



Bachelorgradsoppgave

Helserelaterte utfordringer som kan forekomme etter fedmeoperasjon.

Health related issues that may occur following bariatric surgery.

Ida Berg
Ingrid Totland

SPU 110
Bachelorgradsoppgave i sykepleie
Antall ord i oppgaven: 9855

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



HINT

ABSTRACT

Introduksjon: De siste årene har det vært en kraftig økning i antall fedmeoperasjoner i Norge. Det finnes mange studier som fokuserer på de positive aspektene etter en fedmeoperasjon. Likevel ser man at nesten 20 % av pasientene som gjennomgikk en slik operasjon opplevde helserelaterte utfordringer i ettertid.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse helserelaterte utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon.

Metode: En allmenn litteraturstudie basert på 12 forskningsartikler.

Resultat: Resultatdelen viser til 3 kategorier som gir helserelaterte utfordringer hos pasientene i de inkluderte artiklene. De viktigste funnene som blir belyst er "dumping syndromet", fedmeopererte pasienters utvikling av spiseforstyrrelser og pasienters syn på eget kroppsbilde. Resultatet viser at disse funnene kan gi en påvirkning av pasientenes opplevelse av livskvalitet.

Diskusjon: Som følger av de helserelaterte utfordringene opplever enkelte pasienter dårligere livskvalitet etter fedmeoperasjonen. Kunnskap om pasientens ressurser, opplevelser og reaksjoner er i denne sammenheng viktig for sykepleieutøvelsen. Som sykepleier kan man alltid gjøre *noe* for å bedre pasientens livskvalitet.

Konklusjon: Ved å benytte den informasjon som er angitt i denne litteraturstudien, vil man som sykepleier få økt kunnskap om helserelaterte utfordringer etter en fedmeoperasjon. Ved å videreføre denne informasjonen til pasientene, vil også deres kunnskapsnivå rundt temaet øke.

Nøkkelord: Fedmeoperasjon, "dumping-syndromet", spiseforstyrrelse, kroppsbilde.

ABSTRACT

Introduction: There has been an increase in bariatric surgery in Norway the last years. Many studies focus on the positive aspects following bariatric surgery. Nevertheless, number shows that in retrospect almost 20% of patients who underwent this surgery experienced health related issues.

Aim: The aim of this literature study is to identify health related issues that may occur following bariatric surgery.

Method: A non systematic literary study that is based on 12 scientific papers.

Results: The results refers to 3 categories that is based on the health related issues which occur among the patients in the included articles. The main findings that are identified is "dumping syndrome", the development of eating disorders following bariatric surgery and the patients' views on their own body image. The results shows that these findings may affect the patients quality of life.

Discussion: The health related issues following bariatric surgery might lead to a decrease in quality of life for some patients. Knowledge in the patients' resources, experiences and reactions will be important for the nursing practice. As a nurse you can always do *something* to improve the patients quality of life.

Conclusion: By taking the information given in this literary study into use, you can as a nurse achieve increase knowledge of health related issues following bariatric surgery. By passing this information on to the patients, will also their knowledge of the subject increase.

Key words: Bariatric surgery, "dumping syndrome", eating disorder, body image.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	HENSIKT	3
2.0	METODE.....	3
2.1	FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK.....	4
2.2	INKLUDERINGS- OG EKSKLUDERINGSKRITERIER	5
2.3	ANALYSE	6
2.4	ETISKE OVERVEIELSER	7
3.0	RESULTAT: HELSERELATERTE UTFORDRINGER SOM KAN FOREKOMME ETTER EN FEDMEOPERASJON	8
3.1	”DUMPING SYNDROMET”	9
3.1.1	DIFFUS SMERTE I HELE KROPPEN OG FATIGUE	10
3.1.2	OPPKAST OG DIARÉ	11
3.2	FEDMEOPERERTE PASIENTERS UTVIKLING AV SPISEFORSTYRRELSER	11
3.2.1	PATOLOGISK OVERSPISING.....	12
3.2.2	ANOREXIA NERVOSA	13
3.3	PASIENTENES SYN PÅ EGET KROPPSBILDE	14
3.3.1	VEKTØKNING	15
3.3.2	LØS OVERSKUDDSHUD	15
4.0	DISKUSJON.....	17
4.1	RESULTATDISKUSJON: HELSERELATERTE UTFORDRINGER SOM KAN FOREKOMME ETTER EN FEDMEOPERASJON	17
4.1.1	”DUMPING SYNDROMET”	20
4.1.2	FEDMEOPERERTE PASIENTERS UTVIKLING AV SPISEFORSTYRRELSER	22
4.1.3	PASIENTENES SYN PÅ EGET KROPPSBILDE	23
4.2	VEILEDNING OG MOTIVERENDE SAMTALE	25
4.3	METODEDISKUSJON	26
5.0	KONKLUSJON	27

LITTERATURLISTE

VEDLEGG 1: *Oversikt over søkestrategier*

VEDLEGG 2: *Oversikt over manuelle søk*

VEDLEGG 3: *Oversikt over inkluderte artikler*

VEDLEGG 4: *Analysetabell*

1.0 INTRODUKSJON

Fedme blir sett på som en moderne livsstilssykdom og kan føre til alvorlig sykdom og problemer som for eksempel, kreft, diabetes, hjerteproblemer, stigmatisering, diskriminering og psykiske problemer (Malterud og Tonstad 2009; Carr og Friedman 2005). Pasienter som blir klassifisert under kategorien fedme blir tilbudt ernæringsråd og livsstils endrende veiledning fra ulike profesjoner innenfor helsefaget. Så mange som 95% av de som går ned i vekt ved hjelp av livsstilsendring, vil i løpet av få år legge på seg igjen (Ogden et al. 2006; Greenberg og Robinson 2009).

Helse- og omsorgsdepartementet påla i 2004 de regionale helseforetakene å etablere et behandlingstilbud for pasienter under kategorien fedme. Det har vært en kraftig økning i antall fedmeoperasjoner etter dette (Aasheim et al. 2007). Ifølge nasjonale retningslinjer, kan fedmeoperasjoner være et kirurgisk behandlingsalternativ for pasienter som ikke har lyktes med vektnedgang gjennom medisinsk behandling av overvekten (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Samhandlingsreformens retningslinjer beskriver at man i fremtiden skal ta sikte på å forebygge fremfor å behandle (Regjeringen 2009).

10,5% av den voksne (18-64år) befolkningen i Norge blir klassifisert under kategorien fedme. Statistikk fra Helseinstituttet viser at tallene er økende (Norges helse statistikkbank). I 2010 ble det utført rundt 2000 fedmeoperasjoner i Norge og disse operasjonene kan føre til alvorlig sykdom og komplikasjoner. Ved fedme kan kirurgisk behandling vurderes dersom ikke-kirurgiske tiltak er prøvd uten tilstrekkelig effekt (Blackburn et al. 2009; Hofsø et al. 2010).

Hovedmålet med kirurgisk behandling av sykkelig overvekt er bedring av pasientens helse relaterte livskvalitet (Aasprang 2008). For å få tilbud om en slik operasjon må pasientene ha en BMI¹ på over 40. Har pasienten tilleggdiagnoser som direkte påvirkes av overvekten, som for eksempel diabetes, får man tilbud om operasjon med en BMI på 35 (Mårvik 2011; Aasheim et al. 2007).

¹ BMI - En formel som viser balansen mellom høyde og vekt. BMI under 18,5 = undervekt, mellom 18,5-25 = normalvekt, mellom 25-30 = overvekt og BMI over 30 = fedme (Nylenna 2009).

Alle kirurgiske vektreduksjonsprosedyrer endrer ernæringsopptaket for å fremkalle en vektreduksjon ved tre forskjellige måter:

- A) Restriktive prosedyrer som minsker ernæringsopptaket.
- B) Malabsorptiv prosedyre som reduserer ernæringsopptaket ved å påvirke fordøyelsen og absorpsjonen.
- C) En kombinasjon av A og B (Hofsø et al. 2011).

I følge Ogden et al. (2006) finnes det mange studier som fokuserer på de positive aspektene etter fedmeoperasjoner. Den dramatiske vektreduksjonen blir assosiert med reduksjon i risiko for diabetes og hypertensjon. Det ble også koblet mot positive endringer som førte til bedre livskvalitet de første årene etter operasjonen og studier viser sammenheng mellom vektreduksjon og bedre psykisk helse. Satt i sammenheng gir disse studiene et bilde av at slike operasjoner vil forbedre livet i form av generell helse, sosialt, psykisk og mental velvære, sammenlignet med preoperativt.

Ser man i aviser, internettsider, personlige før og etter bilder som blir lagt ut i sosiale medier, kan man se de positive resultatene av slike operasjoner. Det illustrerer "mitt nye jeg" mot det gamle "fete jeg" (Salant og Santry 2006). Man kan gå fra å ha en patologisk eksistens til å ha en vital, aktiv og sunn livsstil, men dette betyr ikke at en slik operasjon er en "quick fix" eller en ukomplisert prosedyre. I følge Maggard et al. (2005) rapporterer nesten 20% av pasienter som har gjennomgått en fedmeoperasjon ulike helserelevante utfordringer i ettertid.

Etter en gastrisk bypass² kan helserelevante utfordringer oppstå forholdsvis raskt, eller de kan dukke opp etter 15-20 år. Av alle pasienter som gjennomgår en gastrisk bypass på St. Olavs Hospital, må 5-7% av pasientene reopereres på grunn av tarmkomplikasjoner. Overlege og gastrokirurg Ronald Mårvik frykter at mørketallene rundt slike helserelevante utfordringer er store. Pasientene som kommer tilbake etter operasjon har ofte gått alt for lenge med plagene før de tar kontakt. Mårvik tror mange av pasientene som har gjennomgått en operasjon og som opplever slike utfordringer, går rundt med lidelser uten å kontakte helsevesenet (Mårvik 2011).

² **Gastrisk Bypass** - Inngrep som gjør magesekken mindre og leder maten forbi de øvre delene av tynntarmen slik at opptaket av føde i tarmen blir begrenset (Norsk helseinformatikk).

Denne litteraturstudien belyser helserelevante utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon. Det finnes, som nevnt tidligere i introduksjonen, flere ulike operasjonsprosedyrer. Studien tar utgangspunkt i de operasjonsprosedyrerne som ses i de aktuelle forskningsartiklene som blir benyttet i resultatdelen. Disse inkluderer gastrisk bypass, LAGB³ og gastrisk sleeve⁴. Denne delen vil gjennom et pasientperspektiv belyse et utvalg av de helserelevante utfordringene som blir beskrevet i de utvalgte artiklene. Ettersom antall operasjoner øker i omfang, øker også helserelevante utfordringer som kan være vanskelig for pasienten å forholde seg til. Man vil som sykepleier derfor kunne møte pasientene både ved helseforetak og kommunehelsetjenesten. På bakgrunn av dette blir det i diskusjonsdelen reflektert over sykepleierelevansen til studien.

