått utført sine operasjoner ved offentlig klinikk. Det jeg derimot ønsket, var å studere erfaringer og opplevelser hos personer som hadde gjennomgått fedmereduserende kirurgi, - uavhengig av type klinikk, alder, kjønn og bosted . Prosjektet hadde heller ikke som formål å sammenligne klinikker, kjønn, alder eller bosted. Gjennom prosjektet søkte jeg innblikk i mine informanternes livsverden. I boka *Det kvalitative forskningsintervju* av Kvale og Brinkmann (2009, side 324) defineres livsverden: ”Verden slik vi møter den i dagliglivet, uavhengig av og forut for vitenskapelige forklaringer. Slik verden foreligger i direkte og umiddelbare opplevelser” Begrepet livsverden er knyttet til filosofen Edmund Husserl som regnes som grunnleggeren av fenomenologien. Begrepet livsverdi benyttes innenfor kvalitativ forskning tilknyttet ulike fagområder (Dalen 2004).

Intervjuene var semistrukturerte noe som vil si at de verken kan beskrives som en åpne samtaler eller som lukkede spørreskjemasamtaler. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide som sirklet inn tematikken rundt erfaringer og opplevelser i etterkant av gjennomgått fedmekirurgi.

Intervjuguiden kan beskrives som et manuskript som strukturerer intervjuet, og forløpet i intervjuet som mer eller mindre stramt. I semistrukturerte intervju, skal intervjuguiden inneholde en oversikt over emner eller tema og spørsmål (Kvale og Brinkmann 2009, side 143). Temaene og spørsmålene i min intervjuguide tok utgangspunkt i informantenes generelle oppfatninger av rehabilitering, videre sirklet samtalen seg inn mot personlige erfaringer og opplevelser i etterkant av gjennomgått fedmekirurgi med det som formål å fortolke meningen med sentrale tema i informantenes livsverden. Innledningsvis til intervjuene informerte jeg om formålet med prosjektet; å studere erfaringer og opplevelser i etterkant av fedmereduserende kirurgi. Videre leste jeg definisjonen av habilitering og rehabilitering til mine informanter: ” *Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*” (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001).

Å lese definisjonen av habilitering og rehabilitering innledningsvis i intervjuene, var et bevisst valg. Jeg ønsket å tydeliggjøre mitt utgangspunkt og formål som forsker. Jeg ønsket å hindre at intervjuene endte ut i en samtale som ikke var i tråd med formålet med intervjuet. Det jeg også ønsket var å la definisjonen bidra til å understreke, ovenfor alle informantene, at rehabilitering favner bredt og at jeg var interessert i så og si alt informantene hadde opplevd og erfart, og som kunne ha betydning for forløpet i tiden etter operasjonen.

Forut for intervjuene vurderte jeg for og i mot om jeg skulle starte intervjuene med definisjonen av habilitering og rehabilitering eller ikke. Min personlige og yrkesfaglige erfaring er at begrepet rehabilitering ofte oppfattes snevert, jeg har i mange og ulike sammenhenger opplevd at begrepet rehabilitering nødvendigvis ikke tenkes så bredt og allment som det definisjonen fordrer. Jeg er sykepleier og har gjennom mange år jobbet innenfor fagfeltet rehabilitering, gjentakende opplever jeg at begrepet rehabilitering allment betraktes for enfoldig. Ved å innlede intervjuene med definisjonen kunne jeg utvide

informantenes perspektiv på begrepet rehabilitering og derved tydeliggjøre at nesten alt de hadde erfart og opplevd i etterkant av operasjonen var interessant. Det som talte imot å innlede intervjuene med definisjonen av habilitering og rehabilitering skrev seg fra en bekymring fra min side om å styre eller lede informantene for mye. Jeg så at jeg muligens under intervjuet kunne havne i ei grøft, hvor jeg satt med regien og informantene snakket meg etter munnen. Dette var noe jeg helt klart ikke ønsket, men nok egentlig ikke fryktet. Jeg endte opp med å tenke som så at jeg skulle intervjuer voksne mennesker, mennesker jeg forventet var i stand til å forholde seg til at jeg definerte situasjonen og som var i stand til å ta egne valg og beslutninger. Jeg tenkte videre at dersom definisjonen kunne få mine informanter til å fortelle om mangfoldet i tida etter operasjonen, så vil også formålet med prosjektet lettere kunne nås.

Etter å ha informert informantene om formålet med prosjektet, samt lest definisjonen av habilitering og rehabilitering, avklarte jeg og gjorde avtale om bruk av/ikke bruk av båndopptaker. Jeg klargjorde ovenfor informantene at prosjektet er basert på frivillighet, og at det på hvilket som helst tidspunkt er en gitt rettighet at han eller hun kan trekke seg fra prosjektet. Jeg forklarte informantene om konfidensialitet i forbindelse med intervju og videre om anonymisering. Jeg fortalte kort om hvordan jeg videre ville bearbeide intervjuene og hvordan jeg tenkte å bruke de i det videre arbeidet med oppgaven. Ingen av informantene hadde noen innvendinger til informasjonen gitt innledningsvis. Én undret seg over hvordan anonymiseringen ville skje. Han lurte på om det ville være mulig for andre som leste den ferdige oppgaven å kunne identifisere han. Jeg forklarte han at anonymiseringen som gjøres i forbindelse med et slikt prosjekt er slik at det ikke skal være mulig for andre som leser oppgaven å gjenkjenne enkeltpersoner, men at han nok selv gjennom utdrag fra intervjuene vil kunne kjenne seg igjen i oppgaven.

Intervjuguidens utgangspunkt var definisjonen av habilitering og rehabilitering, etterfulgt av fire spørsmål knyttet til begrepet rehabilitering: 1) Hvilke tanker gjør du deg i forhold til begrepet rehabilitering. Hva tenker du om rehabilitering? 2) Kan du beskrive den rehabiliteringen du har mottatt/gjennomgått i etterkant av operasjonen? 3) Hva tenker du er betydningsfullt eller viktig i rehabilitering og rehabiliteringsprosesser? 4) Hvordan har du erfart den rehabiliteringen og de rehabiliteringsprosessene du har gjennomgått i etterkant av operasjonen?

I tillegg til de fire spørsmålene i intervjuguiden hadde jeg stikkord med utgangspunkt i definisjonen av habilitering og rehabilitering: Tidsavgrensede og planlagte prosesser, klare mål og virkemiddel, flere aktører samarbeider, nødvendig bistand, egen innsats, best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Stikkordene viste seg i noen av intervjuene å være nødvendige, i andre ikke. I de intervjuene de blei brukt var det særlig idet informantene ikke hadde noen forkunnskaper, eller ikke tidligere hadde forholdt seg til eller gjort seg opp tanker i forhold til begrepet rehabilitering. Idet jeg kunne plukke definisjonen fra hverandre, og bruke stikkordene som eksempler og forklaringer kunne noen av informantene lettere sette ord på det de hadde erfart og opplevd i etterkant av operasjonen, og se at dette faktisk dreide seg om rehabilitering. *”For å sikre at spørsmål betyr det samme for ulike mennesker, må de modifiseres slik at de passer til hver enkelt intervjupersons ordforråd, bakgrunn og oppfatningsevne”* (Kvale og Brinkmann 2009, side 147).

Noen av informantene hadde ikke tenkt på tiden etter operasjonen som en rehabilitering. To av informantene kunne underveis i intervjuet tydelig se at det de hadde erfart og opplevd kunne betraktes som rehabilitering. Informant 3 uttalte ved slutten av intervjuet at; *”Dette var greit! Det var veldig ok, på en måte å plukke tida etter operasjonen litt fra hverandre... (ho ser ut vinduet og tenker en stund) Dette ble rene terapien for meg! Jeg har i ett år nå bare sett på det som har skjedd etter at jeg fikk operert meg som ei diger smørje. Det å ta tak i den der definisjonen og plukke det som jeg har opplevd på i mindre biter gjorde det lettere å håndtere liksom... Det blei enklere å se hva som har fungert og hva som ikke har fungert og kanskje finne ut hvorfor noe fungerer mens andre ting gikk helt på tryne!”*

Kvale og Brinkmann 2009, beskriver tolv ulike aspekt ved hvordan det kvalitative forskningsintervjuet kan forstås med utgangspunkt i et fenomenologi. Fenomenologi defineres som *”Et filosofisk perspektiv basert på omhyggelige beskrivelser og analyser av bevisstheten med vekt på forskningsdeltakerens livsverden. Det innebærer å se bort fra forskningsdeltakerens forhåndskunnskap og at en søker etter de beskrevne fenomenenes essensielle og vedvarende betydning.”* (Kvale og Brinkmann 2009, side 323) Ett av de tolv aspektene er endring eller forandring: Intervjuprosessen kan gi ny innsikt og bevissthet, og intervjupersonen kan i løpet av intervjuet endre holdninger og beskrivelser til tema. Intervjuspørsmålene kan på den måten gi mulighet og anledning til refleksjons- og

læreprosesser både for den som blir intervjuet og den som intervjuer (Kvale og Brinkmann 2009, side 50).

Det kvalitative forskningsintervjuet er som tidligere nevnt en type samtale, og alle samtaler har sin egen rytme. Underveis i intervjuene viste det seg flere ganger nødvendig å fravike fra intervjuguiden, dette særlig idet vi kom inn på personlige opplevelser. To av informantene fortalte om ting de aldri tidligere hadde fortalt om og som følelsesmessig var vanskelig å snakke om. Dette handlet om opplevelser og hendelser fra tidligere i livet som de mente kunne være med å forklare overvekten. I begge tilfellene måtte vi avbryte intervjuene i noen minutter slik at informanten fikk hentet seg inn igjen. Jeg tilbød at vi kunne avslutte intervjuet og eventuelt ta det igjen ved en senere anledning, men begge informantene ønsket å gjennomførte intervjuet.

Personlig opplevde jeg disse to intervjuene som etisk vanskelige. Jeg følte meg usikker på om jeg krenket mine informanter ved å være den som åpnet for muligheten til å fortelle. Første gangen dette skjedde, følte jeg meg usikker på om jeg burde fortsette intervjuet eller ikke. Usikkerheten bunnet i at jeg følte meg skyldig i at opplevelsene og hendelsene kom opp og ut. Hadde jeg lokket fram fortellinger som egentlig ikke var ment for meg? Jeg var redd informantene kunne komme til å angre på at de hadde åpnet seg for meg. Jeg valgte å la informanten avgjøre om vi skulle fortsette intervjuet eller ikke. I etterkant reflekterte jeg over hva det var som hadde forårsaket denne usikkerheten hos meg. Det var ikke fortellingene i seg selv som gjorde meg usikker, det var situasjonen. Jeg var den som hadde isenesatt intervjuet, jeg var den som tok imot idet reisverket falt, og det var jeg ikke forberedt på! Jeg har tenkt mye på dette intervjuet, jeg kan enda kjenne på usikkerheten. Som sykepleier står jeg daglig i møtet med mennesker som lar sine reisverk falle. En kollega bemerket da jeg fortalte henne om denne hendelsen at *"husk på at du var ikke på jobb, du var ikke mentalt forberedt på at noe sånt skulle skje, klart du ble usikker!"* Jeg tenker at hun har rett.

Andre gangen dette skjedde, var jeg mentalt forberedt og reagerte ikke slik jeg gjorde ved det første intervjuet. Jeg hadde tenkt igjennom det første intervjuet og kommet til at dersom dette skulle skje igjen, så ville jeg igjen la informanten avgjøre om intervjuet skulle gjennomføres eller ikke. Det at jeg opplevde det første intervjuet som så vanskelig, var mine følelser, ikke informanten sine følelser ved å fortelle om hendelsene. Det at voksne mennesker velger å åpne seg er jo ikke et etisk problem i seg selv, men et følelsesmessig problem for meg som

forsker. Informant 6 sier i etterkant av intervjuet noe om hvorfor de aldri tidligere fortalte hendelsene nå kunne fortelles. Dette er noe jeg vil komme tilbake i analysen. ”*Det var merkelig det der, du satt der og sa ikke stort... Men det var tydeligvis nok til at jeg bare kjente trygghet til å fortelle...mine innerste hemmeligheter! Veit ikke, men jeg tror nok at operasjonen og det at jeg har blitt så mye sikrere på meg selv var medvirkende til at historiene kom. Det hadde kanskje skjedd uansett...ikke sikkert at det var så mye akkurat deg, men det at du var tilgjengelig og bare satt der og hørte på meg.*”

I utgangspunktet hadde jeg planlagt intervjutiden til en time. Ett av intervjuene hadde en varighet på en time, mens de fem andre varte mellom to til tre timer. Jeg opplevde det som vanskelig å begrense intervjuene tidsmessig. Dette kan nok i hovedsak tilskrives det personlige og følelsesmessige innholdet i samtalene. Jeg opplevde det som vanskelig å på den ene siden bli tiltrodd personlige fortellinger og samtidig skulle sette begrensninger for tid og innhold. Jeg var jo den privilegerte, den som ble tiltrodd verdifull informasjon til mitt prosjekt. Valget om å la informantene få fortelle om sine opplevelser og erfaringer, ubegrenset av tiden var enkelt idet jeg allerede under det første intervjuet opplevde jeg at den mest interessante uttalelsen om rehabilitering kom først etter nesten to timer.

Fem av intervjuene blei gjennomført som personlige intervju hvor jeg reiste og møtte mine informanter, enten hjemme hos dem eller på arbeidsplassen deres. Det å møte informantene på ”hjemmebane” var også et bevisst valg. Jeg ønsket å møte informantene på en plass hvor de følte seg trygge. Denne tryggheten hadde jeg en formening om kunne bidra til at jeg fikk tilgang til deres erfaringer og opplevelser i etterkant av operasjonen. Blant annet Informant 2 bekreftet tryggheten som hjemmet eller eget kontor kan gi i en slik intervju- sammenheng.

Informant 2: ”*Fint at vi kunne gjøre dette her hjemme hos meg. Jeg blir alltid så stressa når jeg skal til andre...for ikke å snakke om dersom jeg skal på et offentlig kontor! Jeg har alltid strevd med å møte nye folk, før operasjonen unngikk jeg bestandig situasjoner som innebar å treffe nye folk. Det går mye bedre nå etter at jeg har blitt slank, men det sitter i!*”

Intervjuer: ”*Har du grudd deg til jeg skulle komme?*”

Informant 2: ”*Ja, jeg har vært litt stressa i hele dag før du skulle komme. Selv nå, så tenker jeg alltid når jeg skal møte nye folk, at de kommer til å tenke at fysj så feit ho er...!!*”



Det siste intervjuet blei gjennomført over telefon. Grunnene til dette var hovedsakelig lang reiseavstand og begrenset tid og kapasitet fra min side. Jeg fikk tilbakemelding fra informanten om at hun opplevde det uproblematisk å gjennomføre intervjuet over telefon.