Man har som sykepleier behov for kunnskaper om hvilke helserelevante utfordringer som kan forekomme og hvordan pasienten opplever situasjonen. En slik kunnskap vil gi et bedre grunnlag for hvordan man som sykepleier skal hjelpe, støtte og veilede pasienter som opplever slike utfordringer etter en fedmeoperasjon. Diskusjonsdelen reflekterer derfor rundt hvordan veiledning og motiverende intervju er av betydning for sykepleierelevansen. Resultatdelen viser at helserelevante utfordringer gir en tydelig påvirkning av pasientenes livskvalitet. Diskusjonsdelen vil derfor innledningsvis gjøre rede for Siri Næss' teori om livskvalitet.

1.1 HENSIKT

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse helserelevante utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon.

2.0 METODE

En metode er fremgangsmåten man bruker for å finne kunnskap om noe man vil undersøke. Metoden skal gi gode, sanne og holdbare data og belyse det tema man skal finne kunnskap om (Dalland 2007). Denne studien er en allmenn litteraturstudie, som innebærer gjennomgang av allerede eksisterende forskningslitteratur. En allmenn litteraturstudie kan sees på som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Den beskriver og analyserer utvalgte studier, her på en usystematisk måte (Forsberg og Wengström 2013).

³ LAGB – Kirurgisk inngrep som snevrer inn magesekken (Nylenna 2009).

⁴ Gastrisk sleeve – Kirurgisk inngrep hvor store deler av magesekken fjernes og etterlater en "bananliknende" rørformet magesekk som rommer mye mindre enn utgangspunktet. (Norsk Helseinformatikk).

2.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK

Det første som ble gjort var å søke forskningsartikler i ulike anerkjente databaser for å få en oversikt rundt temaet fedmeoperasjon. Videre ble hensikten formulert og det ble gjort søk med ulike kombinasjoner av søkeord. Søkeord ble valgt ut i fra hensikten i studien hvor fokuset var "den fedmeopererte pasienten". *Bariatric surgery* og *post surgery* ble hovedsøkeord i starten av søkeprosessen. Videre ble flere søkeord lagt til for å innskrenke og spisse søket til å finne forskningsartikler som ga svar på studiens hensikt.

Under søkeprosessen ble det benyttet flere databaser, se tabell 1. Denne tabellen inneholder oversikt over hvilke databaser som er benyttet, hvilke avgrensninger som ble gjort, antall treff og utvalgte og inkluderte artikler brukt i resultatet av studien. Etter granskning av artikler som var aktuelle ble det valgt å søke direkte på forfatters navn i søkebase for å se om forfatter hadde flere artikler som var av interesse.

Eksempel på vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Lest artikkel-ens tittel	Lest artikkel-ens abstract	Lest artikkel i sin helhet	Artikkel utvalgt for granskning og vurdering
Søk nr. 1. PsychInfo 26.03.14	Engelsk, Norsk, Svensk, Dansk. 2006 – Current date.	Bariatric Surgery AND Post Surgery.	421	130	34	19	8

Det ble søkt både kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ forskning gir informasjon i form av målbare data/tall mens kvalitativ forskning fanger opp meninger og opplevelser hos den enkelte pasient (Dalland 2007). Det er benyttet både kvantitativ og kvalitativ forskning i resultatdelen av studien. For å besvare hensikten er det benyttet flest kvalitative forskningsartikler, da det er nødvendig å få pasientens egne meninger og erfaringer.

Eksempel på vedlegg 2: Oversikt over manuelle søk⁵.

Hentet fra referanse-listen i følgende artikkel	Søkebase	Søkeord	Forfatter
Mitchell et al. 2013. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery.	Medline	Dymek M. P.	Dymek M. P. et al. 2001.

2.2 INKLUDERINGS- OG EKSKLUDERINGSKRITERIER

Under søkeprosessen ble det benyttet avgrensninger i forhold til språk og publiserings år. Dette for å få det nyeste innen forskning da fedmeoperasjon er relativt nytt. Når det gjelder valg av artikler ble det inkludert studier som er publisert i internasjonale tidsskrifter. Flere av studiene som ble inkludert er av norsk opprinnelse. Artiklene er vitenskapelige, med tydelig beskrevet metode, klar hensikt og problemstilling, resultat og diskusjon. De inkluderte artiklene har et pasientperspektiv. Studien til DiGiacchino et al. (2001) er ikke basert på fedmeopererte pasienter, men blir etter nøye artikkelgranskning likevel inkludert i denne litteraturstudien på grunn av hvordan den beskriver pasienters oppfatning av kroppsbilde og hvordan pasienten kan påvirkes av det.

Eksempel på vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler.

Søk nr.	Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ Instrument	Deltakere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
1	Natvik et al. 2013. Norge.	Utforske fedmeopererte pasienters meninger om vektreduksjon og selve fedmeoperasjonen.	Kvalitativ. Dybdeintervju. Retrospektiv design.	4 menn og 4 kvinner, fra 43-53 år. Alle hadde gjennomgått en fedmeoperasjon for 5-7 år siden.	Livet etter fedmekirurgi ble beskrevet som å leve med spenning, ambivalens, og forsterket oppmerksomhet mot ens kropp.	Nivå 2. Ny forskning med god relevans for besvarelse av flere kategorier i resultatdel.

⁵ **Manuelt søk** - Et søk i litteraturlister til andre forskningsartikler (Forsberg og Wengström, 2013).

2.3 ANALYSE

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse helserelaterte utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon. Etter å ha samlet inn data ble det gjort en analyse for å få oversikt over innholdet i artiklene. Utfordringen i en analyse er i følge Dalland (2007) granskningsarbeidet hvor man finner ut hva materialet har å fortelle. Granskningsarbeidet resulterte i kategorier og subkategorier og er kategorisert og utformet til overskrifter i resultatdelen av studien. Både kategoriene og subkategoriene ble ansett som sentrale for å besvare hensikten.

Eksempel på vedlegg 4: Analysetabell

Subkategorier	Kategorier
Fedmeoperasjon kan føre til at noen pasienter utvikler varig fatigue og intense smerter. Et slikt utfall hindrer pasientene fra å ha et sosialt og psykisk balansert liv.	"Dumping syndromet".
Smerten som en del av "dumping episodene" ble mer merkbar over tid og var ikke alltid lokalisert til en bestemt kroppsdel, men beskrives som en jevn smerte i hele kroppen.	
Pasientene rapporterer at det var vanskelig å kontrollere diaré, gass, smerte, kvalme og oppkast.	

Etter analysen ble det foretatt et søk i *database for statistikk om høgre utdanning*. Dette for å se nærmere om tidsskriftene som publiserte de inkluderte artiklene er godkjente publiseringskanaler. Dette er et nasjonalt målesystem for vitenskapelige publikasjoner som baseres på en nivåinndeling. Denne inndelingen er gjort ut fra en vurdering av kvaliteten på tidsskriftene. Når tidsskriftene ligger på nivå 1 eller 2 betyr dette at de er godkjente publiseringskanaler. Ved nivå 2 har tidsskriftene en høyere internasjonal prestisje og oppfattes som de mest ledende og betydelige innenfor de ulike fagfeltene (Database for statistikk om høgere utdanning 2014). Denne studien inkluderer 7 artikler med nivå 1, 3 artikler med nivå 2 og 2 artikler som ikke ligger på et godkjent nivå.

2.4 ETISKE OVERVEIELSER

Det er som nevnt tidligere, benyttet flere forskningsartikler av norsk opprinnelse. Forskning som er utført i Norge eller at forsker er ansatt av norsk arbeidsgiver er pålagt å følge forskningsetikkloven. Loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer (Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning 2006). Resultatet i de norske artiklene er godkjent av den nasjonale Forskningsetiske Komité for Medisin og Helsefag (NEM).

Ikke alle utenlandske artikler som blir benyttet i denne studien inneholdt opplysninger om de var godkjent hos etisk komité. Men på bakgrunn av hvilket tidsskrift artiklene er publisert (som ligger på nivå 1 eller 2) kan man ta utgangspunkt i at forskerne har fulgt i de internasjonale etiske retningslinjene til Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen inneholder et forskningsetisk komiteesystem som blant annet sørger for at studiene holder vitenskapelig god nok kvalitet (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2013). 2 av artiklene som blir inkludert er ikke godkjente publiseringskanaler, men artiklene blir etter nøye kvalitetsvurdering likevel inkludert i studien da de var relevante for besvarelse av hensikten. Da flere av studiene er kvalitative, vil resultatet vise deltakernes personlige erfaringer, opplevelser, meninger og fortellinger fra de ulike situasjonene. Disse studiene er basert på observasjoner, dybdeintervjuer og åpne samtaler. Personer som blir bedt om å bidra med opplysninger i en studie har rettigheter i forhold til selve deltakelsen i forskningsarbeidet (Dalland 2007; Pettersen 2008; Polit og Beck 2012).

3.0 RESULTAT: HELSERELATERTE UTFORDRINGER SOM KAN FOREKOMME ETTER EN FEDMEOPERASJON

Livet etter en fedmeoperasjon blir her beskrevet som å leve med anspenhet, ambivalens og en forsterket oppmerksomhet mot egen kropp. Anspenheten blir koblet opp mot en kroppslig forandring og deres endrede relasjoner i den sosiale verden. Pasientene uttrykker et pågående krav for kontroll av helsemessige vaner og en sterk redsel for å miste kontroll over egen kropp igjen. Når en person har en betraktelig vektreduksjon, vil man utad vise seg på en ny måte. Det er likevel ikke sikkert at personens væremåte, personlighet og psyke vil endres og vises på en ny måte (Groven et al. 2010). Vektreduksjon, som følger av en fedmeoperasjon, og forbedret fysisk funksjon betyr ikke nødvendigvis at man har endret sine helserelaterede vaner i det langsiktige løp (Natvik et al. 2013).

En av pasientene forklarte det slik:

”Du blir ikke en annen person selv om du går ned i vekt.. jeg forventet å bli en annen person når jeg ble slankere, og at livet mitt skulle bli enklere. Men i realiteten så er verden den samme [latter], og jeg har de samme menneskene rundt meg.” (Natvik et al. 2013. pp. 1208).

Alle pasientene i studien til Natvik et al. (2013) følte at de helserelaterede utfordringene som oppsto etter operasjonen skygget over de positive sidene med en stor vektreduksjon. De beskriver et emosjonelt kval med vonde følelser, anger og usikkerhet rundt fremtidige livsprospekter. Noen av pasientene beskriver at de helserelaterede utfordringene ga dem opplevelsen av en dårligere livskvalitet enn før fedmeoperasjonen. Den ”nye” kroppen blir sett på som svak, dysfunksjonell, utbrent og mindre attraktiv enn tidligere (Groven et al. 2010). I følge Dymek et al. (2001) ble det hos de pasientene som ikke klarte å tilpasse nye spisevaner etter operasjonen, sett en sammenheng mellom vektøkning og redusert helserelatert livskvalitet.

3.1 "DUMPING SYNDROMET"

En av de vanligste bivirkningene etter en fedmeoperasjon blir omtalt som "dumping syndromet". Symptomer som blir assosiert med "dumping" er uregelmessig hjerterytme, blodtrykksfall, abdominale kramper, diffus smerte i hele kroppen, kaldsvette, diaré, kvalme, oppkast og fatigue. Disse symptomene oppstår på grunn av en rekke fysiologiske prosesser som trigges når mat når tynntarmen for raskt (Groven et al. 2010; Groven et al 2012b).

Groven et al. (2012b) beskriver "dumping" som en ubehagelig kroppslig reaksjon, og oppleves som svært intens gjennom hele kroppen. De første episodene med "dumping" blir beskrevet som overraskende og "nær døden" opplevelse. Alle pasientene hadde mottatt informasjon om disse bivirkningene før operasjonen, men de følte seg likevel uforberedt på den intense smerten og ubehaget det førte til.

For å unngå "dumping" episoder, bruker pasientene mye tid og energi på og utforske hvilke matvarer de kan og ikke kan innta, hvor mye og hvor ofte. 3 år etter operasjonen, har enkelte pasienter fortsatt problemer med å forutse når det kan oppstå en "dumping" episode. Andre pasienter forteller at deres diett ble mindre sunn da de måtte unngå flere typer frukt, grønnsaker og melkeprodukter. Det er stor variasjon blant pasientene på hvilke matvarer som forårsaker de akutte symptomene. De beskriver følelser som glede og lettelse når de klarer å unngå "dumping", etterfulgt av følelser som skyldfølelse, anger og selvforakt når de ikke klarer å unngå det (Groven et al. 2012b).

Pasientene forklarer at disse symptomene er enklere å forholde seg til når de oppholder seg hjemme og kan legge seg ned, eller være på sitt eget toalett. På jobb eller andre offentlige steder blir dette mer problematisk. Flere av pasientene ønsker ikke at offentligheten skal vite at de har gjennomgått denne operasjonen og "dumping" symptomene gjør dette langt mer vanskelig å skjule. De føler seg svært sårbare i slike situasjoner (Groven et al. 2012b).

3.1.1 DIFFUS SMERTE I HELE KROPPEN OG FATIGUE

Alle pasientene i studien til Groven et al. (2010) beskriver den første tiden etter fedmeoperasjonen som fylt med euforiske⁶ følelser rundt det å ha en rask og dramatisk vektreduksjon på kort tid. Dette ble opplevd som en positiv periode i livet og alt følte perfekt i denne tiden.

Ca 1 år etter operasjonen begynte de og føle seg slitne i kropp og sinn. De hadde mindre energi i hverdagen. Å måtte stå opp om morgenen og gå på jobb eller studere ble etter hvert mer og mer problematisk. Følelse av utbrenthet og fatigue⁷ tvang dem til inaktivitet. Etter en tid hadde de så lite energi at de ble sykmeldte fra jobb og skole. Dette kunne vare i alt fra korte perioder til perioder på flere måneder av gangen. Det gjorde det vanskelig å følge rehabiliteringsprogrammet som skulle følges etter fedmeoperasjonen. De begynte også å kjenne en smerte som ble mer og mer merkbar etter som tiden gikk. Smerten var ikke lokalisert til en bestemt kroppsdel, men ble beskrevet som en jevn smerte i hele kroppen. Smerten førte til at bevegeligheten ble mindre enn før operasjonen og at de hadde lite energi til å bevege seg. Lange turer og forsøk på å få energi viste seg motsatt og førte til forverring av smerte og fatigue. Den euforiske følelsen var borte (Groven et al. 2010; Groven et al. 2012a).

I følge Groven et al. (2012b) kan et mislykket utfall etter en fedmeoperasjon innebære og leve med varig fatigue, ha intense smerter eller føle på skam rundt situasjonen. Et slikt utfall hindrer pasientene fra å ha et sosialt og psykisk balansert liv. De snakker om smerter under termen "dumping" og forklarer at den skygger over alt annet når "dumping" situasjonene oppstår. På utsiden kunne de se "friske" ut, mens på innsiden følte de en jevn smerte og fatigue i hele kroppen. En pasient beskriver det slik:

'Alle tar det for gitt at livet mitt er mye bedre nå. De kommer ofte med kommentarer som "Det må være godt for deg nå som alle de kiloene har forsvunnet". Da tenker jeg: F... ta deg, du vet ikke hva du snakker om' (Groven et al. 2012a, pp. 514).

⁶ Eufori – Sterk følelse av oppstemthet og velbefinnende (Nylenna 2009).

⁷ Fatigue- Utmattelse og tretthet. Manglende evne til å restituere energi etter hvile eller søvn (Lerdal 2010).

3.1.2 OPPKAST OG DIARÉ

I følge Natvik et al. (2013) sier de fleste pasientene i studien at det var vanskelig å kontrollere diaré, gass, smerte, kvalme og oppkast som følge av at fordøyelsessystemet var sensitivt og satt ut av spill. Det tok en stund før de klarte og finne sammenhengen mellom hvilke typer mat som skapte ulike reaksjoner.

En pasient beskriver:

'Jeg kan bli veldig dårlig. Jeg kan... oppleve noen veldig ubehagelige bivirkninger, diaré og... slike ting.. Eller... Det som ofte skjer med meg er at jeg begynner og kaldsvette... Jeg føler meg varm og kvalm' (Groven et al. 2012a, pp. 513).

Mange av pasientene i studien til Natvik et al. (2013) opplevde de psykososiale effektene av operasjonen. De var bekymret for andre menneskers reaksjoner på illeluktende diaré og gass. For mange betydde dette en sosial restriksjon for eksempel at de spise lite eller ingen mat i sosiale sammenhenger, gikk kun på eget toalett eller holdt igjen tarmgass til tross for at dette førte til abdominale smerter og ubehag.

3.2 FEDMEOPERERTE PASIENTERS UTVIKLING AV SPISEFORSTYRRELSER

Resultatet av de restriktive fedmeoperasjonene avhenger av graden av hvor vidt pasienten klarer å adaptere sunne og varige diett forandringer. Zijlstra et al (2009) forklarer at disse forandringene kobles sammen med pasientens innstilling for å kontrollere matinntak og valg av matvarer. Den nyetablerte kontrollen av matinntak som pasienten opplever rett etter en operasjon vil gradvis forsvinne, noe som betyr at de selv må tenke over hvilken type mat de spiser og hvor store porsjonene skal være (Natvik et al. 2013). Fedmeopererte pasienter som ikke mestrer kontroll av matinntak, kan klassifiseres ved å bruke et skjema, DSM-5⁸, som presenterer definisjoner for symptomer på spiseforstyrrelser (Conceição et al. 2013a).

⁸ DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Conceição et al. 2013a).

3.2.1 PATOLOGISK OVERSPISING

LAGB forhindrer evnen til å spise store mengder hurtig, og flere av pasientene beskriver at de blir fysisk dårlig av å gjøre dette den første tiden etter operasjonen. Alle pasientene i studien til Zijlstra et al. (2009) var misfornøyde med resultatet etter LAGB og mente det kom av at strikken var for løs og at for store mengder mat kunne passere. Tøyeligheten til strikken ble testet på hvor mye mat, hvilken type mat, hvor ofte og hvor raskt de kunne spise. Noen av pasientene viste lite eller ingen innsikt over egen rolle ved vektnedgang, mens andre viste til delvis innsikt hvor de spiste riktig, men falt tilbake til gamle vaner i tider med mye stress. Enkelte pasienter med lav vektreduksjon etter LAGB, var utilstrekkelig bevisst om at deres egen innsats var nødvendig for å opprettholde en vektreduksjon. De forventet at operasjonen ville gjøre jobben for dem.

'Jeg forventet at det ville bli enklere å velge hva som kunne spises; at jeg ville bli i stand til å velge et smørbrød i stedet for sjokolade, kjeks, potetgull osv. Jeg trodde jeg ville klare å håndtere dette enkelt og at innen neste år, ville jeg ha gått ned 30 kg. At det ville fungere på den måten...' (Zijlstra et al. 2009. pp. 110).

En pasient beskriver at hun av og til kan innta store mengder på kort tid uten å være klar over hva hun gjør. Da hun i ettertid får "dumping" symptomer føler hun en stor skam over mengden som ble inntatt. Pasienten forteller en opplevelse av og ikke ha kontroll over matinntaket, og at spiseproblemene hun hadde før fedmeoperasjonen fortsatt er tilstede:

'Operasjonen var ikke i hodet mitt, vet du. Det er derfor jeg peker på hodet mitt. Jeg ble ikke operert her inne.. det er en underliggende prosess som kontrollerer meg på et vis, så det er ikke min egen vilje som kontrollerer ting... I stedet er det kroppen min, på et vis' (Groven et al. 2012b. pp. 45).

Pasientenes forventninger samsvarer ikke med det fremtidige vekttapet og deres evne til å vedlikeholde en sunn livsstil. Enkelte var ikke klar over egen utøvelse av helserelatert atferd og hadde ingen planer om å gjøre noen endring. Å spise er en del av et komplekst atferdsmønster som her reflekterer en svikt hvor tanken er å spise en moderat mengde, mens utførelsen svikter. Dette ender i et mønster med patologisk overspising (Zijlstra et al. 2009).

3.2.2 ANOREXIA NERVOSA

Pasientene i studien til Conceição et al. (2013a) hadde før operasjonen en BMI mellom 40.4-79.4. Etter operasjonen hadde de en BMI mellom 18,5-25. Basert på de nye DSM-5 kriteriene, oppfylte 6 av 12 pasienter kriteriene for diagnosen anorexia nervosa⁹ (AN). I tillegg møtte 4 av de 12 pasientene kriteriene for atypisk AN, siden de var normalvektige. Ved oppstart av studien rapporterte 10 pasienter å ha et daglig inntak på under 400 kalorier pr dag på grunn av frykt for vektøkning.

Det ble oppdaget bestemte atferder blant pasientene som ble sett i sammenheng med den atferden personer med spiseforstyrrelser har (Conceição et al. 2013a):
Begrenset typer valg av matvarer
Kaloritelling
Kutter opp mat i små biter
Opplever spesielle tanker om mat og spising
Lager og serverer mat for andre uten å spise selv
Gjemme mat under måltider
Restriktive matregler
Misliker følelsen av å ha mat i magesekken
Ser ofte matprogrammer på TV
Ofte se på vekten og sammenligne seg selv med "de gamle klærne"
Frykt for å spise
Sammenligne seg selv med andre personer for å se om sin egen kropp er like tynn eller tynnere
Dårlig kroppsbilde og misfornøyd med egen kropp

6 måneder etter operasjonen rapporterer en av pasientene i studien til Conceição et al. (2013b) daglige episoder med subjektiv overdrevent matinntak. Pasienten forsøker å kontrollere alt som blir spist, slik at hun klarer å holde et daglig inntak av maks 500 kalorier. Hun har konstant skyldfølelse etter å ha spist, og har bestemte tanker rundt hvilken virkning hvert måltid har på hennes vekt. Pasienten forteller om en intens frykt for å legge på seg igjen, at hun har et klart ønske om å ha en tom magesekk og til å fortsette å gå ned i vekt. Disse tankene dominerte store deler av hennes

⁹ **Anorexia Nervosa** – Nedsatt appetitt, appetittløs, nervøs spisevegring. En alvorlig spiseforstyrrelse (Nylenna 2009).

daglige liv. Etter operasjonen kjøpte hun seg en skritteller for å kontrollere hvor mye hun forbrente. Ved følelsen av å ha overspist, ble skrittelleren benyttet helt til hun hadde forbrent 300 kalorier. Treningen som ble utført var tvangsmessig og pasientens egne tanker var å utføre minst 12 000 skritt hver dag. 2 år etter fedmeoperasjonen hadde pasienten begynt å innse hvor lite hun spiste, og forteller at hun var overrasket over hvordan en operasjon i magesekken kan forvirre og ødelegge tankene i hodet så mye som det hadde gjort. Studien viser at hun oppfylte alle diagnose kriteriene for anorexia nervosa, bortsett fra BMI under 17,5 (Conceição et al. 2013b).