## 1.2 **TILNÆRMING TIL ANALYSEN**

Fenomenologi defineres av Kvale og Brinkmann 2009, side 323, som: *”Et filosofisk perspektiv basert på omhyggelige beskrivelser og analyser av bevisstheten med vekt på forskningsdeltakerens livsverdien. Det innebærer å se bort fra forskningsdeltakernes forhåndskunnskap og at en søker etter de beskrevne fenomenenes essensielle og vedvarende betydning.”*

Den tyske filosofen Edmund Husserl (1859 – 1938) regnes som grunnleggeren av fenomenologien. Fenomenologien er i sin grunnleggende form studiet av bevissthet og opplevelse. Martin Heidegger (1889 – 1976), Husserls assistent, videreutviklet fenomenologien til eksistensfilosofi (filosofi som fokuserer på individets eksistens). Heidegger og Husserl utvidet senere fenomenologien til også å omhandle menneskets livsverden. Livsverden defineres av Kvale og Brinkmann 2009, side 324 som: *” Verden slik vi møter den i dagliglivet, uavhengig av og forut for vitenskapelige forklaringer. Slik verden foreligger i direkte og umiddelbare opplevelser.”*

I kvalitativ forskning har fenomenologien vært formidlet av Alfred Schutz (1899 – 1959) og hans Husserl's- baserte fenomenologi om den sosiale verden, av Berger og Lukmann i *The social construction of reality* 1966 og av Harold Garfinkel (1917 - ) i hans undersøkelser av hvordan sosial orden praktisk produseres. I kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som forstår den virkelige verden som den virkeligheten mennesket oppfatter. Her søker en å forstå sosiale fenomen med utgangspunkt i det enkelte menneskets perspektiv samt skildre verden slik den oppleves av det enkelte menneske. Sagt på en annen måte; hvordan bestemte fenomen oppleves av informanten(Kvale og Brinkmann 2009).

Med utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv, vil det i det kvalitative forskningsintervjuet, være informantens livsverden og fortolkningen av meningen med fenomenene som søkes. ” *Ved å innsnevre intervjuet til den opplevde betydningen av intervjupersonens livsverden har fenomenologien vært relevant for avklaring av forståelsesformen i den kvalitative forskningsintervjuet*” (Kvale og Brinkmann 2009, side 46). Den fenomenologiske betydningen for kvalitativ forskning ble systematisert, anvendt og reflektert over av blant annet av psykologen Giorgi (1992, 1994) og hans kolleger. Giorgi har utviklet et system for hvordan en fenomenologisk analyse kan foregå. Han beskriver trinnene i dette analysesystemet som; første forståelse av helheten, meningsbærende elementer, beskrivelse, fortolkning og teoretisk tolkning (Kvale og Brinkmann 2009).

For å forstå hva personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi har erfart og opplevd har jeg som tidligere beskrevet benyttet semistrukturerte intervju. Gjennom denne metoden har jeg innhentet beskrivelser av mine informanternes livsverden og i analysen forsøkt å beskrive og fortolke meningene som ble beskrevet, for så å gjøre en teoretisk tolkning av empirien.

Analysen av intervjuene er gjort i flere omganger. I første omgang, ble lydopptakene transkribert og notatene skrevet ut. Etter transkripsjonen satt jeg igjen med et, i alle fall for meg, omfattende materiale med skrevet tekst. Det jeg i første omgang gjorde, var å gå gjennom intervjuene hver for seg. Jeg leste, noterte, merket av, fortettet viktige setninger og uttalelser og leste på nytt, for så igjen notere og merke av sekvenser eller dialoger jeg fant tredde ut av fortellingene. I andre omgang sammenlignet jeg intervjuene med hverandre. I arbeidet med å sammenligne intervjuene fargekodet jeg sekvenser i intervjuene som enten sto i kontrast til hverandre eller som lignet. Samtidig som jeg fargekodet likheter og ulikheter brukte jeg flittig tankekart. Dette kartet har vist seg å være nyttig i arbeidet med analysen. Kartet jeg har laget underveis med stikkord og notater, har vært kodet med farger opp mot intervjuutskriftene, noe som har gjort det lettere å finne tilbake til bestemte sekvenser i utskriftene. Det jeg oppdaget underveis, var at jeg nok i mange flere omganger kunne gått gjennom utskriftene og funnet nye og interessante innfallsvinkler til temaet. Materialet var som sagt stort, men jeg er der nå at jeg føler at jeg har funnet kjernen i det mine informanter har erfart og opplevd i etterkant av operasjonen.

## **KAPITTEL 2**

### **2.0 BAKGRUNN**

#### **2.1 OVERVEKT OG FEDME, ET INTERNASJONALT OG NASJONALT FENOMEN.**

Overvekt og fedme er av WHO definert som ”*abnormal or excessive fat accumulation that may impair health*” (WHO/World health organization). I Store Norske Leksikon defineres overvekt som en ”...*tilstand med for store energilagre i form av fettvev. Den lagrede energien er lik forskjellen mellom energiinntak og organismens samlede energiforbruk*” (Store Norske Leksikon 2008).

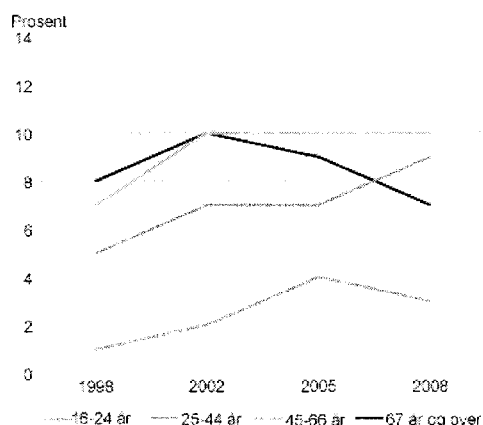
I følge WHO ses vektøkning over hele verden. WHO anslår at det i 2005 var 1,6 milliarder overvektige mennesker (voksne over 15 år) i verden, og at minst 400 millioner mennesker (voksne over 15 år) i verden hadde fedme, det vil si en kroppsmasseindeks høyere enn 30kg/m<sup>2</sup>. Videre rapporterer WHO om at det globalt i 2005 var 20 milliarder barn under 5 år som var definert som overvektige. WHO beregner at det globalt i 2015 vil være 2,3 milliarder overvektige voksne i verden og at mer enn 700 millioner voksne vil ha fedme (WHO/World health organization).

WHO definerer overvekt og fedme med utgangspunkt i Body mass index (BMI), som er et uttrykk for vekt i forhold til høyde. BMI benyttes internasjonalt for å måle og sammenligne helserisiko. BMI er imidlertid ikke alltid like egnet for å vurdere enkeltpersoners helse idet flere andre faktorer kan være medvirkende i det en skal vurdere helse og sykdomsrisiko (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2008).

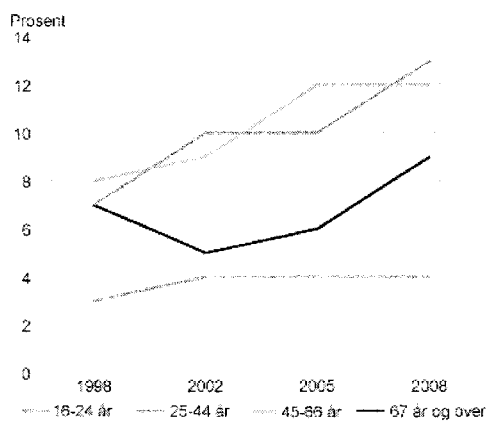
<b>Tabell 1:</b>	<b>WHOs definisjoner</b>
<b>Betegnelse</b>	<b>KMI, kg/m<sup>2</sup></b>
Undervekt	Under 18,5
Normal vekt	18,5 – 24,9
Overvekt	25-29,9
Fedme	Grad 1: 30-34,9 Grad 2: 35-39,9 Grad 3: 40 -

Tallene fra verdens helseorganisasjon viser at overvekt og fedme er et stort og stadig økende problem globalt. Tall fra Levekårsundersøkelsen 2008; *Helse, omsorg og sosial kontakt* utført av Statistisk sentralbyrå viser at dette ikke bare er et globalt fenomen og problem; "Én av fire nordmenn over 16 år var overvektige i 2008. Andelen overvektige nordmenn har økt med 7 prosentpoeng de siste ti årene. Det er særlig menn som eser ut" (Statistisk sentralbyrå 2009). Tallene fra SSB viser at i 2008 var knapt en tredel av alle menn over 16 år er overvektige i Norge, mens en femtedel av alle kvinner over 16 år i Norge var overvektige. Undersøkelsen viser også at overvekt og fedme forekommer i økende grad blant ungdom i alderen 16- 24 år, for denne gruppen har andelen med overvekt gått opp fra 7 til 12 prosentpoeng i perioden 1998 til 2008 (Statistisk sentralbyrå 2009).

Andel kvinner med alvorlig overvekt (fedme), etter aldersgrupper. 1998, 2002, 2005 og 2008. Prosent



Andel menn med alvorlig overvekt (fedme), etter aldersgrupper. 1998, 2002, 2005 og 2008. Prosent



(Statistisk sentralbyrå 2009)

Personer med en kroppsmasseindeks over 30 kg/m<sup>2</sup> har statistisk sett en økt risiko for en lang rekke sykdommer; type 2 diabetes, sykdommer i galleveiene, pustestopp om natten (søvnapnoe), hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft hos menn. Det er ingen klare BMI- terskler eller verdier for når risiko for utvikling av sykdom er større eller mindre. Overvekt og fedme, kan forklares med en kombinasjon av miljø, arv og biologiske faktorer (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2004).

Det er alvorlige helsemessige konsekvenser, i tillegg påløper store samfunnsøkonomiske kostnader. Sykelig overvekt er betraktet som en alvorlig og kronisk sykdom som også kan medvirke til utvikling av ulike psykiske lidelser. Pasientgruppen med sykelige overvektige er sammensatt og mange vil kunne ha behov for tiltak innen psykisk helsevern samtidig som de trenger somatiske helsetjenester for å kunne klare å redusere både vekt og følgesykdommer. Det at pasientgruppen er så sammensatt krever tverrfaglighet i helsetjenestene (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2004).

I følge nasjonale retningslinjer kan pasienter med sykelig overvekt henvises til spesialisthelsetjenesten idet behandlingsmålet ikke er nådd i primærhelsetjenesten. Kriteriene om en BMI over 40kg/m<sup>2</sup> og vesentlig redusert livskvalitet grunnet fedme må imidlertid være tilstede. Imidlertid tid kan en BMI mellom 35- 40 kg/m<sup>2</sup> med alvorlige følge- sykdommer relatert til fedme og som i vesentlig grad kan helbredes eller bedres ved en vektreduksjon kvalifisere for operasjon. Kriterier for behandling ved private klinikker samt i utlandet er ulike og er gjeldene for den enkelte klinikk. For kirurgisk behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten, er det de samme nasjonale retningslinjene for henvisning som for behandling. Veiledende aldersgrenser for overvektskirurgi ved norske offentlige sykehus er 18 til 60 år (Helse Nord 2007).

Det finnes i hovedsak to typer operasjon ved sykelig overvekt: *restriktive prosedyrer*; størrelsen på magesekken reduseres og *malabsorptive prosedyrer*; større eller mindre deler av tynntarmen omkobles. I Norge er den mest vanlige operasjonsmetoden en kombinasjon av disse to prinsippene, dvs. at magesekken reduseres og tynntarmen blir omkoblet (Løvig 2008).

Forebygging og behandling av overvekt er basert på endring av livsstil. Det finnes ulike verktøy eller veier for å nå målet om vektreduksjon. Fedmekirurgi er et av verktøyene eller veiene en kan gå for å redusere vekten og faren for følgesykdommer (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2004).

## **2.2 FEDMEREDUSERENDE KIRURGI**

### **2.2.1 Fedmereduserende kirurgi i et historisk perspektiv.**

I tidsskriftet *Kirurgen*, No.4/2008, Norsk Kirurgisk Forening gir Torgeir Løvig en historisk oversikt over overvektskirurgi med spesiell fokus på utviklingen i Norge. Kirurgisk behandling av sykelig overvekt skriver seg tilbake til 1950-tallet. Den første operasjonen av overvektskirurgi ble utført av kirurgen Viktor Henriksson ved sykehuset i Göteborg i 1952. Dette var en irreversibel operasjon hvor et stort stykke tynntarm ble fjernet. Denne måten å kirurgisk behandle pasienter med overvekt på ble i etterkant betraktet som uakseptabel og ble seinere erstattet med andre og reversible operasjoner. På midten av 1950-tallet utførte kirurgene Kremen og Linnars den første intestinale bypassoperasjonen (omkobling av tarmen). Dette var en metode som ble mye brukt i Norge på 1970-tallet. Imidlertid viste det seg at denne operasjonsmetoden hadde betydelige bivirkninger noe som resulterte i at den i liten grad ble brukt etter 1980 (Løvig 2008).

På slutten av 1970-tallet startet norske kirurger med gastric bypass operasjoner (inngrep som gjør magesekken mindre og begrenser opptaket av føde i tarmen). I løpet av 1980-tallet ble det utført ca 80 slike operasjoner ved Ullevål sykehus. Samtidig ble det i samme tidsrom utført gastroplastiske operasjoner, der magesekken - og tynntarmens lengde reduseres. Ved sentralsykehuset i Østfold ble det videre utviklet en metode som fikk navnet gastric banding, en metode som reduserte magesekken ved hjelp av et bånd, noe som reduserte muligheten for matinntak. Gastric banding var den operasjonsmetoden som i hovedsak ble benyttet i Norge på 1980-tallet, og mer enn tusen pasienter gjennomgikk denne operasjonen (Løvig 2008).

På slutten av 1980-tallet, stoppet imidlertid den kirurgiske behandlingen av overvektige opp i Norge. I følge Løvig var dette dels forårsaket av økonomiske innstramminger samtidig som at komplikasjoner knyttet til operasjonene økte, noe som resulterte i at det på 90-tallet så og si ikke ble foretatt fedmeoperasjoner i Norge. Personer med sykelig overvekt stod derav uten et kirurgisk behandlingstilbud på 90-tallet (Løvig 2008).

I 2004 ble det fra politisk hold bestemt at alle helseforetakene i Norge skal tilby kirurgisk behandling av sykelig overvekt. Det ble samtidig nedsatt en interregional arbeidsgruppe for

behandling av sykkelig overvekt hos barn/ungdom og voksne. Arbeidsgruppens mandat var å utarbeide anbefalinger for behandling av sykkelig overvekt hos barn/ungdom og voksne i spesialitshelsetjenesten. Kommunale behandlingstiltak blir sikret i Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av sykkelig overvekt og fedme utgitt av Sosial- og helsedirektoratet 03/2004 (Helse Nord 2007).