En annen pasient i studien hadde de første 3 månedene etter fedmeoperasjonen en vektreduksjon på 30 kg. Etter 3-4 måneder begynte vekttapet å gå saktere og hun opprettholdt derfor den restriktive dietten og gikk mot ernæringsfysiologens råd om å begynne med fast føde. Pasienten var ikke medgjørlig på å følge ernæringsplan og spiste lite eller ingen ting i løpet av en dag. Hun unngikk enkelte matvarer på grunn av deres påvirkning av vekten og spiste kun flytende måltider. En definitiv frykt for å legge på seg og bestemte tanker rundt vekt og mat førte til et ekstremt behov for kontroll over vekt, kroppsfasong og matinntak. Dette ble sett på som de viktigste aspektene i livet hennes og studien viser at hun oppfyller kriteriene for atypisk AN (Conceição et al. 2013b).

3.3 PASIENTENES SYN PÅ EGET KROPPSBILDE

Studien til Kaufman (2011) viser at forstyrrelser rundt eget kroppsbilde¹⁰ ligger sentralt hos pasienter som har gjennomgått en massiv vektreduksjon etter en fedmeoperasjon. Disse forstyrrelsene kan innebære bekymring og problemer rundt kroppsbildet på grunn av den løse overskuddshuden. Studien viser også at fedmeopererte pasienter som fortsetter sin eksistens med patologisk overspising rapporterer forstyrrelser rundt eget kroppsbilde. De beskriver en misnøye med kroppen da den forblir overvektig til tross for fedmeoperasjonen. Begrepet kroppsbilde kombinerer alle elementene i menneskers mentale selvbilde. Dette inkluderer tanker, oppfatning, følelser og holdninger, samt evaluering av eget fysisk bilde og effekten dette bildet gir på deres oppførsel. Bekymring rundt eget kroppsbilde er et generelt begrep for å beskrive forstyrrelser rundt selvbildet. Det kan oppfattes i form av negativ følelse av ens utseende, en vurdering av ens kropp eller en misfornøyd følelse mot ens kropp. Denne oppfatningen kan i noen tilfeller gi en negativ påvirkning innenfor ulike felt som karriere, relasjoner, seksualitet og livskvalitet (DiGiacchino et al. 2001).

¹⁰ **Kroppsbilde** – Oppfatningen av det generelle fysiske utseende (Pokrajac-Bulian og Zivcic-Becirevic 2005).

3.3.1 VEKTØKNING

Det er godt kjent innen forskning at lidelsen overspising er vanlig blant overvektige pasienter som søker om å få en fedmeoperasjon. En undergruppe av denne pasientgruppen vil til tross for den gjennomførte operasjonen fortsette med overspising og dermed "miste kontrollen" over egne spisevaner igjen. Enkelte av pasientene kan på den andre siden overspise for så og tvinge seg selv til å kaste opp maten, for å fortsette vektreduksjonen. Et slikt tap av kontroll av egne spisevaner blir ofte assosiert med lavere vektreduksjon og dårligere kroppsbylde blant pasientene (White et al. 2010).

I følge Natvik et al. (2013) og Groven et al. (2010) blir det å oppleve vektøkning etter en fedmeoperasjon sett sammen med emosjonelt stress, skam, pinlighet og selvforakt. Det har en tydelig påvirkning av pasientenes livskvalitet og kroppsbylde på en negativ måte. Deres psykososiale situasjon ble dermed også påvirket negativt. Det blir antydning at den langsiktige vektreduksjonen etter en fedmeoperasjon blir påvirket av pasientens evne til å takle situasjonen. På slutten av studien hadde 4 av pasientene vedlikeholdt vektreduksjonen etter operasjonen, 3 hadde en vektøkning på 5-15 kg og 1 hadde en vektøkning på 25 kg. For å vedlikeholde vekten etter en vektreduksjon er man avhengig av å gjøre permanente forandringer i spisevaner og jevnlig drive med fysisk aktivitet (Natvik et al. 2013).

Etter operasjonen deltok alle pasientene i studien til Zijlstra et al. (2009) i en eller annen form for fysisk aktivitet. Det viste seg at engasjementet for fysisk aktivitet avtok etter en stund. 4 av pasientene ble hindret til fysisk aktivitet på grunn av fysiske begrensninger. Andre sluttet på grunn av at de ikke syntes det var morsomt, og at de var misfornøyde med resultatene. Etter hvert som tiden gikk begynte pasientene å gå opp i vekt på grunn av manglende fysisk aktivitet. For å opprettholde vekttapet var de nødt til å starte på en diett, noe ingen av dem klarte i lengden (Groven et al. 2010).

3.3.2 LØS OVERSKUDDSHUD

Den dramatiske vektreduksjonen ga pasientene en forventning om at de endelig skulle få den kroppen som var mer attraktiv og sosialt akseptert. Som følger av vektreduksjonen opplevde pasientene at kroppen ble mindre attraktiv på grunn av mye løs hud (Conceição et al. 2013b; Groven et al. 2010; Magdaleno Jr. et al. 2011). Huden krymper ikke på samme måte som resten av kroppen gjorde. Ettersom pasientene ble slankere ble det mer og mer overflødig og løsere hud på kroppen. Samtidig som kroppen forandret seg, følte de seg mindre komfortabel og attraktiv da huden ble

slappere, mer synlig og merkbare. Pasientene illustrerte hvordan store hudfolder gjorde at det lett kunne oppstå infeksjoner på grunn av svette. Det var i tillegg ubehagelig å bevege seg når huden svingte frem og tilbake (Groven et al. 2010). Problemer som skam, noe pasientene også opplevde før operasjonen som da var koblet til overvekten, blir nå sett sammen med løse og slappe hudfolder og arrdannelse etter operasjonen. De hadde høye forventninger om at resultatet av en slik operasjon til slutt ville gi en pen, sunn og funksjonell kropp. En pasient beskriver det slik:

'Nå er jeg ikke tykk lengre, men jeg har hengende, løs hud og alle ser på meg på samme måte'
(Magdaleno Jr. et al. 2011. pp. 338).

I følge Groven et al. (2012a) er illeluktende, klamme og svette hudfolder på magen, løs hengende hud på overarmene, tykke pølsete lår, og hengepupper beskrivelser som blir sett i store kontraster til den positive reaksjonen de fikk når de hadde klærne på. For å skjule kroppen som ikke var "perfekt" brukte pasientene flere timer på å finne klær som kunne skjule de deler av kroppen som var mest synlig for løs hud. Sminke ble brukt for å skjule strekkmerker og løs hud i ansiktet, push-up BH ble brukt for å skjule hengende bryster, belter ble brukt for å skjule løs hud og hengende hudfolder rundt mage og hold-in strømpebukser ble brukt for å skjule den løse huden på innsiden av lårene og rumpeballene. Flere av pasientene forklarer at de pleier å slå av lyset og at de beholder BH eller t-skjorte på ved intim kontakt med deres partnere. De klarer ikke være seg selv sammen med sin partner, og de føler skam over sin egen kropp.

Et tema som gikk igjen hos pasientene handlet om den "nye" kroppen vs den "gamle" kroppen. Den løse huden ble opplevd som lite estetisk, ukomfortabelt og lite feminint. Den utfordrer deres følelse av å ha det godt, føle seg bra og bevisstgjør eget kroppsbilde. Det økende problemet rundt huden, fører til en varig oppmerksomhet rundt den nåværende kroppen og dens avvik fra dens tidligere tilstand, den stramme og glatte huden. Flere av pasientene føler en fremmed tilværelse med huden etter operasjonen og viser en tendens til å snakke om seg selv i tredjeperson i stede for i første person. Dette tyder på at de ser på overskuddshuden som noe som ikke tilhører deres egen kropp. Den løse huden var til stede hele tiden, umulig å ignorere og umulig å bli kvitt på en ikke-kirurgisk måte (Groven et al. 2012a).

"Det er fortsatt forferdelig... Nå er det hud som dette her og der, og det bare henger, og så er det strekkmerker... Jeg tenker at jeg må få fjernet huden.. Jeg må det.. Og jeg håper at også strekkmerkene da vil forsvinne, og at det da ikke vil være igjen så mye... Det vil være litt pinlig om jeg ikke.. For eksempel, hvis jeg er 26 eller 27 og ikke kan bruke badetøy..." (Groven et al. 2012a. pp. 515).

4.0 DISKUSJON

I diskusjonskapittelet vil funnene fra resultatdelen bli diskutert. Funnene fra de inkluderte artiklene er delt inn i kategorier som vil bli diskutert i samme rekkefølge som i resultatdelen. Veiledning og motiverende intervju er av betydning for sykepleieutøvelsen hos denne pasientgruppen og er derfor omtalt under et eget kapittel i diskusjonsdelen. Forskningsartikler, fagbøker, teorier, reviews og nasjonale retningslinjer supplerer forskningsresultatene og drøftes opp mot hverandre og mot hensikten med studien. Metodediskusjonen blir beskrevet etter resultatdiskusjonen.

4.1 RESULTATDISKUSJON: HELSERELATERTE UTFORDRINGER SOM KAN FOREKOMME ETTER EN FEDMEOPERASJON

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse helserelaterte utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon. Resultatdelen viser til 3 kategorier som gir helserelaterte utfordringer hos pasientene i de inkluderte artiklene. De viktigste funnene som blir diskutert er ”dumping syndromet”, fedmeopererte pasienters utvikling av spiseforstyrrelser og pasienters syn på eget kroppsbilde. Resultatet viser at disse funnene kan gi en påvirkning av pasientenes opplevelse av livskvalitet.

I studien til Dymek et al. (2001) kommer det frem at hos de pasientene som ikke klarte å tilpasse nye spisevaner etter operasjonen, blir det sett en sammenheng mellom vektøkning og redusert helserelatert livskvalitet. I følge Hjernstad (2000) er helserelatert livskvalitet et supplement til objektive, medisinske mål på helse og sykdom og evalueres av pasienten selv. Ved en slik evaluering skal pasienten vurdere de fysiske, psykiske og sosiale dimensjonene ved egen helse og livskvalitet. Teoretiker og psykolog Siri Næss skildrer at god livskvalitet handler om å ha det godt, og å ha det godt innebærer å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Det å ha det godt er avhengig av fravær av vonde følelser og vurderinger (Rustøen 2010).

I studien til Groven et al. (2010) beskrives et emosjonelt kval med vonde følelser, anger og usikkerhet. Resultatet viser her at pasientene opplever en dårligere livskvalitet etter operasjonen. Næss beskriver negative følelser og vurderinger som de essensielle faktorene som gir en opplevelse av dårligere livskvalitet. Det er likevel viktig i denne sammenheng å skille mellom mental helse og livskvalitet. Næss definerer mental helse som fravær av psykiske plager eller sykdommer (Rustøen

2010). Man kan på bakgrunn av dette tolke noen av funnene i resultatdelen til at enkelte pasienter opplever en dårligere livskvalitet og mental helse etter fedmeoperasjonen. Dette til tross for de positive sidene med vektreduksjonen, da de negative opplevelsene dominerer den helhetlige opplevelsen av situasjonen (Natvik et al. 2013).

Resultatet viser at pasientene beskriver den første tiden etter operasjonen som fylt med euforiske følelser rundt det å ha en rask og dramatisk vektreduksjon på kort tid (Groven et al. 2010). Resultatene i studiene til Huang et al. (2011) og McLeod et al. (2012) viser en betydelig forbedring i pasientenes livskvalitet etter fedmeoperasjonen. Disse studiene ble foretatt kun 3-6 måneder etter fedmeoperasjonen, noe som kan bety at pasientene fortsatt er under en fase med massiv vektreduksjon. På en annen side viser resultatet i denne litteraturstudien at opplevelsen av dårligere livskvalitet opptrer først når vektreduksjonen stagnerer eller at de helse relaterte utfordringene overskygger den positive effekten av vektreduksjonen. Dersom Huang et al. (2011) og McLeod et al. (2012) gjennomførte sine studier med noe lengre oppfølgingstid, kan resultatet rundt opplevelsen av livskvalitet ha blitt noe annerledes. Som nevnt i introduksjonsdelen, kan helse relaterte utfordringer etter en gastrisk bypass oppstå opptil 15-20 år etter operasjonen. Dette viser til viktigheten av lang oppfølgingstid hos denne pasientgruppen. Det vil gi et bedre utgangspunkt for å få et resultat som blir gjeldene for pasienten i en lengre tidsperiode enn bare de første 3-6 månedene etter operasjonen.

For å underbygge dette kan man se på beskrivelsen til Aasprang et al. (2008) hvor det er sterke holdepunkter for at variasjoner i helse relatert livskvalitet først blir synlig ved noe lengre oppfølgingstid. I motsetning til funnene i denne litteraturstudien, viste en studie med 10 års oppfølging at pasienter som bevarte vekt tapet sitt, også bevarte den bedre helse relaterte livskvaliteten. Likevel ble det i samme studie funnet resultater som sier at de pasientene som opplevde en vektøkning, opplevde en nedgang i den helse relaterte livskvaliteten (Aasprang et al. 2008).

Ved å tilegne seg den kunnskap og forståelse for fedmeopererte pasienters opplevelser, som beskrevet i resultatdelen, vil man ha et godt kompetansegrunnlag for å utøve sykepleie til denne pasientgruppen. Kunnskap om deres ressurser, opplevelser og reaksjoner rundt egen situasjon er derfor relevant informasjon. Slik vil man raskest mulig kunne sette inn tiltak og eventuelt forebygge forverring. Dette blir nærmere omtalt i underkapitlene til diskusjonsdelen. Skal man som sykepleier gi et verdig tjenestetilbud, må pasienten settes i fokus, og kunnskap både om hvordan pasienter har det og hvordan de tar det, er da avgjørende for sykepleieutøvelsen. Denne litteraturstudien er basert på pasientopplevelser og man kan si at temaet i resultatdelen er relevant for sykepleiere. Dette på

bakgrunn av at kunnskap om pasienters symptomer, opplevelser og reaksjoner og om hvordan de mestrer egen situasjon, er en vesentlig del av sykepleiefaget. Man kan som sykepleier alltid gjøre noe for å bedre pasientens livskvalitet og velvære. Dette er uavhengig av hvilken situasjon pasienten befinner seg i (Knutstad 2010).

Da fedmeoperasjoner øker i omfang kan sykepleieren møte denne pasientgruppen både i kommunehelsetjenesten og i de ulike helseforetak som finnes. Hos denne pasientgruppen handler det i stor grad om tverrfaglig samhandling hvor man som sykepleier skal utøve sin profesjonskompetanse samtidig som man samarbeider med andre fagenheter, for eksempel fysioterapeut, ernæringsfysiolog og pasientens fastlege. Dette vil gi et godt grunnlag for å gi pasienten en helhetlig omsorg og oppfølging (Regjeringen 2009).

Dersom man ser på det økonomiske aspektet rundt fedmeoperasjoner, kan selve operasjonen og de ulike helserelaterte utfordringene, bli en økonomisk utgift. Samhandlingsreformens retningslinjer kan på sikt bidra til å spare penger. Den tar sikte på å forebygge mer og behandle mindre. Samtidig ser man at det per i dag forekommer en motsigelse da antall fedmeoperasjoner øker mer og mer i omfang for hvert år (Regjeringen 2009). Det økende antallet på fedmeoperasjoner vil dermed ikke være i tråd med samhandlingsreformens retningslinjer. Dersom pasienten gjennomfører en fedmeoperasjon, behandler man overvektsproblemet kirurgisk. Det er likevel ikke sikkert at årsaken til overvekten er behandlet (Natvik et al. 2013). På den andre siden kan samhandlingsreformen på sikt føre til mindre operasjoner som følger av godt forebyggende arbeid. På bakgrunn av at retningslinjene er forholdsvis nye, er det ikke sikkert at reformen viser resultater før om 10-20 år. Det finnes per i dag ingen klare tall på dette. Man bør likevel reflektere rundt hva som i dag er de reelle utgiftene rundt en fedmeoperasjon (inkludert helserelaterte utfordringer som forekommer etter operasjonen), kontra de utgiftene det forebyggende arbeidet vil gi. Utgiftene på forebyggende arbeid kan på sikt sammenlignes med de fedmerelaterte utgiftene som oppstår når pasienten utvikler for eksempel diabetes type 2 eller hjerte- karsykdommer (Helsedirektoratet 2011).

I følge Helsedirektoratet (2011) er det vesentlig at helsetjenesten får bedre forutsetninger for å behandle personer med overvekt og fedme. De mener at man ikke kan operere seg bort fra denne utfordringen og at det bør siktes mot en etablering av kommunale lavterskeltilbud og styrket primærhelsetjeneste.

4.1.1 "DUMPING SYNDROMET"

Resultatdelen viser at fedmeoperasjoner kan føre til at noen pasienter utvikler "dumping" symptomer som varig fatigue og intense smerter. Smerten ble mer merkbar over tid og var ikke alltid lokalisert til en bestemt kroppsdel, men beskrives som en jevn smerte i hele kroppen. Pasientene rapporterer at vanlige "dumping" symptomer som diaré, gass, smerte, kvalme og oppkast var vanskelige å kontrollere. Slike utfall av fedmeoperasjonen kan hindre pasientene fra å ha et sosialt og psykisk aktivt liv.

Resultatdelen viser at "dumping" episoder er individuelle, men at det finnes likhetstrekk blant opplevelsen av episodene. Likt for alle pasientene var at de unngikk de matvarene som ga "dumping" symptomer. I følge Ukleia (2005) blir fedmeopererte pasienter anbefalt å spise små, hyppige måltid med lavt innhold av karbohydrater, helst hver 3-4 time. Ved å tilpasse dietten etter disse anbefalingene vil pasientene med større sannsynlighet unngå "dumping" symptomer. Studien til Groven et al. (2012b) viser at en livsvarig form for diett var en stor del av pasientenes liv etter å ha gjennomgått en gastrisk bypass. Denne operasjonsprosedyren er ikke reversibel i motsetning til LAGB hvor pasientene testet tøyeligheten til strikken og over tid utvidet den etter behovet for mat. Etter en gastrisk bypass er det ingen vei tilbake til den "gamle kroppen" eller den gamle dietten (Zijlstra et al. 2009). Overvektige mennesker som går på en diett for å slanke seg uten å gjennomgå en fedmeoperasjon kan når de måtte ønske velge å ta en pause fra dietten. De kan av og til nyte god mat og drikke sammen med venner og familie uten å klandre seg selv for å spise feil mat. Til sammenligning med pasientene i studien til Groven et al. (2012b) var ikke dette et alternativ de hadde uten at det lå en risiko for å utvikle "dumping" symptomer.

Resultatet viser at flere pasienter opplever seg selv i å se friske ut på utsiden, men at de på innsiden føler en jevn smerte og fatigue i hele kroppen. Ved møte med denne pasientgruppen er det derfor viktig at man som sykepleier virkelig ser pasienten. Man bør fokusere på pasientens subjektive og personlige opplevelse knyttet til smerten (Groven et al. 2012b). I følge Rustøen og Stubhaug (2010) er den definisjonen som blir anbefalt til bruk i klinisk praksis følgende: 'Smerte er det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det' (pp.138). I denne litteraturstudien ser man at smerte ofte blir definert av pasientene som et kronisk symptom som gir dårligere livskvalitet. Som nevnt tidligere i diskusjonsdelen er det som sykepleier alltid *noe* som kan gjøres for å bedre pasientens livskvalitet. For å kunne hjelpe pasienten med smertebehandling er første steg å kartlegge pasientens smerteopplevelse. Å vite hvordan smerten påvirker pasientens liv er av klinisk betydning noe som

kommer tydelig frem i resultatdelen. Hensikten med kartlegging av smerte er å finne ut hvilken smertebehandling som er best. Målet med smertebehandling er ikke bare å lindre smerter, men også å bedre pasientens livskvalitet og funksjonsnivå (Rustøen og Stubhaug 2010).

Pasientene i studiene til Groven et al. (2010 og 2012a) beskriver en subjektiv følelse av utbrenthet og fatigue. Fatigue har en tydelig innvirkning på pasientenes fysiske, kognitive og psykososiale funksjon og gir dermed konsekvenser for livsutfoldelsen. Her må man som sykepleier fokusere på at pasientens egne ressurser skal stå sentralt for å forbedre de helse relaterte utfordringene. Pasientenes opplevelse av fatigue kan beskrives som et multidimensjonelt fenomen. I denne sammenheng kan man se på dimensjonene intensitet og kvalitet. Intensitet gir en beskrivelse av ytterpunktene av å oppleve følelse av fatigue og total mangel på energi til opplevelse av å være full av energi. Kvalitet viser til hvilken grad pasientens energiopplevelse er fysisk som i kroppslig fatigue, eller mental som ved mental fatigue. Å kartlegge i om graden av fatigue er mental og/eller kroppslig, kan ha betydning for planleggingen og utførelsen av sykepleien (Lerdal 2010).

I følge Lerdal (2010) er treningsdosen til pasienten for høy dersom treningsopplegget er for krevende i forhold til energikapasiteten. Dette i motsetning til Groven et al. (2010 og 2012b) som beskriver at følelsen av utbrenthet og fatigue tvang pasientene til inaktivitet. Lange turer og forsøk på å få energi viste seg motsatt og førte til forverring av både smerter og fatigue. Det kan derfor være hensiktsmessig å planlegge og kartlegge hvor mye trening som skal til for at den skal ha positiv effekt i form av å gi overskudd. Et slikt treningsopplegg bør gå over lengre tid med sakte opptrapping for å bygge opp energikapasiteten. For mye avslapping og hvile kan i noen grad bidra til økt energinivå på kort sikt, men kan på lengre sikt bidra til å redusere energikapasiteten (Lerdal 2010).