Fra 2004 og fram til 2008 ble det utført cirka 2900 operasjoner grunnet sykkelig overvekt ved norske sykehus. I tillegg til dette tallet kommer pasienter operert ved private klinikker og i utlandet. I 2008 var det ni offentlige sykehus i Norge som utførte fedmereduserende kirurgi (Løvig 2008). Ved Nordlandssykehuset, avdeling Bodø ble det i 2008 utført 47 operasjoner grunnet sykkelig overvekt (<http://www.sykehusvalg.no/>).

Fedmereduserende kirurgi utført i spesialisthelsetjenesten er som presentert et mulig behandlingsalternativ ved sykkelig overvekt. Det er som sagt ulike kriterier som må oppfylles før kirurgisk behandling i det offentlige er et alternativ. Ved private klinikker og i utlandet er det spesifikke kriterier ved den spesifikke klinikken som ligger til grunn for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt.

Tre av mine informanter ble operert ved offentlige sykehus, de ventet i gjennomsnitt to år på den fedmereduserende operasjonen. Flere av informantene uttrykte at å måtte vente to år på en livsviktig operasjonen ble opplevd av dem, som respektløst. De tre informantene som hadde blitt operert ved private klinikker fortalte om en skamfølelse av å ha muligheten til å kjøpe seg ut av køen. Operasjonen ved en privat klinikk koster mellom 70- og 140000 kroner, avhengig av type operasjon. De informantene som var operert offentlig fortalte at de økonomisk ikke hadde hatt mulighet til å kjøpe seg ut av køen.

## 2.2.2 *Behandlingsmålsetting.*

Behandlingsmålsettingen for den offentlige spesialisthelsetjenesten ved fedmereduserende kirurgi er *”bedre helse og reduksjon eller fravær av fedmerelatert sykdom.”* (Helse Nord 2007, side 4).

I rapporten *”Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten - voksne”* finner jeg at *”Livsstilsendring er fundamentet og fellesnevneren i all behandling av sykkelig overvekt, enten det gjelder forebyggende tiltak, atferdsterapi, medikamentell- eller kirurgisk behandling. Helsetjenestens behandlingstiltak skal støtte opp under og bidra til at de som har vektrelaterte helseproblemer blir i stand til å gjennomføre og vedlikeholde helsefremmende atferd.”* Videre; (...) *”Behandlingen krever stor egeninnsats og motivasjon fra pasienten, og tverrfaglig hjelp både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Det må sikres samordning mellom tjenestetilbud på de ulike nivå og samarbeid med frivillige organisasjoner.”* (Helse Nord 2007, side 4).

At livsstilsendring er nødvendig dersom kirurgisk behandling av overvekt skal resultere i bedre helse og reduksjon eller fravær av fedmerelatert sykdom er noe som alle mine informanter bekreftet. Informantene betraktet operasjonen som en start, eller mulighet, for å gå ned i vekt, ikke ene og alene løsningen på deres overvektsproblem.

Informantene gir i intervjuene ulike uttrykk for denne livsstilsendringen og den hjelpen de opplever at de har mottatt i etterkant av operasjonen. Opplevelsene og erfaringene er ulike, men alle forteller om et liv og en helse i endring og bedring, om vektnedgang og om reduksjon av fedmerelatert sykdom. Behandlingsmålet i spesialisthelsetjenesten vil kunne betraktes som oppnådd eller oppnåelig for mine informanter. Dette til tross; selv om målet om bedre helse og reduksjon eller fravær av fedmerelatert sykdom er tilstede, viser intervjuene at dette målet for informantenes del handler mest om det fysiske - og mindre om det psykiske aspektet etter gjennomgått fedmeoperasjon. Kun en av mine informanter fortalte om fysiske komplikasjoner etter operasjonen, mens alle seks informantene, i større eller mindre grad, hadde erfart psykiske reaksjoner i etterkant av operasjonen.

Foregående er de historiske, medisinske og tekniske sidene ved fedmereduserende kirurgi forsøkt kortfattet beskrevet. Dette for å gi en illustrasjon på det medisinske aspektet ved



denne typen kirurgi. Denne medisinske behandlingen illustrerer hva som skjer med kroppen ved et slikt inngrep. Men hva skjer med selvet, eller som flere av informantene uttrykte det; *hodet* i etterkant av fedmereduserende kirurgi? Analysen vil forsøke besvare dette spørsmålet nærmere.

## **2.3 REHABILITERING**

### **2.3.1 Brobygging.**

Vi som mennesker er forskjellige, vi lever i større eller mindre grad forskjellige liv. Men selv om vi lever våre liv ulikt, er likevel organiseringen av livene våre preget av likehetstrekk. Sosiale normer og forventninger styrer våre livsløp fra begynnelse til slutt. Det er klare oppfatninger om hvordan livsløpet bevege seg gjennom barndom, ungdom, voksen og gammel. Forventningene om hvordan disse "tidene" av livet skal leves, er mer eller mindre bestemt på forhånd.

Disse normene og forventningene er i det livet går sin "normale gang" ikke noe vi nødvendigvis opplever som styrende eller bestemmende. Heller kan det være slik at disse normene og forventningene legger et grunnlag for sosial trygghet og fellesskap som muliggjør for at vi føler at vi "kjenner" våre liv. Når så det livet vi kjenner brytes, når vi selv eller våre nære erfarer for eksempel ulykker, alvorlig sykdom eller kriser av sosial art oppstår brudd. Nå er det ikke slik at alle som erfarer brudd har behov for rehabilitering eller at alle som får behov for rehabilitering opplever det som et brudd. Ulike mennesker håndterer ulike brudd på ulike måter. Det brudd i de aller fleste tilfellene handler om er å finne en meningsfull sammenheng mellom livet før og etter hendelsen. Rehabiliteringsarbeidet handler i mange tilfeller om å bygge meningsfulle broer over slike brudd slik at livet igjen kan henge sammen samtidig som vanskelige tider i livet kan omgjøres til erfaringer som beriker oss som mennesker. Rehabilitering handler om å gi støtte og bistand i brobyggingen. (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006)

### **2.3.2            *Hva er habilitering og rehabilitering?***

I Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk*, defineres ulike utfordringer; samhandling, brukermedvirkning, kvalitetsutvikling, de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene og ressursituasjonen. I Stortingsmeldingen beskrives det som et stort problem at ulike faggrupper og sektorer forstår og tilnærmer seg rehabilitering og rehabiliteringsbegrepet ulikt. Stortingsmeldingen resulterte i to forskrifter: *Forskrift om rehabilitering og habilitering* og *Forskrift om individuell plan*.

I *Forskrift om rehabilitering habilitering* og som trådte i kraft 1. Juli 2001, defineres habilitering og rehabilitering slik:

*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.*

I definisjonen av habilitering og rehabilitering har brukeren en sentral plass. Begrepet bruker benyttes idet en snakker om personer som har funksjonsnedsettelse og som mottar tjenester og ytelser fra flere instanser samtidig. Begrepet bruker er etter hvert blitt et mer eller mindre allment begrep. Tradisjonelt har de ulike fagområdene hatt sine egne benevnelser; i helsevesenet snakkes det om pasienter, i sosialtjenesten om klienter, i skolen om elever og så videre.

### **2.3.3            *Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming.***

Rehabiliteringstilbudet benyttes og gjelder for alle som har en eller annen funksjonsnedsettelse (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006). I NOU 2001: 22, *Fra bruker til borger*, skilles det mellom funksjonsnedsettelse og funksjonshemming:

*Med funksjonsnedsettelse eller redusert funksjonsevne, forstås tap av, skade på eller avvik i kroppsdelen eller i en av kroppens psykiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner.*

*Betegnelsen funksjonshemming benyttes om personer som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav.*

Definisjonen av funksjonsnedsettelse, omfatter ikke *sosiale funksjoner* og derav heller ikke personer som har redusert funksjonsevne som følge av sosiale problemer eller isolasjon. Flere av mine informanter fortalte om problemer med å delta i sosiale sammenhenger og om mange år med isolasjon som følge av redselen for andre menneskers reaksjoner på deres overvekt (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006).

I så henseende vil ikke definisjonen av funksjonsnedsettelse være dekkende for personer som på grunn av overvekt ikke kan delta sosialt i sosiale sammenhenger på grunn av reell eller innbilt frykt for diskriminering. En av informantene fortalte at hun sluttet å gå i butikken for å handle. Hun fryktet at noen skulle kommentere overvekten hennes. En annen fortalte om en reell diskriminering på hans overvekt fra arbeidskolleger, noe som resulterte i at han jevnlig var sykemeldt i kortere og lengre perioder. I periodene hvor han var sykemeldt isolerte han seg i sitt eget hjem, han hadde i disse periodene ikke kontakt med noen.

Definisjonene av funksjonsnedsettelse og funksjonshemming, innebærer en forståelse av at mennesker som har funksjonsnedsettelser ikke nødvendigvis alltid er funksjonshemmede. Graden av funksjonshemming, avhenger ikke bare av funksjonsnedsettelsen, men like mye om hvilke krav samfunnet stiller, hva som betraktes som normal funksjonsevne og hvordan samfunnet er tilrettelagt. Funksjonshemming er dessuten avhengig av situasjonen (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006) To av informantene beskrev at de ikke maktet å forholde seg til sosiale sammenhenger med nye og ukjente mennesker. I en slik sammenheng kunne de betraktes som funksjonshemmede. I trygge og kjente omgivelser var ikke denne redselen tilstede og de hadde følgelig heller ikke noe problem med å delta i kjente og trygge sosiale sammenhenger.

### **2.3.4 Målgruppen.**

Målgruppen for rehabilitering er stor og omfattende; barn, unge, voksne og eldre. Idet årsaken til den reduserte funksjonsevnen og om den nedsatte funksjonsevnen i hovedsak er av fysisk, psykisk, biologisk, sosial eller av en sammensatt art, favner målgruppen bredt. Det som imidlertid slås fast av Stortingsmelding 21 (1998- 99) er at *alle* som fyller disse kriteriene har krav på relevante rehabiliterings tilbud (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006)

Da Stortingsmelding 21 (1998- 99) kom, var det første gang Stortinget behandlet rehabilitering som et samlet område. Denne meldingen ble et skritt på veien mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk som var gjeldene for alle som har en funksjonsnedsettelse som har behov for planlagte, sammensatt og koordinert bistand for å nå individuelle mål. Rehabilitering var ikke lenger begrenset til å dreie seg om opptrening av fysiske funksjonssvik, men til å bistå den som trenger det til å delta på egne premisser og på lik linje med andre mennesker i samfunnet (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006).

### **2.3.5 Rehabilitering som virksomhetsområde.**

Som virksomhetsfelt, retter rehabilitering seg ut mot det enkelte individ. Den som har behov for bistand er i rehabiliteringsarbeidet den helt sentrale aktøren. Det vi som bistandsyttere skal gjøre, er å støtte opp under og gi bistand slik at den det gjelder kan ha mulighet til å nå de mål som er satt.

Derav kan ikke rehabilitering være ett tiltak eller en enkelt tjeneste, men et helhetlig tilbud som rommer alle tjenestene og ytelsene som må til for at brukeren skal kunne realisere sine drømmer og mål. Dersom intensjonene i Stortingsmeldingen og Forskriften skal tas på alvor, innebærer det at rehabilitering ikke har ett bestemt innhold og at den heller ikke nødvendigvis må skje innenfor spesiell institusjoner (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006).

Rehabilitering er noe som må defineres på nytt, for hver enkelt individ. I denne individuelle prosessen dreier det seg i mange tilfeller om å gjenvinne kontroll over eget liv. Det handler om å bygge bro mellom det som har oppstått, mellom det som var før og det som er nå (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006). For mine informanter handlet det om å finne en mening mellom livet før og etter operasjonen. Operasjonen fikk for mine informanter en karakter som lignet på brudd.

### **2.3.6 Rehabilitering som prosess**

I følge definisjonen av rehabilitering, handler det om en prosess. Ordet prosess har sitt opphav i biologi og kjemi, og henspeiler på utviklingsforløp. I rehabiliteringssammenheng viser begrepet prosess ikke bare til biologiske og kjemiske forløp, men nok mer til sosiologiske og psykologiske forløp. I et rehabiliteringsperspektiv henspeiler begrepet prosess på noe spesifikt. Ordet prosess i så henseende peker på det forløpet det enkelte individ gjennomgår og sammenhengen de ulike instansene inngår i, og som det knyttes forventninger til. Denne prosessen drives framover ved samhandling mellom de som yter bistand, med det som mål å oppnå utvikling eller forandring. Prosessene i rehabiliteringssammenheng skal i følge definisjonen være tidsavgrensede prosesser. Dette betyr at det skal settes tidsrammer for prosessen, noe som muliggjør evaluering av de mål og virkemiddel som inngår i prosessen (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006).

Forskriften om habilitering og rehabilitering understreker at rehabilitering skal være en samarbeidsprosess. Med dette menes samarbeidet mellom bruker (og eventuelt pårørende) og bistandsyttere. Samarbeid mellom de ulike bistandsytterne, enten de befinner seg på kommunalt - , fylkes - eller statlig nivå en del av denne samarbeidsprosessen som understrekes i definisjonen av habilitering og rehabilitering. (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006).

For mange av mine informanter handlet tida etter operasjonen om å finne fotfestet igjen, om å bygge broer og om å finne mening i en ny tilværelse. Alle informantene hadde en formening om hva rehabilitering burde være. Denne generelle oppfatningen stod, i mange tilfeller, i kontrast til den rehabiliteringen de hadde erfart etter operasjonen.

## **KAPITTEL 3**

### **3.0 ANALYSE**

#### **3.1 AVKLARINGER**

Analysen har som siktemål å finne en dypere forståelse for hva personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi erfarer i etterkant av operasjonen. Jeg har gjennom analysen søkt innsikt i hvordan de forholder seg til sin livsverden. Med livsverden forstår jeg her, mine informanternes forståelse av sin hverdag og hvordan de forholder seg til denne hverdagen.

*Det kvalitative forskningsinterview forsøker at forstå verden fra interviewpersonernes synspunkt, utfolde meningen i folks opplevelser, afdække deres livsverdien, førend der gives vitenskapelige forklaringer (Kvale, 2002, side 15)*

I analysen vil jeg fortelle min fortelling om det informantene fortalte meg. Fortellingen bygger på mine informanternes erfaringer og opplevelser. Gjennom analysen vil jeg forsøke å fortelle hva deres erfaringer handlet om. Erfaring som begrep defineres annerledes i fenomenologien enn i andre vitenskapsfilosofiske retninger. Erfaring betraktes i fenomenologien å lede til kunnskap som noe, som er utenfor mennesket, noe som mennesket kan "få" (Bengtson 1993). Med erfaringer i oppgavens sammenheng, forstår jeg de situasjoner som mine informanter opplevde som betydningsfulle og meningsbærende. Erfaringene består ikke kun av konkrete hendelser, men også de tankene og refleksjonene informantene knyttet til hendelsene.