4.1.2 FEDMEOPERERTE PASIENTERS UTVIKLING AV SPISEFORSTYRRELSER

Resultatet viser at å spise er en del av et komplekst atferdsmønster som reflekterer en svikt når tanken er å spise en viss mengde, mens utførelsen svikter. Ved patologisk overspising viser resultatet at pasienter rapporterer å ha lite eller ingen innsikt over egen rolle ved vektnedgang og er ikke klar over egen utøvelse av helserelatert atferd. Andre pasienter viser til delvis innsikt hvor de spiser riktig, men faller tilbake til gamle vaner i tider med mye stress. I kontrast til patologisk overspising ble det i flere studier vist til bestemte atferder blant pasientene som ble sett i sammenheng med den atferden personer med anorexia nervosa (AN) har.

I følge helsedirektoratet (2011) karakteriseres episoder med overspising med at pasienten spiser mye uten å være sulten. Overspisingen kan etterfølges av en ubehagelig metthetsfølelse eller en følelse av nedstemthet. Dette stemmer over ens med funnene i resultatdelen. En fedmeoperasjon krever at pasienten er villig til å gjennomføre livsstils endringer. I dette tilfellet ser man at å endre livsstil kan være vanskelig og mange har behov for faglig hjelp for å mestre endringen. Livet til pasienten blir annerledes når helsesituasjonen endrer seg og man kan ha behov for ny kunnskap. Denne kunnskapen kan pasienten få gjennom veiledning fra sykepleier, noe som kan bidra til at pasienten mestrer sin nye livssituasjon (Eide og Eide 2007).

Resultatet viser at en fedmeoperasjon gir restriksjoner i form av å endre livsstil. Hos de pasientene som lykkes med denne endringen, kan restriksjonene være med på å trigge AN symptomer (Conceição et al. 2013b). Årsaksforholdet som utløser spiseforstyrrelser, er ofte sammensatt. I resultatet kan man se at de pasientene som gjennomførte en LAGB, ikke lyktes med å gjennomføre de nødvendige livsstils-enderinger, og dermed gikk tilbake til en eksistens med patologisk overspising (Zijlstra et al. 2009). Dette gjaldt også for enkelte av pasientene i studien til Groven et al. (2012b) som hadde gjennomført en gastrisk bypass, men som i motsetning til de pasientene som gjennomførte en LAGB, ikke klarte store mengder i lengden uten å oppleve "dumping" symptomer. Symptomene førte til en fysisk begrensning som vanskeliggjorde atferden, men begrensningen var ikke alltid nok til å stoppe den. På den andre siden gjennomførte pasientene i studien til Conceição et al. (2013b) en gastrisk sleeve og utviklet derimot symptomer på AN. Det kan derfor være hensiktsmessig å kartlegge om operasjonsprosedyrene er av betydning og utløsende faktor for utviklingen av de ulike spiseforstyrrelsene.

Behandlingen til pasienter med AN må ta utgangspunkt i både somatiske, psykiske og sosiale forhold. Utvikler pasienten AN, vil behandlingen være langvarig og en oppgave for den somatiske og

psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Dette viser at man som sykepleier i spesialisthelsetjenesten må ha gode kunnskaper om denne pasientgruppen (Skårderud 2000).

4.1.3 PASIENTENES SYN PÅ EGET KROPPSBILDE

Resultatet viser at bekymring og problemer rundt tanker, oppfatninger, følelser og holdninger, samt evaluering av eget fysisk bilde ligger sentralt hos sykelig overvektige pasienter som opplever et massivt vekttap. Å oppleve vektøkning etter en fedmeoperasjon blir sett sammen med emosjonelt stress, skam og selvforakt. Det har en tydelig påvirkning av pasientenes livskvalitet og kroppsbilde på en negativ måte. Illeluktende, klamme og svette hudfolder på magen, løs hengende hud på overarmene, tykke pølsete lår, og hengepupper som følger av vektreduksjonen ble rapportert blant flere pasienter. Den løse huden ble opplevd som lite estetisk, ukomfortabelt og lite feminint, noe som til sammen førte til følelsen av å være mindre attraktiv enn før vektreduksjonen.

Resultatet viser at vektøkning etter en fedmeoperasjon kan gi en negativ påvirkning av pasientens kroppsbilde og livskvalitet. For å hjelpe slike pasienter til vektreduksjon i stedet for vektøkning, viser Helsedirektoratet (2011) til ulike tiltak man som sykepleier bør ha kunnskaper om. Fysisk aktivitet er et av disse tiltakene. Det vil være viktig at man starter forsiktig, og gir en tydelig veiledning om at all aktivitet er bedre enn ingen aktivitet. Pasienter som er utrente kan oppleve at oppstart av regelmessig fysisk aktivitet kan gi et kroppslig ubehag i starten. Dette kan reduseres ved at aktiviteten økes gradvis den første tiden. Pasientene bør gjøres oppmerksomme på at det eventuelle ubehaget vil gå over etter en stund. Da kan man unngå at mange gir opp å være fysisk aktive etter kort tid. Et slikt tiltak kunne dermed gitt pasientene i studien til Zijlstra et al. (2009) og Groven et al. (2010) et bedre utgangspunkt for å opprettholde engasjementet for fysisk aktivitet som de hadde rett etter operasjonen (Helsedirektoratet 2011).

I følge Helsedirektoratet (2011) kan pasienter som opplever dårligere selvbilde som følger av vektøkning ha god nytte av å bevisstgjøre sine handlinger i forbindelse med matinntak og aktivitetsnivå. En matdagbok eller aktivitetsdagbok kan derfor være et nyttig verktøy for kartlegging og bevisstgjøring. En del av sykepleierens oppgave kan være å avtale aktiviteter og planlegge måltider sammen med pasienten. Hurtig respons i form av e-post eller ukentlige kontroller kan være avgjørende for effekten av tiltakene. Slike forebyggende tiltak som økt fysisk aktivitet og et sunnere

kosthold må prioriteres for å snu den uheldige vektutviklingen. Dette krever en tverrfaglig samhandling mellom flere fagenheter (Helsedirektoratet 2011).

Resultatet viser at en massiv vektreduksjon kan gi pasientene mye løst og hengende overskuddshud som kan føre til stort misnøye rundt eget kroppsbylde. I følge Gilmartin (2013) er kroppsbylde av stor betydning. Sykepleiere som utøver sykepleie til pasienter som har gjennomgått en massiv vektreduksjon må være oppmerksomme på pasientens behov og ha en ikke-dømmende holdning. Det handler i hovedsak om aksept. Omsorg og pleie for denne pasientgruppen kan innebære ulike programmer som jobber mot å akseptere eget kroppsbylde. Gilmartin (2013) beskriver at pasientene må omarbeide de ulike opplevelsene og følelsene rundt vektreduksjonen til en sammenheng i den nye kroppen. Det er derfor avgjørende at sykepleiere får innsikt i hva pasienten trenger i form av hjelp til å bearbeide de ulike opplevelsene. Dette innebærer omsorg, vise følsomhet, forsøke å akseptere, ha en ikke-dømmende holdning og la den enkelte pasient kjenne på følelsen av å bli *sett*. Man kan forsterke kroppsbylde ved å støtte og veilede pasienten til å oppnå sine individuelle mål.

Resultatdelen viser at pasientene hadde et håp om at en fedmeoperasjon ville gjøre dem mer sosialt akseptert og attraktive. Dette belyser hvordan pasientenes liv forandret seg i uforutsette måter etter operasjonen. Den løse overskuddshuden utgjorde en stor innvirkning på pasientens oppfatning av eget kroppsbylde (Groven et al. 2010). I følge Magdaleno Jr. et al. (2011) utgjør denne oppfatningen en større risiko for isolasjon. Denne risikoen krever at sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen må være ekstra oppmerksomme, og iverksette tiltak dersom det er nødvendig. Pasientene i studiene til Groven et al. (2010 og 2012b) beskriver at den løse huden var til stede hele tiden og umulig å ignorere. Pasientene var i den første tiden etter operasjonen fornøyd med den massive vektreduksjonen, men den løse overskuddshuden ga en bismak.

På en annen side ser man i funnene i studien til Zijlstra et al. (2009) og Groven et al. (2010) at pasientene først opplevde en vektreduksjon og deretter en vektøkning igjen. Likevel ser man at sykkelig overvektige pasienter som gjennomgår en fedmeoperasjon kan resultere i plastisk kirurgi da huden ikke klarer å trekke seg sammen like raskt som den massive vektreduksjonen. Slik plastisk kirurgi kan dermed ses som en nødvendighet. Sykepleiere som jobber med pasientgruppen bør derfor ha god kunnskap om hva et slikt kirurgisk inngrep innebærer. Ved å benytte seg av denne kunnskapen kan man forberede pasientene i forkant av operasjonen. Målet for utøvelsen av sykepleien vil i dette tilfellet være at pasientene skal ha større sjanse til å akseptere sin egen kropp. Selvaksept skjer her enten med eller uten plastisk kirurgi (Magdaleno Jr. et al. 2011).

4.2 VEILEDNING OG MOTIVERENDE SAMTALE

Resultatet viser helserelaterte utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon. Likt for alle disse funnene er at man kan koble sykepleierelevansen mot pasientenes behov for sykepleiere med gode kunnskaper rundt en fedmeoperasjon. Som nevnt tidligere i diskusjonen er veiledning derfor svært viktig for denne pasientgruppen. Eksempler hvor veiledning vil være viktig er kostholdsveiledning og veiledning innen fysisk aktivitet.

En veileder gir informasjon og undervisning til pasienten når det trengs, lytter terapeutisk, gir råd og nødvendige instruksjoner. Det viktigste er at veileder hjelper pasienten i den konkrete gjennomføringen av sitt endringsprosjekt. Dette gjennom å speile pasientens styrker, lengsler og håp. Det vil stimulere pasienten til å utforske mål og muligheter. Veileder skal bekrefte eller styrke pasienten i den konkrete gjennomføringen av endringen. Det er viktig at veileder er åpen, utforskende og interessert i pasientens liv, erfaringer og forestillinger om fremtiden. Veiledningen skal ha fokus på pasienten, hans følelser, prioriteringer og valg (Eide & Eide 2007). Det er viktig å gi pasienten tydelig anerkjennelse for den betydelige innsatsen. Denne innsatsen er nødvendig for å lykkes med varige endringer (Eide og Eide 2007; Helsedirektoratet 2011).

Motiverende samtale er en metode som har fått mye fokus de siste årene og anvendes på verdensbasis. Det er en profesjonell samarbeidsrettet samtalestil, hvor formålet er å gi pasienten motivasjon til å gjøre endringer. Motiverende samtale vil være en god metode for sykepleier og benytte seg av hos denne pasientgruppen. En fedmeoperasjon krever en drastisk livsstilsendring av pasientene for å oppnå gode resultater, akseptere livssituasjon og oppnå bedring i de helserelaterte utfordringene. Slike samtaler blir gjennomført ved at sykepleier tilegner seg kunnskaper om hvordan pasientens motivasjon er for å gjøre endringer. Gjennom relasjonen mellom sykepleier og pasient, samt måten man snakker med pasienten om hans helse på, kan man være med på å påvirke motivasjon for endring hos pasienten. Her er det viktig at det er pasientens tanker og følelser som står i sentrum, slik at han selv kan bestemme sin egen fremtid (Helsedirektoratet 2012).

4.3 METODEDISKUSJON

Riktig søkeord og valg av kombinasjoner ble erfart å ha stor betydning for funn av relevant forskning for å besvare hensikten. Det er benyttet flere ulike anerkjente søkebasen (se vedlegg 1). Dette gir en styrke til resultatet da andre mindre godkjente søkebasen kunne ha gitt et dårligere resultat.

Under søkeprosessen viste det seg at det finnes mye forskning om temaet fedmeoperasjon. Hos mye av forskningen som ble funnet, særlig kvalitativ forskning, kommer pasientenes opplevelse av den første tiden etter en operasjon frem. Flere av disse studiene viser til den positive effekten hos pasientene da de fleste som fedmeopereres har en kraftig vektreduksjon det første året. Pasienten opplever en euforisk følelse i denne perioden.

Det var ønskelig å se hvilke helserelaterte utfordringer en fedmeoperasjon kan gi pasienten i et lengre tidsperspektiv. Det var usikkert om effekten av en fedmeoperasjon var positiv over lang tid. Det er ikke ønskelig at oppgavens resultat- og diskusjonsdel skal oppleves som negativ til denne type inngrep, men hensikten er å belyse helserelaterte utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon. For å besvare hensikten, ble det derfor brukt mye tid på å finne forskning som var gjort over en lengre tidsperiode etter operasjonen. Flere av artiklene måtte bestilles, noe som førte til at det tok tid før alle artiklene var lest og gransket. Dersom man hadde hatt disse artiklene på et tidligere tidspunkt, kan resultatet ha blitt noe annerledes da man hadde hatt bedre tid til å søke mer forskning. Det var i utgangspunktet ønskelig å benytte nyere forskning innenfor en 10 år periode, da fedmeoperasjoner er relativt nytt. Likevel ble det ved manuelt søk i referanselister funnet 2 forskningsartikler som er eldre. Den eldste artikkelen er fra 2000. Dette kan være en svakhet med oppgaven, men nøye kvalitetsvurdering og analyse av artiklene ga grunnlag for at disse ble inkludert.

Analysen av artiklene tok lang tid. Det som var relevant og viktig for å besvare hensikten med oppgaven ble uthentet og grundig analysert i denne prosessen. Videre ble kategorier og subkategorier utformet ut fra de data som ble valgt ut. Alle utvalgte artikler er publisert på engelsk og det er brukt mye tid på oversettelse. En svakhet med oppgaven kan være misforståelser i oversettelsen og tolkning av det engelske språket. Underveis i skriveprosessen har hensikten blitt omformulert flere ganger. Det har vært utfordrende å utarbeide en god hensikt som er tydelig og informativ.

Resultatdelen består av både kvalitativt og kvantitativt forskningsmateriale. De kvalitative studiene belyser pasientopplevelser eller pasientbeskrivelser, noe som gir et viktig kompetansegrunnlag for sykepleieutøvelsen. I tillegg vil de kvantitative forskningsartiklene supplere ved å vise omfanget av de

helse relaterte utfordringene som blir belyst i denne litteraturstudien. Ved å inkludere begge disse forskningsmetodene kan dette være en styrke i studiens besvarelse (Dalland 2007). Studien har benyttet pensumbøker, forskningsartikler, reviewer og nasjonale retningslinjer i introduksjon og diskusjonsdel. Størsteparten av studiens innhold består av forskning. Dette gjør at validiteten på litteraturstudien kan betegnes som god. Det er også valgt å ta med flere sitater fra ulike artikler. Dette er med på å styrke resultatet i studien da mangfoldet i opplevelser kommer frem og gir et forsterket pasientperspektiv.

5.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse helse relaterte utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon. Denne konklusjonen er basert på funn i resultatdel og diskusjonsdel:

- En av de vanligste helse relaterte utfordringene blir omtalt som "dumping syndromet". Denne studien belyser "dumping" symptomer som diffus smerte i hele kroppen, fatigue, oppkast og diaré.
- Fedmeopererte pasienter som ikke mestrer kontroll av matinntak kan utvikle symptomer på spiseforstyrrelser. Resultatdelen viser til at patologisk overspising og anorexia nervosa kan forekomme hos slike pasienter.
- Resultatet viser at bekymring rundt eget kropps bilde ligger sentralt hos fedmeopererte pasienter. Både vektøkning og løs overskuddshud kan være utløsende faktorer som kan gi pasienten negativt syn på kropps bildet.

Disse funnene knyttes opp mot pasientens opplevelse av egen livskvalitet. De helse relaterte utfordringene som blir beskrevet i resultatdel, viser at enkelte pasienter opplever en dårligere livskvalitet etter fedmeoperasjonen. Omfanget av antall fedmeopererte øker for hvert år, noe som gir en større sannsynlighet for at man som sykepleier vil møte denne pasientgruppen i fremtiden. Ved å tilegne seg kunnskap om helse relaterte utfordringer og hvilke tiltak som kan benyttes vil man ha et bedre kompetansegrunnlag for en sykepleieutøvelse av god kvalitet.

På bakgrunn av dette bør man som sykepleier ha:

- Fokus på pasientens subjektive og personlige opplevelse og reaksjon knyttet til situasjonen.
- Kunnskap om endringer mot en helsefremmende livsstil knyttet opp mot pasientens egne ressurser. Kunnskap om ulike tiltak i ulike situasjon er derfor av stor relevans.
- Kunnskap om og evne til å gjennomføre veiledning og motiverende intervju.
- Kunnskap om aktivitet, hvile og energikapasitet hos pasienter med fatigue. Man må også ha kunnskap om kartlegging av smerte.
- Kunnskap om samhandlingsreformens retningslinjer. Her må man ha evnen til tverrfaglig samhandling.
- Kunnskap om riktig kosthold og ernæringsveiledning.

Denne litteraturstudien vil gi sykepleier muligheten til å tilegne seg økt kunnskap om denne pasientgruppen. Sykepleier er pliktig til å gi pasienten informasjon og veiledning. Gjennom dette vil pasienten få økt kunnskap om helserelaterte utfordringer som kan forekomme etter en fedmeoperasjon.

Forslag til videre forskning kan være å se nærmere på effekten som veiledning og motiverende intervju har på den fedmeopererte pasientens opplevelse av livskvalitet. Under utformingen av denne bachelorstudien er det ikke kartlagt hvilken informasjon og veiledning pasienten fikk om de helserelaterte utfordringene som kan forekomme etter en fedmeoperasjon. Det kan derfor være av interesse å forske ytterligere på dette.

LITTERATURLISTE

Aasheim, T. E., Mala, T., Søvik, T. T., Kristinsson, J. & Bøhmer, T. (2007) Kirurgisk behandling av sykkelig fedme [Surgical treatment of morbid obesity]. *Tidsskrift for den norske legeforening* 127; 38-42.

Aasprang, A., Andersen, J. R., Sletteskog, N., Våge, V., Bergsholm, P. & Natvig, G. K. (2008) Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt. *Tidsskrift for norsk legeforening*.5: 128:559-62.

Blackburn, G. L., Hutter, M. M., Harvey, A. M., Apovian, C. M., Boulton, H. R., Cummings, S. & Annas, C. L. (2009) Expert panel on weight loss surgery: Executive report update. *Obesity (Silver Spring)*, 17(5), 842-862.

Carr, D. og Friedman, M. (2005) Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination and psychological wellbeing in the United States. *Journal of health and social behaviour*, 46, 244-259.

Conceição, E., Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., LaHaise, K., Jorgensen, M., Woodbury, K., Hass, N., Garcia, L. & Wonderlich, S. (2013a) Eating disorders after bariatric surgery: A case series. *International Journal of Eating Disorders*. Vol.46(3), pp. 274-279.

Conceição, E., Vaz, A., Bastos, A. P., Ramos, A. & Machado, P. (2013b) The development of eating disorders after bariatric surgery. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. Vol.21(3), pp. 275-282.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Database for statistikk om høgre utdanning. (2014) Publiseringkanaler. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringkanaler/Forside> [Lastet ned 11.05.2014]

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2013) Helsinkideklarasjonen. URL: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> [Lastet ned: 11.05.2014]

DiGiacchino R. F., Sargent R. G. & Topping M. (2001) Body dissatisfaction among White and African American male and female college students. *Eating Behaviors*, 2, 39-50.

Dymek, M. P., Le Grange, D., Neven, K. & Alverdy, J. (2001) Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en Y gastric bypass: a brief report. *Obesity Surgery*; 11:32-39.

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Gilmartin, J. (2013) Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.22(9-10), pp. 1299-1309.

Greenberg, J. A. og Robinson, M. K. (2009) Surgery: how safe is bariatric surgery? *Nature reviews endocrinology*, 5, 645-646.

Groven, K. S, Råheim, M. & Engelsrud, G. (2010) "My quality of life is worse compared to my earlier life". Living with chronic problems after weight loss surgery. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5: 5553-doi:10.3402.

Groven, K. S, Råheim, M. & Engelsrud, G. (2012a) Dis-appearance and dys-appearance anew: Living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery, *Medicine. Health Care and Philosophy*. 16:507–523.

Groven, K. S, Råheim, M. & Engelsrud, G. (2012b) Living with bodily changes after weight loss surgery: Women's experiences of food and "dumping". *Phenomenology & Practice*. 6(1):36–54.

Helsedirektoratet. (2011) Nasjonale retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Sider/default.aspx> [Lastet ned: 06.05.2014]

Helsedirektoratet. (2012) Hva er motiverende samtale? URL: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/default.aspx> [Lastet ned: 08.05.2014]

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007) Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten, voksne. URL: <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2008/Rapport%20sykelig%20overvekt%20voksne%201%2011%20%2007.pdf> [Lastet ned: 10.04.2014]

Hjermstad, M. J. (2000) Helserelatert livskvalitet. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 120:836.

Hofsø, D., Aasheim, E. T., Sjøvik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R. Aas, A. T., Kristinsson, J. & Hjelvesæth, J. (2011) Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 131(19),1887-1892.

Hofsø, D., Nordstrand, N., Johnson, L. K., Karlsen, T. I., Hager, H., Jenssen, T., Bollerslev, J., Godang, K., Sandbu, R., Røislien, J. & Hjelvesæth, J. (2010) Obesity-related cardiovascular risk factors after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. *Eur J Endocrinol*; 163: 735-45.

Huang, CY., Hsu, M-C., Pan, K-C, Huang, C-K. & Chi, S-C. (2011) Early health status and health-related quality of life after laparoscopic gastric bypass surgery in morbidly obese patients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. Vol.6(4), pp. 193-200.

Kaufman, K. (2011) Body image disturbance after rapid and substantial weight loss following bariatric surgery. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol.72(6-B) pp. 3732.

Knutstad, U. (2010) Pasienten I sentrum I helsetjenesten. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS, pp. 19-25.

Lerdal, A. (2010) Tretthet og utmattelse. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS, pp. 182-193.

Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning. (2006) URL:
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56/> [Lastet ned: 10.04.2014]

Magdaleno, R. Jr., Chaim, E. A., Pareja, J. C. & Turato, E. R. (2011)The psychology of bariatric patient: What replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity Surgery*. 21(3):336-9.

Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugarman, H. J. & Livingstone, E. E. (2005) Meta-analysis: surgical treatment for obesity. *Annals of internal medicine*, 142, 547-599.

Malterud, K. og Tonstad, S. (2009) Preventing obesity: Challenges and pitfalls for health promotion. *Patient Education and Counseling*, 76, 254-259.