*"Erfaringer er opplevelser som er meningsbærende. Det vil si at en erfaring ikke kun består av den konkrete hendelsen i en bestemt situasjon, men også av den meningen som personen(e) knytter til hendelsen. Erfaringer er opplevde situasjoner som den erfarende ser som betydningsfulle. Det er situasjoner hvor en lærer noe." (Kirkevold, 1993, side 60).*

Begrepet erfaringer oppfattet jeg at alle mine informanter forstod i retning av hva Kirkevold skriver. I det jeg spurte om hva de hadde erfart, hvordan de hadde erfart osv, fortalte de om,

for dem viktige hendelser de hadde erfart etter operasjonen. De forsøkte å gi mening og forståelse for hendelsene, både ovenfor seg selv og ovenfor meg som forsker. Sitatet fra intervjuet med Informant 5 illustrerer denne forståelsen:

*”Jeg blei litt stressa da jeg leste den der intervjuguiden din! Det var så mange fine ord der som jeg ikke går rundt og bruker om dagen. Særlig det der med erfaringer grunna jeg på. Men så kom jeg fram til at det måtte jo være ting jeg har opplevd etter operasjonen som har vært viktige for meg. Det er sånn?”* (Informant 5)

### **Hva rommer så min fortelling om det mine informanter fortalte om sine erfaringer etter operasjonen?**

Min fortelling om mine informanternes livsverden og erfaringer etter operasjonen handler om for det første; *om operasjonen som en sjelsettende opplevelse*. For det andre handler den om *en husket kropp og et glemt hode*. For det tredje handler fortellingen om *en frarøvet selvtillit som gjenvinnes og de konsekvensene dette får for informantenes livsverden i etterkant av operasjonen*.

## **3.2 OPERASJONEN SOM EN SJELSETTENDE OPPLEVELSE.**

### **3.2.1 Å miste fotfestet**

Det mine informanter fortalte om sine erfaringer med å gjennomføre den fedmereduserende operasjonen var at den ble et vendepunkt. For noen av informantene førte dette vendepunktet til at de mistet fotfestet.

Jeg har tidligere i oppgaven skrevet om brudd, og om å miste fotfestet. Brudd handler om hvordan mennesker som eksempelvis erfarer sykdom, ulykker og kriser, håndterer dette, i forhold til et forventet livsløp. For mennesker som opplever brudd, handler det om å gjenskape en sammenheng som gir mening til det livet som skal leves etter hendelsen.

I 1997, gav Gay Becker, professor i medisinsk antropologi ved University of California, ut boken *Disrupted lives. How people create meaning in a chaotic world*. Becker har gjennom mange år, gjennom ulike prosjekt intervjuet mennesker som har opplevd uventede brudd. Gjennom boken formidler Becker hvordan ulike mennesker håndterer ulike brudd, i forhold til et forventet livsløp. For mennesker som opplever brudd, handler det om å gjenskape en sammenheng mellom livet før og etter denne hendelsen.

Ikke alle slike hendelser/brudd fører til behov for et rehabiliteringstilbud, og heller ikke alle de som har behov for et rehabiliteringstilbud opplever hendelsen som et brudd. Men mange gjør det. For mine informanter, fikk operasjonen en karakter av brudd.

Brudd inntreffer på ulike måter. For noen kan en slik alvorlig hendelse utarte seg som en bombe som treffer. Jeg husker en venn av meg fortalte at det å føde et barn med en alvorlig hjertefeil var som om, ikke bare ett, men tusen lyn traff deg. Det kan være at vi eller våre nære blir utsatt for en alvorlig ulykke som fører at vi blir lam, blir blind eller mister en kroppsdel. Eller det kan være at vi helt uventet opplever å få en alvorlig sykdom, for eksempel et hjerneslag som fører til lammelser og tap av språk. Bruddet eller følelsen av å miste fotfestet kan også være forårsaket av at vi rammes av sykdom som det er knyttet redsel, forestillinger og myter om. Dette kan være for eksempel være lungekreft eller Alzheimers sykdom (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006).

Brudd handler ikke i alle tilfeller om sykdom eller hendelser som rammer plutselig, for mange kan opplevelsen av å miste fotfestet være forankret i en langsom prosess. I det opplevelsen av å miste fotfestet oppleves slik, kan dette være forårsaket for eksempel av gradvis tap av syn eller hørsel som fører til at den det gjelder må erkjenne behovet for hjelpemidler og kanskje samtidig må definere seg selv og funksjonstapet på nytt. Eller det kan være er en rusmiddelavhengighet som er kommet ut av kontroll og som fører til handlinger som bryter med det som er allment akseptert og som igjen fører til ekskludering og tap av anseelse og verdi som menneske eller blir straffet gjennom rettsvesenet. Et annet eksempel er mistanken om at en har en alvorlig og kronisk muskel – eller leddsykdom som gjør at ikke lenger klarer seg uten hjelp og dermed blir avhengig av andre for å klare seg i dagliglivet (Normann, Tveit Sandvin og Thommesen 2006).



Møtet jeg hadde med ei kvinne som hadde fått bekreftet sin mistanke om MS (multippel sklerose) etter mange år, og som fortalte at hun måtte revurdere hele sin eksistens kan være et annet eksempel på hendelser og brudd som er forankret i en langsom prosess. For denne kvinnen, ble bekreftelsen på sykdommen, et alvorlig brudd. Hun måtte planlegge og tenke sitt liv med utgangspunkt i helt andre forutsetninger enn hva hun fram til bruddet hadde gjort.

For mine informanter ble operasjonen en sjelsettende hendelse. Jeg tenker at operasjonen i seg selv, med utgangspunkt i Becker ikke kan betraktes som et sådant brudd. Operasjonen var planlagt og forventet. Utgangspunktet for informantene forut for operasjonen var at de var sykkelig overvektige, samt at noen av informantene hadde utviklet fedmerelaterte sykdommer. Operasjonen førte for alle mine informanter til vektneidgang og fravær eller reduksjon av fedmerelatert sykdom. For personer som gjennomgår fedmereduserende kirurgi er det forventninger og behandlingsmål om vektreduksjon og bedre helse. For mange av mine informanter fikk imidlertid operasjonen noen av de samme karakterene som de bruddene som Becker beskriver. Dette kommer jeg tilbake til.

Gay Becker poengterer at mennesker som opplever slike sjelsettende brudd, ikke bare kan bli angstfylte og fortvilte, men at de også kan oppleve det hun kaller kaos. Noen opplever tap av identitet. Dette var noe alle mine informanter fortalte om. De fortalte om følelsen av å ikke lenger vite hvem de var, verken inni eller utenpå, noe som gav en udefinerbar følelse og tilhørighet til fellesskapet. Brudd kan i følge Becker føre til et bevisst eller ubevisst behov for å gjenskape helhetsfølelsen og orden, samt gjenopprette kontinuitet i livet. Disse bevisste eller ubevisste behovene har det som siktemål å gjenvinne kontroll over eget liv (Becker 1997).

Kathy Charmaz gjorde i 1997 en studie av menn med alvorlig, og tidvis livstruende sykdom. I denne studien, fant Charmaz at opplevelsen av sykdom og det bruddet den medførte, både var av negativ og positiv art. Mennene opplevde sykdommen både som en trussel og en mulighet. Trussel idet den for det første truet mennenes liv og for det andre truet tidligere planer for livet. Mulighet idet sykdommen åpnet for andre verdivalg enn det mennene tidligere i livet hadde valgt. Mange av mine informanter opplevelse av operasjonen fikk en karakter som ved brudd slik Becker beskriver. Men det som preget fortellingene til mine informanter når det gjelder opplevelsen av operasjonen, er at alle snakker om både positive og negative konsekvenser. Operasjonen truet deres tidligere livsverden, men den ga også mulighet til andre valg og verdier enn hva de tidligere i livet hadde foretatt.

Jeg har i mange år jobbet innenfor rehabiliteringsfeltet, og min erfaring med mennesker som opplever brudd eller sjelsettende hendelser ikke nødvendigvis erfarer at hendelsen (eks ulykken, hjerneslaget, det å få et sykt barn) i seg selv, eller de vanskeligheter (eks smertene, afasien, funksjonstap, operasjonene av det syke barnet) sykdommen, skaden eller den sosiale krisen har ledet til som den største trusselen eller bøygen. Det jeg har erfart betyr vel så mye, er hvordan menneskene som er rundt denne personen reagerer og på de sosiale konsekvensene disse reaksjonene får. Mine informanter beskrev at de i etterkant av operasjonen opplevde at andre mennesker, hadde andre forventninger til dem etter operasjonen enn hva de hadde før operasjonen. Dette vil jeg komme tilbake til.

Livet i etterkant av et brudd eller en sjelsettende hendelse (for eksempel operasjonen mine informanter gjennomgikk) kan vanskeliggjøres av ulike forhold. For noen kan det største problemet være at livet etter bruddet oppleves som en labyrint i de tjenester, ytelser, rettigheter og plikter som finnes i velferdssamfunnet. For andre kan det være at de ikke kommer seg fram i nærmiljøet, at omgivelsene ikke er tilrettelagt slik at for eksempel svaksynte, rullestolbrukere eller hørselshemmede kan bevege seg utendørs uten bistand og hjelp. Andre igjen kan oppleve holdninger og manglende forståelse fra andre oppleves som det høyeste hinderet. Mange av mine informanter hadde både før og etter operasjonen følt seg diskriminert, trakassert, stemplet og sosialt isolert.

For å finne fotfestet etter ett brudd eller en sjelsettende hendelse, kan det å få fortelle om sin livsverden være starten på en ferd mot gjenvinning av kontroll over eget liv. Jeg har mange ganger i sykepleiefaglig sammenheng erfart at det å få fortelle livshistorien, med egne ord, kan få en avgjørende betydning av hvordan bruddet eller hendelsen takles og håndteres. For mange år siden jobbet jeg ved en infeksjonsmedisinsk avdeling ved et sykehus. Her jobbet jeg i et prosjekt med HIV- positive. Min jobb bestod i at jeg var tilgjengelig for samtale etter at de HIV- positive hadde vært til kontroll hos legen. Disse samtalene hadde ikke noen veiledende eller terapeutisk hensikt, hensikten var rett og slett at å være tilgjengelig. Gjennom denne tilgjengeligheten fikk jeg tilgang til mange livshistorier, for det var det de HIV- positive brukte vår tilgjengelighet til; til å fortelle om hvem de var, hva de tenkte, hvordan de var blitt de menneskene de var, om foreldre, om kona, om ungene eller om andre ting som de fant betydningsfulle og viktige i deres livshistorie. Gjennom disse samtalene uttrykte mange av de

HIV- positive, at det at noen satt der og lyttet til deres historier hadde stor betydning for hvordan de taklet bruddet som diagnosen deres innebar.

Å komme videre etter et brudd eller en sjelsettende hendelse handler altså om å på en eller annen måte få livet før og bruddet eller hendelsen til å henge sammen med livet etter bruddet eller hendelsen. Samtidig som det handler om å omgjøre vanskelige og tunge stunder til berikende erfaringer.

### **3.2.2            *Sjelsettende opplevelser.***

For mine informanter, fikk som tidligere nevnt, med utgangspunkt i Becker, operasjonen karakter av brudd. Jeg vil derfor i det videre ikke benevne operasjonen som et brudd, men som en hendelse eller sjelsettende opplevelse. Før jeg presenterer operasjonen som en sjelsettende opplevelse for mine informanter, vil jeg si noe om hvordan jeg tenker og forstår begrepet sjel og sjelsettende opplevelser.

Sjel er et flertydig begrep innenfor filosofi, religion og medisin, og brukes i betydningen av det som det levende mennesket har til forskjell fra det som er dødt. Sjelen er det ikke-stofflige bærer av det som er spesifikk for det menneskelige, altså noe mer enn det som er legemlig. Sjel knyttes opp mot begrepet sinn som vektlegger i større grad enn sjel, tanker og fornuft (Store Norske Leksikon 2008). Med sjelsettende opplevelse forstår jeg i oppgavens sammenheng, opplevelser som gjorde noe med, som rystet og som endret mine informanternes tidligere oppfatninger av seg selv og sine omgivelser. Operasjonen ble en opplevelse som førte til endringer og som stilte eksistensielle spørsmål ved deres tidligere og nåværende livsverdi. Operasjonen ble en opplevelse som vil prege og være en del av informantene og deres livsverden for resten av livet.

Som tidligere nevnt, betrakter jeg operasjonen som en sjelsettende opplevelse og ikke som et brudd. Jeg tar i dette utgangspunkt i Gay Beckers beskrivelser av brudd. Her beskrives brudd som et resultat av planlagte livsløp som brytes. Bruddene beskrives som uventede, plutselige eller langsomme prosesser som fører til at planlagte livsløp brytes. For mine informanter var operasjonen en planlagt og forventet opplevelse. Noen ventet i mange år på operasjonen (de

som ble operert ved offentlige sykehus), mens andre planla tidspunkt for operasjonen selv (de som ble operert ved privat klinikk).

Den typen brudd Becker beskriver dreier seg om brudd forårsaket av ulike alvorlige og livstruende sykdommer som leder til et annerledes livsløp enn det som var planlagt. Operasjonen betrakter jeg som en hendelse som fikk avgjørende betydning for livsløpet til mine informanter, ikke som en hendelse som nødvendigvis brøt med et planlagt livsløp. Utgangspunktet for mine informanter forut for operasjonen var overvekt og i noen tilfeller sykdom relatert til overvekten. Operasjonen endret dette utgangspunktet i positiv retning for alle mine informanter; de opplevde vektreduksjon og de opplevde reduksjon eller fravær av fedmerelatert sykdom.

Operasjonen ble et vendepunkt i livet til mine informanter, dette vendepunktet omfattet både positive og negative reaksjoner. Positiv idet de erfarte vektredgang og sykdom relatert til overvekten, alle informantene beskrev bedre helse etter operasjonen og ingen av informantene angret på at de hadde foretatt operasjonen. De negative reaksjonene etter operasjonen knyttet seg i stor grad til opplevelsen av å miste kontroll over eget liv, uventede psykiske reaksjoner og til forventninger og holdninger fra omverden.

Tap av kontroll, psykiske reaksjoner og holdninger fra omverden samsvarer med det Becker beskriver brudd kan dreie seg om. Derav tenker jeg at slik informantene opplevde tiden etter operasjonen, så bærer den preg av kaos, slik Becker beskriver brudd kan gjøre. Informantene forteller om reaksjoner som sinne, angst, redsel, fortvilelse, hukommelses problemer, depresjon og selvmordstanker.

### **3.2.3            *Operasjonen som en mulighet.***

Alle mine informanter betraktet i utgangspunktet operasjonen som noe positivt. Forut for operasjonen så de fram til at den skulle gjennomføres, de betraktet operasjonen som en livbøye som skulle lede dem fra sykkelig overvekt og sykdom til noe bedre. Mange av informantene så på operasjonen som sin eneste mulighet til å kunne fortsette å leve. Jeg siterer informant 4, for å vise dimensjonen av den redningen hun opplevde operasjonen som:

*”Det var sånn, at hver kveld jeg gikk og la meg, så tok jeg alltid en ekstra tur inn for å si godnatt til ungene. Men, jeg sa aldri bare godnatt... (får tårer i øynene), jeg fortalte dem, mens de lå der så vakre, og sov, hvor høyt jeg elsket dem og at om jeg ikke kunne leve med dem dagen etter, så ville jeg alltid være der et sted og passe på dem (ho tørker igjen tårene før ho fortsetter). Jeg gjorde dette fordi jeg, ja...jeg følte at jeg kunne dø hver gang jeg sovnet. Jeg veide så utrolig mye, og jeg tenkte som så at en gang, så orker ikke hjertet mitt mer. Jeg så for meg den lille muskelen som strevet og pumpet inni den enorme kroppen min. Jeg gråt der på sengekanten til ungene mine, ...hver kveld. Men tenk! Den der følelsen forsvant umiddelbart etter operasjonen! Jeg har ikke tenkt sånn en eneste gang siden jeg ble operert.”*

Forventningene og utgangspunktene for mine informanter var ulikt og ulike. Men, det som var gjennomgående, var at alle betraktet operasjonen som en mulighet til et liv uten sykkelig overvekt og sykdom relatert til overvekten. Dette var mennesker som tidligere hadde prøvd ulike metoder for å redusere vekten uten å lykkes, operasjonen gav forventninger og mulighet til endelig å lykkes. Det at operasjonen skulle skape kaos i form av psykiske reaksjoner var noe de fleste visste kunne skje, men som de ikke var forberedt på skulle skje med akkurat dem.

Hva var det så som førte til at fotfestet glapp for mine informanter? Svaret på det, kan muligens nyanseres og utdypes mer, men kort sagt, så glapp fotfestet fordi gapet mellom livet før og etter operasjonen ble for stort. For det første: Mange av mine informanter hadde opplevd mer eller mindre dramatiske hendelser tidligere i livet, disse hendelsene satt fortsatt i kroppene og gav ingen mening til den livsverdien informantene erfarte i etterkant av operasjonen. Hendelsene trengte seg fram, men idet de ikke ble tatt imot, uttrykte de seg som sinne, angst, depresjon og så videre. For det andre: Alle informantene hadde i en eller annen form opplevd stigmatisering, diskriminering, forakt, avsky og så videre fra sine omgivelser på grunn av sin overvekt. De hadde erfart forventninger til overvekten som for eksempel tilsa at de var mindre intelligente, at de ikke var verdig respekt eller at de kunne betraktes med avsky. Etter operasjonen, idet vekten gikk ned, erfarte informantene at forventningene og holdningene endret seg. Denne vridningen i forventninger og holdninger gav gjødsel til en sped spire om en annerledes hverdag, men også til sorgprosesser over deres verdi som mennesker før og etter operasjonen. Tiden etter operasjonen med kaos og manglende kontroll over livet beskrives i Becker som et ”limbo.” Med limbo forstår jeg en tilstand hvor en er mellom noe, eksempelvis for mine informanter, kan limbo brukes om tiden før og etter

operasjonen. De befant seg i en tilstand hvor de verken var definert av seg selv eller samfunnet.

*”Jeg var der, etter operasjonen at jeg ikke kjente meg selv, verken inni eller utenpå. Jeg visste ikke hvem eller hva jeg skulle være. Det eneste jeg visste var at folk rundt meg mente jeg skulle være så glad og tilfreds”* (Informant1).

Sitatet fra Informant 1 beskriver og er beskrivende for det mine informanter fortalte om tida etter operasjonen. De opplevde usikkerhet til seg og hvem de var, samtidig som de opplevde nye og for dem tidvis uforståelige forventninger fra samfunnet.

*”(…) ”people experience a period of limbo before they can begin to restore a sense of orden to their lives”* (Becker 1997, side 119) .

Robert Murphy med flere (1988, side 237) i *Physical Disability and Sosial Liminality*, sier at:

*”Liminal people are at a threshold outside the boundaries of society: they have ”been declassified but are not yet reclassified: they have died in their old status and are not yet reborn in a new one”*

Med utgangspunkt i Becker og Murphy, kan tiden etter operasjonen for mine informanter beskrives som et limbo. De var ikke lengre definert som overvektige av samfunnet, men heller ikke definert som noe annet. De ble i denne mellomfasen enda mer oppmerksomme på samfunnets holdninger og forventninger til overvekt og på den statusen de hadde hatt som overvektige. De visste hvem og hva de hadde vært, men ikke hvem og hva de skulle bli. I denne mellomfasen opplevde de at fotfestet glapp og at de mistet kontroll over livet. Denne usikkerheten, tvilen og sorgen førte til, for mine informanter, ulike psykiske reaksjoner.

### 3.2.4 *Psykiske reaksjoner*

Alle mine seks informanter beskrev i større eller mindre grad psykiske reaksjoner i etterkant av operasjonen. For to av informantene var reaksjonene livstruende i det de var dypt deprimerte og hadde konkrete planer om å ta sitt eget liv. For en dreide det som om kognitiv svikt (hukommelsestap). En av informantene hadde fått diagnosen angstnevrose, mens to beskrev reaksjoner som sinne og frustrasjon.

Informantene håndterte og forklarte de psykiske reaksjonene på ulike måter og nivå. Men det som var gjennomgående gjennom alle intervjuene var at informantene i stor grad opplevde operasjonen som en buffer for å tilkjenne en tidligere livsverden. Utdraget fra intervjuet med Informant 6 belyser hvordan operasjonen kan være buffer for å fortelle og reflektere over livsverden før og etter operasjonen, og hvordan hans fotfeste glapp i hans uvisshet om hvem og hva han skulle være. Samtidig vitner utdraget om viktigheten av å få fortelle om det en har vært for å kunne fortelle om hvem en har blitt eller skal bli. Tiden før operasjonen og tiden etter operasjonen, ble ikke av mine informanter betraktet som to separate tider. Alle informantene brukte mye av intervjutiden til å fortelle om livet før operasjonen, noe som bekrefter viktigheten av å betrakte helheten i et menneskes liv:

Intervjuer: *"Viss det er greit for deg, så hadde det vært fint om du innledningsvis til intervjuet kunne fortalt litt om deg selv, om hvem du er?"*

Informant 6: *"Jaa, hvem er jeg? Rart med det, men man blir bestandig litt forlegen når man skal fortelle om seg selv. Blir ikke du det?"*

Intervjuer: *"Jo, i alle fall i noen sammenhenger. Men viss du syns det er vanskelig, så kan vi bare fortsette med intervjuet!"*

Informant 6: *"Nei da! Nå skal du høre (ler)! Viss jeg skal si noe om hvem jeg er, så må jeg først få fortelle deg om hvem jeg var og hvordan jeg ble den jeg er i dag."*

Intervjuer: *"Men det er greit, bare fortell!"*

Informant 6: *"Jeg var født feit, for å si det sånn. Det ligger nok nedarva i genene mine, fatteren døde da han var 46 år, fordi han var så feit. Jeg er sikker på at han nærma seg 200"*

kilo da han døde. Han kom seg ikke opp av senga til slutt, han bare lå der. Moderen vaska og stelte han i den der senga, laga mat til han som han åt i den der senga...det var utrivelig. Han døde natt til 17. Mai. Jeg husker jeg og søstera mi snakka, den dagen, at vi skulle ønske han kunne ha venta til dagen etter sånn at vi fikk feira og gått i tog. Huff ja... sånn er unger...

Intervjuer: "Var du gammel da faren din døde?"

Informant 6: "Jeg var ni år da...og allerede da var jeg rund og god jeg også. Jeg husker søstera mi gråt mye etter at han døde...ho var så redd for at jeg skulle dø neste gang det ble 17. Mai. Ho var bare fire år da, ...og tynn som ei spikkesild (smiler). Jeg tror ho har vært redd for meg mange ganger etter også...jeg blei jo bare feitere og feitere. Jeg var akkurat som fatteren, hadde overhodet ikke kontroll idet jeg begynte å spise. Jeg kunne ikke stoppe...jeg husker, særlig etter av fatteren for, så hadde jeg mest lyst til å grine hver gang jeg spiste, for da tenkte jeg på han, og da spiste jeg bare enda mer. Jeg var sånn som kunne spise ei heil bløtkake på no time! Jeg spiste til jeg spydde og så spiste jeg litt til...helt til denne operasjonen!"

Intervjuer: "Ja, hva skjedde da?"

Informant 6: "Det som skjedde da var at hele livet rakna! Som sagt, jeg hadde et sykt forhold til mat...jeg brukte mat til alt; kos, straff, trøst, belønning, ja, alt! Etter operasjonen funka jo ikke mat sånn lengre! ...og da rakna det for meg. Jeg kjente ikke meg sjøl lengre, jeg ante ikke hvordan jeg skulle forholde meg til min egen kropp, jeg, ja det var helt jævlig! Det jeg visste om meg sjøl, det visste jeg jo fra før jeg var operert...etterpå så ble det så forbanna vanskelig.

Intervjuer: "Kan du fortelle litt om hva som ble så vanskelig?"

Informant 6: "Det som ble vanskelig, var at jeg ikke hadde kontroll lengre, før kunne jeg alltid kontrollere meg sjøl med mat, det funker jo ikke nå. Det andre var at jeg ble så skinnsykt forbanna og sint på verden. Jeg hadde ikke tenkt på det sånn før, ... men nå ser jeg hvor mye dritt jeg hadde tatt imot, hørt...hvor lite jeg betydde og hvor tomskalla alle trudde jeg var, ...bare fordi jeg var stor og tung! Jeg holdt på å koke over i mange måneder etter operasjonen. For å si det sånn, operasjonen gjorde mye med meg, nå har jeg kontroll over meg sjøl, ...jeg bruker ikke mat lengre til noe anna enn mat. Og jeg har blitt mindre sint etter



*hvert, men fy faen så mye dritt tjukke folk må ta i mot. Jeg var ikke klar over det sjøl engang, før nå etterpå!” Ja, så du kan si at den jeg er; er en fyr som har vært tjukk, som er blitt tynnere, som eter fordi han er sulten og er sånn passelig forbanna på verden!*

Intervjuer: ”Ja!”

Det informant 6 bekrefter i dette tekstutdraget, er at å bli operert for sykkelig overvekt er en sjelsettende opplevelse. For han var operasjonen en hendelse som hadde fått stor betydning for hans nåværende livsverdien. Operasjonen ble for han et vendepunkt, som han enda (to år etter) jobber med å takle. Han forteller at han fortsatt er sånn passelig forbanna på verden. Sinnet forklarer han som en reaksjon på den diskrimineringen han som overvektig, og som han nå ser andre overvektige må ta imot fordi de veier mer enn det ”normale” mennesker gjør.

Innledningsvis til intervjuet ba jeg han fortelle litt om seg selv. Til å begynne med følte han seg forlegen over å skulle fortelle om seg selv. Han lurte på om ikke jeg også føler det slik. Dette tolker jeg som at han trenger en type bekreftelse på at det å bli forlegen idet vi skal snakke om oss selv er en naturlig ting, ikke noe som bare han føler. Men så tar han sats; og bestemmer seg for at han vil si noe om hvem han er. Han sier at han må starte med å fortelle om hvem han var før han kan fortelle hvem han er. Han sier han var født feit og at dette er noen han har arvet (fra faren regner jeg med han mener)

Han forteller om en barndom med en far som døde i ung alder som følge av overvekt. Han forteller om moren som vasket, stelte og lagde mat til faren som bare var i stand til å ligge til sengs fordi han var så overvektig. Han gir uttrykk for vemmelighet idet han forteller om faren sin, han bruker ord som utrivelig og han skutter seg og griner på nesen når han forteller. Så forteller han videre om seg selv som en tjukk unge som tvangspiste til han spydde, og så spiste litt til, dette forteller han skjedde særlig etter at faren døde. Han forteller at han forbandt mat og det å spise med faren, og for ikke å gråte, så spiste han bare enda mer. Slik han uttrykker det, forstår jeg tvangsspisingen som et særlig resultat av sorgen over faren. Maten ble hans trøst og hans måte å kontrollere følelsene på. I tidsskriftet *Norsk Lægeforening* (16/2004), beskrives patologisk overspising som en form for spiseforstyrrelse, og som innebærer at man inntar raskt store mengder mat uten å ha kontroll over matinntaket. Det som gjør overspisingen ”patologisk” er knyttet opp mot spiseadferden, utløsende psykologiske motiver og tap av kontroll. Overspisingen kan skyldes et forsøk på å mestre stress og

emosjonelle problemer. Slik jeg tolker det Informant 6 forteller om hans overspising, så ble den, i alle fall delvis, et svar på de følelsene han hadde ovenfor sin far, til hans overvekt og død.

Han snakker også en del om lillesøsteren som gråt, over faren, men også over han. Hun var redd for at han også skulle dø, slik jeg forstår han, fordi han også var overvektig. Selv gråt han ikke, han spiste. Denne redselen og gråten til søsteren over farens død og over broren som også var overvektig som han forteller om var følelser jeg opplever også han hadde. Hans redsel lindret han ikke gjennom gråten, men gjennom maten.

Så kom operasjonen og han forteller at livet raknet. Han forteller om hvordan operasjonen fører til at gamle beskyttelsesmekanismer raknet, maten som tidligere hadde dekket mange av hans følelsesmessige behov; Kos, trøst, straff, belønning. Etter operasjonen fungerte ikke maten på samme måte lengre (han hadde, etter operasjonen en magesekk som rommet cirka 2 dl) han hadde rett og slett ikke mulighet fysisk til å opprettholde denne måten å spise på. Jeg tenker at hans livbøye var borte, og nå lå han ute på åpent vann og kjempet for livet. Han måtte finne andre måter å håndtere sine følelser på. Det andre han beskriver at han har erfart etter operasjonen, er samfunnets forrækt og avsky for overvektige. Dette er erfaringer som han tidligere har skjøvet fra seg og spist seg fra. Idet han ikke kan det lengre, blir han sint. Han forteller at han har vært sint og forbannet etter operasjonen, noe han fortsatt er, men i mindre grad. Sinnet relaterer han til omgivelsenes holdninger til overvektig mennesker. Jeg tenker at sinnet han beskriver også kan tilskrives tidligere hendelser som han før har håndtert ved å overspise.

Siden oppgaven har som formål å fortelle min historie om hva personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi har erfart i etterkant av operasjonen, vil jeg ikke gå inn på noen nærmere analyse av hva han forteller her. Jeg ser at tekstutdraget med Informant 6 rommer mange muligheter til analyse og fortolkning. Eksempelvis hans forhold til faren og hans reaksjoner på hans død, fortellingen om lillesøsteren som gråt og var tynn, om årsaker til det sinnet han erfarte i etterkant av operasjonen og så videre.

Det jeg imidlertid ser treer ut av dette tekstutdraget, og som er gjeldene for alle mine informanter er at idet de skal fortelle om seg selv, så tar alle utgangspunkt i livet før operasjonen. Alle informantene knyttet sitt nåværende liv sammen med livet før operasjonen.

Operasjonen får karakter av brudd, de mister fotfestet, veien over gapet, mellom før og nå, erfares og håndteres imidlertid ulikt. Idet de mister fotfestet erfarer informantene ulike reaksjoner, men felles for alle seks informantene er at alle erfarte psykiske reaksjoner i etterkant av operasjonen.

I etterkant av operasjonen forteller informantene om et samfunn som tok imot kroppen deres, men neglisjerte hodet. Flere av informantene bruker ord som svik, sorg, skuffelse idet de snakker om samfunnet som ikke tok imot deres fordring om å bli sett psykisk.

### **3.3                    *EN HUSKET KROPP OG ET GLEMT HODE***

#### **3.3.1                *Fenomenologi og kropp.***

Det neste fenomenet jeg finner trer ut av fortellingene til mine informanter er en *husket kropp og et glemt hode*. Kroppen huskes og møtes før operasjonen, under operasjonen og etter operasjonen, mens hodet utelates. Denne tingliggjøringen av kroppen fører til at mange av informantene føler seg oversett eller glemt etter operasjonen. Som sagt, alle mine informanter opplevde psykiske reaksjoner - , mens kun en fortalte om fysiske reaksjoner etter operasjonen. Idet de mistet fotfestet og befant seg i et ingenmannsland i forhold til egen identitet erfarte informantene at kroppen og hodet skiltes ad. I det operasjonen fordret livsstilsendring, opplevde informantene at samfunnet ikke så, at dette i stor grad også handlet om å håndtere den sjelsettende opplevelsen som operasjonen viste seg å være og de følte at de ble overlatt til seg selv.

Kroppsfenomenologien tar utgangspunkt i at kroppen er vår primære måte å erkjenne oss selv og våre omgivelser på samtidig som den er alle handlingers subjekt. I det en betrakter kroppen med dette som utgangspunkt, vil endringer i kroppen også endre vår livsverden. Når mennesket erfarer kronisk sykdom eller funksjonssvikt leder dette til grunnleggende endringer i de relasjoner mennesket har til seg selv og til sine omgivelser. Den som rammes, erfarer at hele tilværelsen står på spill. Ved å ta utgangspunkt i kroppen som en levd erfaring og som en livshistorie kan ny mening og integrasjon skapes. Om en derimot betrakter kroppen som et abstrakt objekt, eller som en entydig, gitt og materiell størrelse beveger en seg innenfor den biomedisinske forståelsen av kroppen. Kroppsfenomenologen viser til at kronisk sykdom eller

funksjonssvik innebærer grunnleggende endringer i menneskets levde relasjoner, ikke bare til seg selv, men også til omgivelsene. Når det kroppslige perspektivet endres, fordrer det anerkjennelse og innsikt i menneskets livsverden for å forstå og hjelpe (Råheim 2001).

I Bengtsson (1988) defineres kroppsfenomenologien nærmere ved at livsverden og levd erfaring er sentrale begrep i den fenomenologiske tradisjonen. Begrepet livsverden viser som tidligere nevnt i oppgaven, til menneskets erfaringsverden. Slik vi til daglig erfarer og gir mening til den verden vi lever i. Denne verdenen tar vi utgangspunktet for gitt, først idet vi erfarer brudd i form av for eksempel sykdom blir vi oppmerksom på vår livsverden.

Begrepet kroppsfenomenologi er i første rekke knyttet til filosofen Merleau-Ponty. Han tar utgangspunkt i tenkningen om livsverden, og viser at mennesket er i dyp samhörighet med omverden. Han betrakter kroppen intensjonal idet den retter seg mot verden som oppfattende, skapende og uttrykkende. Vår forståelse av verden er grunnet i vår kropps forståelse av omgivelsene og situasjon (Merleau-Ponty, 1962)

Informant 5 sa noe om dette: ” *Det er merkelig, det er som om alle tror at alt dreier seg om kiloene som forsvinner! Jeg har jo min bagasje med meg selv om kiloene forsvinner. All faenskapen jeg har opplevd, forsvinner jo ikke i takt med nåla på vekta. Jeg er jo like godt den samme NN, selv om jeg blir tynnere. Operasjonen snudde vekta, men den snudde ikke hodet! Jeg blei nesten bare mer sint og frustrert etter operasjonen (blir stille en stund før hun fortsetter), ikke før jeg selv tok tak i problemene mine fikk jeg det bra*”

Slik jeg oppfatter mine informanters fortellinger om kroppen som ble husket og hodet som ble glemt, bærer opplevelsene preg av å ha blitt håndtert innenfor den tradisjonelle biomedisinske vitenskapen. Her betraktes sykdom og funksjonshemninger som et individuelt problem forårsaket av sykdom, traumer eller andre helseforhold som krever medisinsk omsorg og bistand av profesjonelle utøvere. Målet innenfor den tradisjonelle medisinske modellen er å gjøre frisk eller kurere. Dersom friskgjøring eller kurering ikke er mulig, vil individets tilpasninger eller adferdsforandringer lede an til en så tilnærmet kurering som mulig. Den naturvitenskapelige tenkningen står sterkt innenfor den medisinske modellen Den sosiale modellen eller samfunnsmodellen kan betraktes som en protest mot den medisinske modellen. Denne betrakter årsaksforholdet omkring funksjonshemming vesentlig som sosialt forårsaket og mer grunnleggende som et spørsmål om inkludering av individet i samfunnet. Denne

modellen ser på funksjonshemming som de samfunnsskapte hindringene som står i veien for deltakelse. (Christoffersen 2005).

Funksjonshemming er som tidligere vist et fenomen som oppstår i gapet mellom en persons nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav til deltakelse. Noen av mine informanter definerte seg som funksjonshemmet både før under og etter operasjonen, i noen sammenhenger, mens i andre ikke. De som definerte seg som funksjonshemmet, i noen sammenhenger, etter operasjonen var de som opplevde et stort gap mellom deres psykiske og sosiale funksjon og samfunnets krav til deltakelse. Flere av informantene definerte seg som funksjonshemmet forut for operasjonen, da særlig med tanke på fysisk funksjon.

### **3.3.2            *Neglisjering av psykiske reaksjoner***

Det mine informanter som sagt erfarte etter operasjonen, var at samfunnet (familie, venner, helsepersonell, osv.) rettet oppmerksomheten mot den fysiske kroppen, det som var utenpå. De opplevde at blodprøver, kilo, trening og kosthold var noe som ble etterspurt og kommentert, mens det kroppen deres erfarte av psykiske reaksjonen i ble neglisjert. De opplevde at idet deres kroppslige perspektiv ble endret, møtte de ikke anerkjennelse og mottakelse fra omverden. Denne erfaringen uttrykker Informant 3 i tekstutdraget nedenfor.

*”Jeg skulle ønske de (legene) kunne tatt en prøve av hodet mitt også! Så kunne de sett at jeg ikke er så frisk og rask som de tror. Selv om blodprøvene er i orden, så betyr jo ikke det at jeg er der jeg skal være... Hodet mitt henger i alle fall to hestehoder bak, ikke foran! Innimellom så sliter jeg, og da tenker jeg at jeg hadde trengt en overvektsoperasjon av hodet mitt også!”*  
(Informant3).

Neglisjeringen av de psykiske reaksjonene førte til at flere av informantene betraktet seg som unormale eller avvikere i etterkant av operasjonen. Samfunnet rundt dem, opplevde de, forventet at de skulle være lykkelige idet de gikk ned i vekt. De var på vei til å bli ”normale” tynne og slanke mennesker, noe som fordret lykke og tilfredshet. Idet de ikke kjente på denne lykken, med i stedet erfarte depresjon, selvmordstanker, angst, hukommelsestap, sinne og frustrasjon, opplevde de seg igjen som avvikere og unormale.

### 3.3.3 *Normalitet og avvik.*

Noen var forsonet med at slik kunne det bli etter operasjonen, og taklet reaksjonene gjennom egen erkjennelse og forståelse. For andre igjen var disse reaksjonene så alvorlige at de krevde profesjonell bistand for å håndteres. Det som imidlertid viste seg gjennom intervjuene, var at de selv måtte ta initiativet til profesjonell hjelp. Eksempelvis be fastlegen skrive en henvisning til psykolog eller til innleggelse ved psykiatrisk sykehus eller konkret be sine nærmeste om å få lov til å snakke om vanskelige tanker. Flere av informantene fortalte at de opplevde samfunnets manglene fokusering på operasjonen som en sjelsettende opplevelse, som en bekreftelse på at det er de normale som hedres og bæres fram i samfunnet. Overvekt som avvik oppfattet jeg at mine informanter i flere tilfeller betraktet som forventet. Mens det at de fortsatt følte seg som avvikere, idet de ikke reagerte som forventet på å nærme seg det normale, virket å forvirre dem, samtidig som det for noen av informantenes skyld førte til et enda større gap mellom livet før og etter operasjonen.

*” I diskursen normalitet og avvik er den beste løsningen at det funksjonsnedsettende særtrekket ved kroppen blir eliminert. Det vil si at situasjonen gjennom forebygging og rehabilitering forhindres eller tilpasses det normale. ” (Solvang 2002, side 179)*

I dagens samfunn er denne diskursen om normalitet og avvik særlig synlig på tre måter. I sin mest radikale forstand å eliminere bort det som er ønsket. Elimineringen av det som avviker fra det normale har gått veien fra å sette avvikende barn ut i skogen til dagens teknologiske elimineringsformer som fosterdiagnostikk og abort. I en ikke fullt så radikal forstand, handler normalitet og avvik om å reparere det som betraktes som defekt. Den medisinske rehabiliteringen har utviklet seg fra rullestoler og leggskinner til dagens høyteknologiske innretninger som gjør det mulig å overføre tenkt tale til en datamaskin som uttaler ordene for mennesker med lammelser som umuliggjør verbal tale. Den siste diskursen handler om spenningen mellom normalitet og avvik og velferdsstatens behandling og omsorg for de funksjonshemmede hvor idealet er et mest mulig normalt liv. Noe som vil si velferdsstatens forventning og ønske om et normalt livsløp for funksjonshemmede. (Solvang 2002, side 179)

Det påfølgende tekstutdraget fra intervjuet med informant 3, finner jeg beskrivende for hvordan mine informanter erfarte samfunnets forventning om operasjonen som en reparasjon,

hvor defektene ble ordnet. Samtalen omkring dette temaet kom uoppfordret; ”det er noe jeg har tenkt på.” ... og som jeg derav velger å bruke for å belyse hvordan informantene opplevde de forventningene samfunnet hadde til at operasjonen som skulle reparere det som var defekt. Overvekten som skulle opereres bort.

Informant 3: *”Det er noe jeg har tenkt på siden jeg fikk den der forespørselen din om å være med på dette intervjuet...”*

Intervjuer: *”Jaha, hva er det?”*

Informant 3: *”Jo, ...jeg veit ikke helt hvordan jeg skal uttrykke det! Ehh, jeg har tenkt på hvorfor at, ja kanskje er det bare meg,(ler) men, jeg har lurt litt på hvorfor ingen andre har spurt meg om disse tingene. Hvorfor har ikke de som er ”ansvarlige” for meg spurt meg? Da tenker jeg på legen min, de på sykehuset, familien min...ja, de som er i livet mitt! Det er litt rart at du som en helt utenforstående, en som ikke kjenner meg skal være den første som spør meg om hva jeg har opplevd etter operasjonen!”*

Intervjuer: *”Opplever du det som vanskelig at jeg spør deg om disse tingene?”*

Informant 3: *”Nei, overhodet ikke! Det er nok derfor det oppleves så merkelig at ingen andre har spurt meg hvordan jeg har hatt det etter operasjonen. Jeg kjenner nå at jeg skulle ønsket noen hadde spurt meg tidligere...”*

Intervjuer: *”Ja... Du sa det var to år siden du blei operert?”*

Informant 3: *”Ja, snart to år.”*

Intervjuer: *”Det er lang tid å ikke bli spurt på...”*

Informant 3: *”Ja, det er det! Selvfølgelig, alle har jo spurt om det går bra med meg og sånn, men da tenker de jo på om jeg er frisk og i god form, om jeg går ned i vekt, om jeg får i meg den maten jeg skal spise, om jeg får trimma og om blodprøvene er fine. Det er liksom kroppen min det er fokus på hele tiden, og det blir frustrerende fordi jeg kroppslig ikke plages i det*

*hele tatt! Det som jeg sliter med, det sitter inne i hodet mitt, og det er det ingen som spør om... ”*

Det informant 3 i forteller om i dette tekstutdraget er forundringen over det kroppslige fokuset hun har opplevd i etterkant av operasjonen. Hun opplever at de som er rundt henne fokuserer på de fysiske aspektene ved operasjonen og neglisjerer det hun erfarer psykisk. Hun erfarte overvekten og de psykiske reaksjonene som en grunnleggende endring ikke bare i forhold til seg selv, men også til sine omgivelser. Denne grunnleggende endringen ønsket hun å formidle til sin omverden, men omverdenen oppfattet ikke hennes ønske om å formidle kroppslige erfaringer.

Tekstutdraget bringer oss videre til en neste dimensjon i det mine informanter erfarte i etterkant av fedmereduserende kirurgi, nemlig et endret selvbilde. Informant 3 uttrykker at hun gjerne forteller meg om det hun har erfart etter operasjonen. Hun uttrykker gjennom denne uttalelsen en trygghet til å fortelle om det hun har opplevd, hun fremsto som modig og trygg for meg i intervjusituasjonen. Dette var noe som var gjennomgående i alle intervjuene, de fortalte villig om det de hadde erfart. To av informantene fortalte om hendelser tidligere i livet de aldri før hadde fortalt noen om. Dette fører oss videre til det sterkeste temaet i alle intervjuene, nemlig selvbildet som endres.

### **3.4 SELVBILDET I ENDRING**

#### **3.4.1 Selvbilde og selvtillit.**

Kroppens størrelse og form formidler viktige budskap om helse og sosial status. Den velernærte kroppen var tidligere forbundet med rikdom og høy status, mens undervekt var et symbol på fattigdom og dårlig helse. Etter 2. Verdenskrig endret budskapet formidlet gjennom kroppens form og størrelse seg. Det å være tynn ble et ideal, mens overvekt og fedme ble forbundet med lav sosial status og usunn livsførsel. I denne samme tidsperioden ser en betydelige endringer i kosthold og fysisk aktivitet (Bjørrelv 2009)



Lav selvfølelse er, om ikke en fellesnevner, så i alle fall et gjennomgående fenomen i alle intervjuene. Den lave selvfølelsen knyttes spesielt til tiden før operasjonen, og la grunnlaget for at informantene var misfornøyd med seg selv og sin kropp. Goss & Gilbert (2002) mener at “internalisert” skam er et mer dekkende begrep enn lav selvfølelse ved under- eller overspising. Ved skam foregår selvevalueringer som fører til handlinger. Man oppfatter seg selv med negative egenskaper som man ønsker å forandre eller skjule for seg selv og omgivelsene.

Med selvbilde forstår jeg i oppgaves sammenheng summen av de inntrykk og tanker informantene har om seg selv og om hvordan han eller hun tenker seg selv i forhold til andre mennesker og til samfunnet forøvrig. Mine informanter beskrev selvbildet som komplekst i den forstand at de fortalte om mer eller mindre selvtilit, avhengig av situasjonen de befant seg i. Bildet informantene hadde på seg selv, beskrev de endret seg over tid. Hendelser som i barndommen førte til et dårlig selvbilde, endret seg i voksenlivet. Episoder hvor de følte seg mobbet som barn uttrykte de ikke ville hatt samme konsekvens dersom de hadde skjedd i dag. Informantene brukte i mange tilfeller ordet skam i den samme betydningen som dårlig selvbilde.

Det informantene fortalte om selvbildet og skam i intervjuene handlet om reaksjoner fra omgivelsene på deres overvekt og fedme, og som preget deres syn på seg selv. To av informantene uttalte av de var født fete. Disse informantene fortalte om episoder hvor de som barn og ungdom ble ertet og plaget, alltid fikk kommentarer i situasjoner som innebar mat, fikk juling, ble strippet fast til lyktestolper, fant termosene full av urin og så videre. I følge de informantene dette gjaldt handlet alle disse episodene om at de var tjukke. De oppfattet seg selv som et lett bytte idet de var overvektige og ikke hadde mot til å verken fortelle noen om det som skjedde eller ta igjen mot dem som plaget. Som unger oppfattet disse informantene at det “var slik det skulle være.” De var tjukke og på en måte følte de at de fortjente denne “straffen.” De informantene som fortalte av de var født fete, fortalte om et selvbilde som var ødelagt helt fra tidlig barndom.

To av de andre informantene knyttet det dårlige selvbildet til hendelser tidligere i livet som hadde blitt avgjørende for utviklingen av overvekt. Dette var hendelser som de beskrev som seksuelle overgrep eller misbruk. Disse hendelsene hadde ulik karakter og konsekvenser, men som i forhold til selvbildet var enormt ødeleggende. Disse to informantene brukte ordet skam

nesten konsekvent når de skulle beskrive det de følte ovenfor seg selv. Den skammen de bar på knyttet til sin egen kropp i etterkant av disse hendelsene, mente de var avgjørende for utviklingen av deres overvektsproblem. Begge informantene beskrev at de spiste for å gjøre kroppen sin utilgjengelig og så stygg som mulig, dette for å beskytte seg mot eventuelle nye overgrep. Disse informantene opplevde skammen knyttet både til de spesifikke hendelsene og til den overvekten de utviklet i etterkant av disse hendelsene. Men for disse informantene var overvekten både venn og fiende, idet den opplevdes som beskyttelse for eventuelle nye overgrep som tidlig som de seinere erfarte samfunnet forrakt for deres overvekt.

De to siste informantene beskrev det dårlige selvbildet som noe de selv eide, men som de i mindre grad enn de andre informantene mente skyltes andres reaksjoner på deres overvekt. De uttrykte av de sjelden hadde fått direkte kommentarer knyttet til overvekten, men at dette mer var "følelsen" av hva de andre tenkte om dem. De fortalte om hendelser som gjorde dem sint eller forbannet, hvor de opplevde manglende respekt og tilhørighet, eller hvor de følte seg oversett eller latterliggjort. Disse to informantene forholdt seg ganske strengt innenfor intervjuguiden, og fortalte lite om barndom, ungdom eller voksenliv. De fortalte mer om tiden etter operasjonen, og mindre om tida før operasjonen. Jeg har en oppfatning av at disse to informantene oppfattet at de skulle forholde seg mer strengt enn tenkt til intervjuguiden.

Overvekt viste seg som beskrevet gjennom alle intervjuene å ha store negative konsekvenser for selvbildet. Informantene relaterte det dårlige selvbildet eller skammen til egne og eller andres uttrykk og tanker om deres overvekt. Det dårlige selvbildet og skammen, resulterte i ulike måter å beskytte seg mot egne eller andres reaksjoner. For noen av informantene dreide det seg om å unngå eller isolere seg fra sosiale sammenhenger hvor de forventet reaksjoner fra andre mennesker, dette handlet spesielt om situasjoner som innebar møte med nye og fremmede mennesker. I den daglige omgangskretsen følte de seg mer eller mindre trygge. For andre igjen, handlet beskyttelsen om å ståsette seg eller gi uttrykk for at de ikke lot seg merke av reaksjonene. For disse informantene oppfattet jeg at sinne i stor grad var en del av deres beskyttelsesmekanisme. Andre igjen beskrev innesluttethet, de trakk seg tilbake og for seg selv for å unngå og beskytte seg mot mer eller mindre innbilte reaksjoner fra omgivelsene. Mens andre igjen mente at de levde som alle andre, de lot seg ikke merke så mye hva andre måtte mene om deres overvekt. De var nok mest preget av deres egne reaksjoner overvekten, og av redsel for hva overvekten kunne lede til, da spesielt med tanke på tilleggsykdommer.

### 3.4.2 *Festningsverk.*

Forut for operasjonen var livet til mine informanter preget av et dårlig selvbilde, som et svar på egne eller andres reaksjoner på overvekten. Dette dårlige selvbildet reiste et større eller mindre festningsverk av overlevelsesmekanismer for mine informanter.

Begrepet festning kommer fra de latinske begrepene *fortis* som betyr sterk og *facere* som betyr å lage. En festning er militære konstruksjoner og bygninger beregnet til forsvar i krig. Mennesket har bygd festninger i tusenvis av år i ulike utgaver. Festningene gir den som forsvarer seg muligheten til å utnytte sine ressurser bedre. Festningene har vært bygd slik at de har utnyttet terreng og omgivelser slik at forsvar muliggjøres. Festningsverk i en militær forstand, deles i to, permanente festningsverk og feltbefestninger. De permanente festningsverkene bygges i fredstid og er kraftige konstruksjoner av stål eller betong. Feltbefestninger er midlertidige løsninger som bygges under krig med forgjengelige materialer som trevirke (Nasjonale festningsverk)

Begrepet festningsverk brukes altså i en militær sammenheng om permanente eller midlertidige konstruksjoner beregnet til forsvar i krig. I så henseende har begrepet en overføringsverdi til de permanente eller midlertidige mentale konstruksjonene vi som mennesker bygger opp idet vi trenger å forsvare oss. Mine informanter beskrev ulike festningsverk som ble bygget opp i en livsverden preget av dårlig selvbilde og skam som følge av overvekt. Disse festningsverkene var et forsvar mot egne og andres uttrykk og tanker knyttet til deres overvekt. Dialogen med informant 2 finner jeg beskrivende for tap av selvtillit og festningsverk som reises.

Intervjuer: *"Når du forteller om deg selv, så opplever jeg det nesten som om du snakker om to forskjellige personer. En før operasjonen og en etter operasjonen. Stemmer det?"*

Informant 2: *"Ja og nei... Jeg jo samme HH, men jeg har endra meg, ja! Jeg tenker at dersom jeg kan få fortelle om hvordan jeg hadde det før operasjonen, så trur jeg du forstår hvorfor jeg muligens skiller mellom den jeg var og den jeg er blitt. Men egentlig så tror jeg ikke at jeg skiller så veldig der... Viss du orker å høre på da?"*

Intervjuer: *"Jeg er her for å høre på din fortelling. Det er veldig fint at du vil klargjøre dette for meg!"*

Informant 2: (henter fram et fotoalbum og viser meg bilder av seg selv fra før han ble operert).

*"Her ser du! Dette var den jeg var... Jeg har kikket mye i denne etter operasjonen. Jeg blir så lei meg når jeg ser på bildene. Ikke på ett eneste bilde smiler jeg!"*

Intervjuer: *"Nei, du gjør ikke det..."*

Informant 2: *"Du kan si at jeg var trist som faen før! En ting var at jeg var tjukk, den biten tror jeg at jeg kunne takla. Det andre takla jeg ikke... (virker litt urolig, går bort til vinduet og blir stående en stund før han setter seg igjen)*

Intervjuer: *"Kan jeg spørre deg om hva dette andre var?" Du trenger ikke svare viss du ikke føler for det."*

Informant 2: *"Det er helt greit å prate om det nå. Jo, det skal jeg si det, dette andre var alle de andre. Jeg har vært tjukk siden jeg var i tenårene, og fy faen så mye dritt jeg har tatt imot bare fordi jeg var feit! Det er helt sykt at en kan bli tråkka så skinnsykt ned i søla bare for at man veier noen kilo for mye. Sjøl de hjemme mobba meg! Jeg husker fatteren, alltid, hver jævla gang vi spiste middag bare MÅTTE komme med en eller anna kommentar! Jeg hata han for det!"*

Intervjuer: *"Hadde du ingen du kunne fortelle disse tingene til?"*

Informant 2: *"Jeg trodde jeg hadde det, en god kompis... Men så fant han visst ut at vi ikke var så gode kompiser lengre, og så fortalte han de verste mobberne det jeg hadde fortalt han, og da gikk verden helt i stå! Da ble jeg bare sint som faen og bestemte med for at jeg bare skulle ta imot all dritt... jeg tenkte at jeg fortjente ikke bedre, feit som jeg var."*

Intervjuer: *"Og det har du fortsatt å tenke?"*

Informant 2: *"Ja...klart jeg er jo voksen nå, har unger sjøl og veit jo bedre. Men det har alltid vært sånn, jeg har vært dritredd for hva andre skulle tenke og synes om meg. At jeg var en tjukk idiot som ikke var verd en dritt! Det har påvirka meg!"*

Intervjuer: *"Til å tenke det samme sjøl om deg selv?"*

Informant 2: *"Der har du helt rett! Har ikke akkurat tenkt på det sånn før, men du har rett. Jeg, kan du si, ble nok min største mobber sjøl. Jeg har syka meg ned i forhold til alt. Sånn i forhold til samboeren min, så har jeg vært skikkelig kjip. Jeg har alltid testa ho, liksom for å få ho til å innse at innerst inne så liker ho meg ikke. Men ho har vært fantastisk, ho har liksom visst hele tida, at jeg innerst inne er jeg en fin fyr!"*

Tekstutdraget fra intervjuet med Informant 2, innledes med at jeg spør med utgangspunkt i at jeg oppfatter at han snakker om to forskjellige personer; en før operasjonen og en etter operasjonen. Forut for dette spørsmålet opplevde jeg at han skilte mellom den han var og den han er blitt. Spørsmålet mitt kom som et resultat av denne opplevelsen. Svaret han gir, bekrefter og avkrefter min oppfatning av det han har fortalt om seg selv. Han svarer ja og nei, samtidig som han ber om å få ta utgangspunkt i sin liv forut for operasjonen for å kunne forklare meg hvorfor han muligens uttrykker et skille mellom den han var og den han føler at han er.

Men henblikk på det jeg tidligere har sagt om operasjonen som en sjelsettende hendelse med karakter av brudd, tenker jeg det er naturlig at han ønsker å knytte sammen tiden før og etter operasjonen for å vise vei til dit han har kommet i sitt liv. Han viser meg bilder fra før han ble operert, ikke for å vise med hvor mye han har gått ned i vekt, men for å vise meg tristheten i alle bildene han har av seg selv fra da han var overvektig. Han ville vise meg sin livsverden, slik den fortonet seg for han forut for operasjonen. Han bruker uttrykket "trist som faen" om seg selv fra denne tiden, og han sier at han selv taklet at han var overvektig, det han ikke taklet var de andres uttrykk for hans overvekt. Idet han forteller om dette oppfatter jeg han som litt urolig, han reiser seg, går bort til vinduet, kommer tilbake. Han sier ingenting om dette som jeg opplevde som uro, han uttrykte heller at det var greit å fortelle om tiden før operasjonen. Min opplevelse av uro i denne situasjonen, trenger derfor ikke å være reell. Kanskje var det en vane, kanskje så han etter noe eller noen?

Det informant 2 forteller om i utdraget, handler om hvem og hva han var før operasjonen. Han forteller om en barndom og ungdom med konstant mobbing og trakassering fordi han var tjukk. Han forteller at han hatet sin far for de gjentatte kommentarene ved middagsbordet. Han følte seg tråkket ned i søla og at han tok imot dritt fra andre. Reaksjonene fra omgivelsene beskriver han at han omgjorde til sine egne reaksjoner på seg selv. Han beskriver seg selv til slutt å bli sin egen største mobber.

Gjennom fortellingen beskriver han sitt festningsverk bygd opp av sinne, stålsetting og tilslutt en oppfattelse av at han faktisk fortjente å bli plaget, ertet, trakassert og diskriminert, nettopp fordi han var så feit. Han påtok seg skylden for egne og andres reaksjoner på hans fedme.

Det Informant 2 her forteller om finner jeg beskrivende for hva som skjer med selvbildet til mine informanter i etterkant av operasjonen. Alle har ulike fortellinger om hvordan selvbildet endres, men det er gjennomgående i alle intervjuene at selvbildet endres. Informantene beskrev gjennom intervjuene ulike festningsverk i sitt forsvar mot egne og andres reaksjoner på deres overvekt, det som er felles var at alle i større eller mindre grad hadde bygd opp festningsverk for forsvar og overlevelse forut for operasjonen. Endelig, etter operasjonen uttrykte alle mine informanter at selvbildet i en eller annen grad endret seg. Operasjonen ble en sjelsettende opplevelse som for de informantene førte til at fotfestet i større eller mindre grad glapp, de strevde med å finne meningsbærende broer over gapet mellom sin livsverden før og etter operasjonen. Mange beskrev et selvbilde trampet ned i bakken av egne og andres, reelle eller innbilte, forakt og avsky. For å kunne leve i en slik livsverden måtte de bygge opp solide festningsverk, disse brakte de med seg etter operasjonen. Det de imidlertid erfarte i etterkant av operasjonen var at disse festningsverkene ikke nødvendigvis var påkrevd i livet etter operasjonen.

Fotfestet som glapp etter operasjonen var ved intervjutidspunktet, om ikke for alle informantene, så på god vei gjenvunnet. Når fotfestet var gjenvunnet, og de igjen hadde kontroll over sitt eget liv opplevde alle informantene et selvbilde i endring og et ønske om å få formidle sin livsverden. Fortsettelsen på tekstutdraget med informant 2 belyser selvbildet som endres og festningsverk som sprenges. Jeg finner ikke en videre kommentar til tekstutdraget nødvendig, jeg finner at det taler for seg selv i forhold til den foregående analysen.

Intervjuer: *"Det tror jeg du er!" Men hva er det som har skjedd, hva var det som gjorde at du kom fram til at du faktisk er en fin fyr som folk kan like?"*

Informant 2: *"Ja, si det... Det som skjedde var at samboeren min satte meg i gang. Fikk meg til å innse at jeg var nødt til å gjøre noe med overvekta mi! Jeg ble operert, styrta i kjelleren, sånn mentalt, gikk ned en masse kilo på kort tid... og så skjedde det ett eller annet i hodet mitt! Folk rundt meg ga meg en annen type tilbakemeldinger enn hva jeg hadde fått før. Og dette gjorde noe med meg. Sånn mentalt var jeg ute å kjøre lenge, det har vært litt sånn opp og ned etterpå. Men operasjonen gjorde at jeg fikk et helt anna syn på meg selv. Jeg fikk bekrefta at dette var det ikke mulig at jeg kunne klare å gjøre noe med aleine. Jeg måtte ha hjelp!"*

Intervjuer: *"Når du sier at noe skjedde i hodet ditt, hva mener du med det?"*

Informant 2: *"Det som skjedde var at når jeg ikke lengre trengte å være så redd for hva andre tenkte om meg, så slapp også de negative tankene jeg hadde om meg selv også. Jeg begynte å tenke det som jeg innerst inne alltid hadde visst, men som jeg bare hadde feid under teppet."*

Intervjuer: *"At du er en fin fyr?"*

Informant 2: *"Jepp!" (ler hjertelig)*

## ***KAPITTEL 4***

### ***4.0 AVSLUTNING***

Overvekt og fedme har som belyst i oppgaven dramatiske konsekvenser selvbilde og selvtillit. Denne mangelen på selvtillit innebærer store og strenge festningsverk for å beskytte seg mot egne og andres, innbilte eller reelle, forrækt og avsky. Det mine informanter forteller om i sine fortellinger er hvordan selvbildet endres i etterkant av operasjonen. Den fedmereduserende kirurgien leder ikke bare til bedre helse i form av vektreduksjonen og reduksjon eller fravær av fedmerelatert sykdom, den resulterer også i for mine informanter; til bedre selvbilde og selvtillit. Denne gjenvunne selvtilliten gir tryggheten og i den vokser også ønsket om å fortelle sin livsverden. Idet de andre ikke ser denne fordringen opplever informantene seg avspist og kroppsliggjort. Mange av informantene undret seg over hvorfor ingen tidligere (forut for intervjuet) hadde etterspurt deres erfaringer i etterkant av operasjonen, - også fagpersonale.

To av informantene fortalte som tidligere nevnt under intervjuet om hendelser i livet som de aldri før hadde fortalt noen. Dette var dramatiske og sjelsettende hendelser for mine informanter. For begge disse to informantene dreide det seg om en gjenvunnet selvtillit som gav trygghet til å fortelle til den viste interesse for deres livshistorie. Jeg tenker at det at jeg fikk være vitne under disse to intervjuene handlet om en gjenvunnet selvtillit som ga trygghet til å røre ved det urørlige. Og det er nettopp dette jeg tenker er fortetningspunktet i alle intervjuene. Gjennom sine fortellinger til meg, formidlet informantene den gjenvunne tilliten til seg selv og sine omgivelser, den tryggheten dette ga, gjorde det mulig for mine informanter å fortelle sin livsverden til meg eller til andre.

Mine informanter opplevde å miste fotfestet idet de ikke lenger hadde kontroll over sine livsbetingelser. Å miste fotfestet er noe vi alle kan forvente å erfare, om vi ikke allerede har erfart det. Slike hendelser kan være at vi opplever svik fra våre nærmeste venner, at vi mister jobben, opplever samlivsbrudd, at vi selv eller noen av våre nære rammes av alvorlig og livstruende sykdom eller ulykker eller at en av våre nærmeste dør fra oss. Det kan også handle om gradvise forandringer som fører til at vi til slutt mister kontroll og fotfeste. Slike gradvise forandringer kan for eksempel være utvikling av kroniske sykdommer eller forbruk av



rusmidler som tilslutt ender i en avhengighet som fører til tap av kontroll og fotfeste. For andre igjen, handler det kanskje ikke så mye om å miste fotfestet, men om å ikke klare å innfri de krav samfunnet stiller til en. Som levende mennesker kan vi alle komme i den situasjonen at vi erfarer fravær av kontroll over eget liv som handler om den eksistensielle tryggheten som vi alle trenger for å oppleve mening og sammenheng i våre liv. Gay Becker (1997, side 101) uttrykker at i det personer opplever dramatiske endringer i livet, rettes fokuset på hvem de selv er:

*”When their taken – for – granted world is changening, they are forced out of predictable routines and ways of seeing their lives to handle the contingencies with which they are faced. Their identity may change, and they may see themselves anew. Although people may be preoccupied with sense of self, that very preoccupation is cultural in nature.”*

I situasjoner hvor vi som mennesker opplever å miste fotfestet, vil nok mange av oss spørre oss selv og andre om hvem vi egentlig er. Svaret vil nok i de fleste tilfeller ikke være det samme som det var før hendelsen inntraff, fordi en slik hendelse fører til at vår identitet også må inkludere hendelsen. I det vi skal gjenvinne fotfestet handler det altså ikke bare om å finne en ny identitet, det handler i like stor grad om å forene det nye som har hendt med det som tidligere har hendt. (Nordmann, Tveit Sandvin, Thommesen 2006) Alle mine informanter uttrykte at de ikke angret på at de hadde gjennomgått fedmereduserende kirurg, flere av dem uttalte at de hadde gjort det om igjen dersom det skulle være nødvendig. Hendelsen operasjonen utgjorde, var blitt en del av den de er nå.

Rehabilitering handler om, i sin dypeste forstand, om å gjenvinne selvråderett over egne livsbetingelser. Praktisk handler dette om hvordan ulike gjensidig avhengige tiltak inngår i en helhetlig og sammenhengende strategi for å realisere den enkeltes mål, noe som krever planlegging, faglig bistand og koordinering. Helheten i rehabilitering handler om å binde sammen det praktiske med den enkelte persons livsverden. Gjennom å skape en ny livssituasjon hvor fotfestet er gjenvunnet og opplevelsen av utestengning er fraværende er målene med rehabilitering oppnådd (Nordmann, Tveit Sandvin, Thommesen 2006).

Det mine informanter erfarte i etterkant av operasjonen, var at de i stor grad måtte gjenvinne selvråderett over egne livsbetingelser uten denne praktiske bistanden. Det de fleste av informantene formidlet, var at den bistanden de mottok etter operasjonen i stor grad fokuserte

på de fysiske sidene ved operasjonen. De psykiske reaksjonene de erfarte etter operasjonen, var de i stor grad overlatt til seg selv med. I så henseende kan en ikke betrakte den rehabiliteringen de mottok i etterkant av operasjonen som helhetlig og da heller ikke betrakte målene med rehabilitering som oppnådd.

Flere av informantene formidlet at de hadde gjenvunnet selvråderett over egne livsbetingelser etter operasjonen, men dette var en selvråderett de i stor grad tilskrev at de selv tok tak i problemene. Det at de selv, eller fikk bistand til å bygge meningsbærende broer over gapet mellom livet før og etter operasjonen resulterte i en livsverden med bedre selvtillit, færre festningsverk og trygghet til å røre ved det urørlige.

## ***LITTERATURLISTE***

- Becker, Gay (1997): *Disrupted lives. How people create meaning in a chaotic world.* California: University of California Press.
- Bengtsson, Jan (1988): *Sammenflätningar. Fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty.* Göteborg: Daidalos, 1988.
- Brinkmann, Svend og Kvale, Steinar (2. Utg. 2009): *Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal Norsk Forlag AS 2009. 2. utgave, 1. opplag 2009
- Bjørnelv, Sigrid (2009): *Eating- and weight problems in adolescents. The Young - HUNT study.* Thesis for the degree of Philosophiae Doctor Trondheim, September 2009 Norwegian University of Science and Technology Faculty of Medicine Department of Public Health and General Practice.
- Christoffersen, Svein Aage (red) (2005): *Profesjonsetikk.* Universitetsforlaget 2005
- Dalen, Monica (2004): *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming.* Universitetsforlaget 2004.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001): FOR 2001-06-28 nr 765: *Forskrift om habilitering og rehabilitering.*
- Goss K, Gilbert P (2002): *Eating disorders shame and pride: a cognitive-behavioural functional analysis.* I: Gilbert P, Miles J. Body shame. New York: Brunner-Routledge, 2002: 219–55.
- Götestam, Skårderud, Rosenvinge (2004): *Patologisk overspising – en oversikt.* I tidsskriftet Den norske lægeforening, No. 16/2004

Helse Nord (2007): *Utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten, voksne*. 1.november 2007. <http://www.helse-nord.no/sykelig-overvekt/category2834.html>  
Rapport: Utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten - voksne

Kirkevold Marit (1993): Fortellingens plass i sykepleiefaget. I Kirkevold, Nordtvedt & Alvsvåg (red): *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo, Ad Notam Gyldendal. (11 sider)

Kvale, Steinar (2002): *InterWiev. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag, side 15

Løvig, Torgeir (2008): *Historisk oversikt over overvektskirurgi med spesiell fokus på utviklingen i Norge*. I tidsskriftet *Kirurgien*, No.4/2008, Norsk Kirurgisk Forening  
[http://www.kirurgien.no/assets/files/2008\\_Kirurgien\\_4.pdf](http://www.kirurgien.no/assets/files/2008_Kirurgien_4.pdf)

Merleau-Ponty, Maurice (1962): *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul, 1962.

Nasjonale festningsverk (2009): <http://www.nasjonalefestningsverk.no/>

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004): *Faktaark - overvekt og fedme hos voksne*.  
<http://www.fhi.no/>

Normann, Trine Tveit Sandvin, Johans og Thommesen, Hanne (2003): *Om rehabilitering – Mot en helhetlig og felles forståelse?* Kommuneforlaget AS, Oslo 2003. 3. opplag med endringer i 2006.

NOU 2001: 22: *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*.

Råheim, Målfrid (2001): *Kroppsfenomenologi – innsikt rellevant for klinisk praksis*. Seksjon for fysioterapivitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. 2001

Sosial- og helsedirektoratet (03/2004): *Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten*

Solvang, Per (2002): *Pissing woman – en fornødelse eller skjønnhet?* I: Elvebakken, K. T. & Solvang, P. Helsebilder – sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv. Oslo, fagbokforlaget (s. 171 -190)

Statistisk sentralbyrå (2009): *Levekårsundersøkelsen 2008; Helse omsorg og sosial kontakt*.  
<http://www.ssb.no/>

Store Norske Leksikon (2008): *Store norske leksikon*. Aschehoug og Gyldendal 2008.

Stortingsmelding nr. 21 (1998-99): *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk*.

Taylor, Charles (1998): *Autentisitetens etikk*. Cappelen Akademisk Forlag as 1998. 4. opplag 2003

Widerberg, Karin (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Universitetsforlage 2001. 2. opplag 2005.

WHO/World health organization, <http://www.who.int/en/>

**Forespørsel om deltakelse i prosjektet ” Erfaringer og perspektiver i rehabiliteringsprosessen til personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurg.”**

Jeg heter Elisabeth Johannessen og jeg er mastergradsstudent i rehabilitering ved fakultet for samfunnsvitenskap, Høgskolen i Bodø. Jeg skal nå avslutte min mastergrad og avsluttende del av studiet består av et forskningsprosjekt.

I dette avsluttende forskningsprosjektet ønsker jeg å betrakte og studere hvilke erfaringer og perspektiver personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi erfarer og opplever i sin rehabiliteringsprosess. Disse erfaringene og opplevelsene ønsker jeg å få tilgang til gjennom dybde intervju av 5 -8 personer som har fått utført fedmereduserende kirurgi.

Intervjuene vil være av en åpen form, hvor ulike tema vil styre samtalen. Jeg ønsker ikke en intervju form hvor jeg stille spørsmålene og dere svarer, heller ønsker jeg en intervju form som åpner for en gjensidig samtale og diskusjon.

Alle spørsmål og tema vil være med utgangspunkt i rehabilitering og rehabiliteringsprosesser erfart i etterkant av gjennomgått fedmereduserende kirurgi.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuet. Intervjuet vil vare ca en times tid. Dersom du takker ja til å delta i forskningsprosjektet gjennom å returnere samtykkeerklæringen vil jeg kontakte deg per brev, telefon eller e-post, avhengig av hva du oppgir som ønsket kontaktform slik at vi sammen kan avtale tid og sted for intervjuet. Eventuelt kan du kontakte meg per telefon eller e-post og levere samtykkeerklæringen i forbindelse med intervjuet.

Det er helt frivillig å delta i prosjektet, og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du skulle trekke deg fra prosjektet vil alle data om og gitt av deg bli makulert og slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2009.

Dersom det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnummer 91313570, eller sende en e- post til [elisj78@gmail.com](mailto:elisj78@gmail.com).

Min veileder er Johans Sandvin, professor ved fakultetet for samfunnsvitenskap ved Høgskolen i Bodø.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Vennlig hilsen Elisabeth Johannessen, Furnes, 8215 Valnesfjord. Tlf: 91313570, E- post; [elisj78@gmail.com](mailto:elisj78@gmail.com)

**Samtykke om deltakelse i forskningsprosjektet ”Erfaringer og perspektiver i rehabiliteringsprosessen til personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurg”**

Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å stille til intervju.

Dato/Signatur \_\_\_\_\_

Jeg ønsker å bli kontaktet via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Oppgi evt. telefon, e- post, adresse...)



## Intervjuguide;

”Erfaringer og perspektiver i rehabiliteringsprosessen til personer som har gjennomgått fedmereduserende kirurgi.”

*”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”* (Forskrift om habilitering og rehabilitering 1. juli 2001)

Kan du innledningsvis begynne med å fortelle litt om hvem du er?

1. Hvilke tanker gjør du deg i forhold til begrepet rehabilitering? Hva tenker du om rehabilitering?
2. Kan du beskrive den rehabiliteringen du har mottatt/gjennomgått i etterkant av operasjonen?
3. Hva tenker du er betydningsfullt eller viktig i rehabilitering og rehabiliteringsprosesser?
4. Hvordan har du erfart den rehabiliteringen og de rehabiliteringsprosessene du har gjennomgått i etterkant av operasjonen?

Stikkord: deltakelse, det enkelte individ, individuelle mål, å bygge broer, tidsavgrensede prosesser, samarbeid og koordinering.