McLeod B. Beban G. Sanderson J. McKillop A. Jull A. (2012) Bariatric surgery makes dramatic difference to health-related quality of life. *New Zealand Medical Journal*. 125(1363):46-52.

Mitchell, J. E., Crosby, R., de Swaan, M., Engel, Scott., Roerig, J., Steffen, K., Gordon, K. H., Karr, T., Lavender, J. & Wonderlich, S. (2013) Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity*. 21, 665-672.

Mårvik, R. (2011) *Fedmeoperasjoner kan føre til alvorlig sykdom*. URL: <http://www.stolav.no/no/St-Olavs-Hospital/Internett/Startside/Aktuelt/Nyheter/Pulsen/-Fedmeoperasjoner-kan-fore-til-alvorlig-sykdom/118249/> [Lastet ned: 09.04.2014]

Natvik, E., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013) Totally Changed, Yet Still the Same: Patients' Lived Experiences 5 Years Beyond Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research*. Vol.23(9), Sep 2013, pp. 1202-1214.

Norgeshelse Statistikkbank. Overvekt og fedme, selvrapportert, voksne. URL: <http://norgeshelse.no/norgeshelse> [Lastet ned: 20.03.2014]

Norsk Helseinformatikk. Gastrisk bypass. URL: <http://nhi.no/livsstil/kosthold/overvekt/slankeoperasjoner-13578.html?page=3/> [Lastet ned 01.05.2014]

Norsk Helseinformatikk. Gastrisk sleeve. URL: <http://nhi.no/forside/gastrisk-sleeve-41722.html> [Lastet ned: 06.05.2014]

Nylenna, M. (2009) *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget ANS.

Ogden, J., Clementi C. & Aylwin S. (2006) The impact of obesity surgery and the paradox of control. *Psychology and Health*, 21(2), 273-293.

Pettersen, R. C. (2008) *Oppgaveskrivingens ABC. Veileder og førstehjelp for høyskolestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Pokrajac-Bulian A. og Zivcic-Becirevic I. (2005) Locus of control and self-esteem as correlates of body dissatisfaction in Croatian university students. *European Eating Disorders Review* 13, 54-60.

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.

Regjeringen (2009) St.mld. 47 Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid. Det kongelige helse og omsorgsdepartement [online]. URL:

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> [Lastet ned 02.05.2014]

Rustøen, T. (2010) Livskvalitet og velvære. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS, pp. 29-55.

Rustøen, T. og Stubhaug, A. (2010) Smerter. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS, pp. 137-181-

Salant, T. og Santry, H. P. (2006) Internet marketing og bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. *Social Science and Medicine*, 62, 2445-2457.

Skårderud, F. (2000). *Sterk Svak*. Oslo: Aschehoug.

Ukleia A. (2005) Dumping syndrome: pathophysiology and treatment. *Nutrition in Clinical Practice*; 20, 517-525.

White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D. & Grilo, C. M. (2010) Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24 month follow-up study. *J Clin Psychiatry*; 71:175-184.

Zijlstra, H., Larsen, J. K., Wouters, E. J. M., van Ramshorst, B. & Geenen, R. (2009) The long-term course of quality of life and the prediction of weight outcome after laparoscopic adjustable gastric banding: A prospective study. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. Vol.8(1), pp. 18-22.

VEDLEGG 1: Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Lest artikkel-ens tittel	Lest artikkel-ens abstract	Lest artikkel i sin helhet	Artikkel utvalgt for gransking og vurdering
Søk nr. 1. PsychInfo 26.03.14	Engelsk, Norsk, Svensk, Dansk. 2006 – Current date.	Bariatric Surgery AND Post Surgery.	421	130	34	19	8
Søk nr. 2. PsychInfo 31.03.14	Qualitative	Bariatric Surgery AND Postopera- tive AND Longterm results	30	30	12	3	1
Søk nr. 3. PubMed 05.04.14	Author	Karen Synne Groven	5	5	5	2	2
Søk nr. 4. PsychInfo 02.05.14	Engelsk Norsk 2008- Current date. Full text og Abstracts.	Bariatric surgery AND Body image	23	23	5	1	1
Søk nr. 5. Pubmed 02.05.14		Bariatric surgery, Body image, Qualitative research	4	4	4	3	1

VEDLEGG 2: Oversikt over manuelle søk.

Hentet fra referanse-listen i følgende artikkel	Søkebase	Søkeord	Forfatter
Mitchell et al. 2013. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery.	Medline	Dymek M. P.	Dymek M. P. et al. 2001.
Mitchell et al. 2013. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery.	Medline	White M. A.	White M. A. et al. 2010.
Gilmartin fra 2013. Body image concerns amongst massive weight loss patients.	Google Scholar		DiGioacchino et al. 2001.
Artikkel som ikke blir benyttet i studien.	Søk direkte på tidsskriftet Phenomenology & Practice	Karen Synne Groven (avgrenset til Authors)	Groven K. S. 2012b.

VEDLEGG 3: Oversikt over inkluderte artikler

* MS – Manuelt søk.

Søk nr.	Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ Instrument	Deltakere/ Bortfall	Hovedresultat	Kvalitetsnivå på tidsskriftet artikkelen er publisert i / relevans til hensikt
6	Conceição et al. 2013a. Portugal.	Samle informasjon og statistikk om fedmeopererte pasienters utvikling av spiseforstyrrelser.	Kvantitativ. Spørreskjema som presenterer definisjoner på spiseforstyrrelser (DSM-5) + gjennomgang av journal.	12 kvinner fra 23-69 år.	6 pasienter oppfylte kriterier for diagnosen anorexia nervosa (AN), 4 pasienter oppfylte kriterier for atypisk AN og 2 pasienter oppfylte kriteriene for bulimia nervosa (BM).	Nivå 2. Ny forskning med god relevans for besvarelse av hensikt.
6	Conceição et al. 2013b. Portugal.	Belyse at de endringene som en fedmeoperasjon krever kan trigge spiseforstyrrelse hos de postoperative pasientene.	Kvalitativ. Dybdeintervju.	3 pasienter som har utviklet spiseforstyrrelse symptomer etter fedmeoperasjon.	Det raske og massive vekttapet og den restriktive dietten etter operasjonen kan være en utløsende faktor for utvikling av spiseforstyrrelser (AN, atypisk AN og BM).	Ikke godkjent nivå, men blir inkludert på grunn av at det er ny forskning med god relevans for besvarelse av hensikt.
MS	DiGiacchino et al. 2001. USA.	Utforske oppfatningen av egen kroppsstørrelse og misnøye blant afroamerikanske og hvite college-studenter.	Kvantitativ. Spørreskjema.	707 personer deltok. 32 % var menn og 68 % var kvinner.	Både afroamerikanske og hvite studenter i denne studien oppfattet seg selv å være mindre enn realiteten. Større fedmetoleranse blant afroamerikanske	Nivå 1. God relevans rundt kategorien kroppsbilde.

					kvinner.	
MS	Dymek et al. 2000. USA.	Undersøke effekten en gastrisk bypass har blant sykelig overvektige pasienter. Utfallsmålene inkluderte livskvalitet og psykososial funksjon.	Kvantitativ. Spørreskjema.	32 sykelig overvektige pasienter som har gjennomgått en gastrisk bypass.	En dramatisk reduksjon i vekt, og betydelige forbedringer i helse relatert livskvalitet, depresjon, selvfølelse, og patologisk overspising, inkludert overspising på kort sikt.	Nivå 1. Den eldste artikkelen i denne litteraturstudien. Relevant for besvarelse av hensikt.
3	Groven et al. 2010. Norge.	Utforske hvordan kroniske problemer og komplikasjoner etter en fedmeoperasjon oppleves av pasientene.	Kvalitativ. Empirisk. Dybdeintervju.	5 norske kvinner.	Alle pasientene opplevde store helse relaterte problemer etter en fedmeoperasjon (Fatigue, smerter, "dumping", vektøkning). Utfallet ble en dårligere livskvalitet enn før operasjonen.	Nivå 1. Ny forskning belyser flere av kategoriene i resultatdel, svært relevant for besvarelsen.
3	Groven et al. 2012a. Norge.	Utforske ulike kroppslige endringer hos pasienter som har gjennomgått en fedme-operasjon.	Kvalitativ. Empirisk. Individuelle dybdeintervju.	22 norske kvinner.	Å leve med kroppslige endringer (løs og hengende overskuddshud) etter en fedmeoperasjon oppleves utfordrende. Ambivalens mot fjerning av hud kirurgisk.	Nivå 1. Ny forskning med god relevans for besvarelse av flere kategorier i resultatdel.
MS	Groven et al. 2012b.	Utforske kvinners opplevelser og	Kvalitativ. Empirisk.	22 norske kvinner fra	Opplevelse av sykdom i sammenheng med	Nivå 1. Ny forskning

	Norge.	erfaringer av "dumping" symptomer etter en fedme-operasjon.	Individuelle dybdeintervju.	24-54 år. Alle hadde gjennomgått en gastrisk bypass.	måltider, å lære å forholde seg til endringer i den indre kroppen og følelser av å miste og gjenvinne kontroll. En gastrisk bypass er irreversibel og vil forandre kroppens anatomi og fysiologi av en sunn mage.	med god relevans for besvarelse av flere kategorier i resultatdel.
4	Kaufman 2011. USA.	Undersøker sammenhengen mellom flere fedmerelaterte spørsmål.	Kvantitativ. Selvrapportering -skjema.	112 voksne pasienter som hadde gjennomgått en fedme-operasjon.	Pasienter med spiseforstyrrelser som patologisk overspising hadde en nedgang i kroppsbilde sett opp mot kontrollgruppen. Dette samme gjalt for pasienter med overskuddshud som søkte plastisk kirurgi.	Nivå 1. Relevant for deler av besvarelse av kategori i resultatdel.
5	Magdaleno Jr. et al. 2011. Brasil.	Søker forståelse av den postoperative betydningen av fedmeoperasjon samt kvinnene som lider av sykkelig overvekt og hvordan faktorene påvirker resultatet.	Kvalitativ. Semidirekte intervju med åpne spørsmål.	7 brasilianske kvinner som hadde gjennomgått fedme-operasjon for 1,5-3 år siden.	Her kobler man eget kroppsbilde og mulige fysiske komplikasjoner sammen med resultatet av operasjonens suksess.	Nivå 1. God relevans for deler av besvarelse av kategori i resultatdel.
1	Natvik et al. 2013.	Utforske fedmeopererte	Kvalitativ. Dybdeintervju.	4 menn og 4 kvinner,	Livet etter fedmekirurgi ble	Nivå 2. Ny forskning

	Norge.	pasienters meninger om vektreduksjon og selve fedmeoperasjonen.	Retrospektiv design.	fra 43-53 år. Alle hadde gjennomgått en fedmeoperasjon for 5-7 år siden.	beskrevet som å leve med spenning, ambivalens, og forsterket oppmerksomhet mot ens kropp.	med god relevans for besvarelse av flere kategorier i resultatdel.
MS	White et al. 2010.	Undersøke den kliniske betydningen av tap av kontroll (TAK) i form av overspising etter en fedmeoperasjon.	Kvantitativ.	361 pasienter som hadde gjennomgått en gastrisk bypass.	Postoperativ TAK spår dårligere forbedringer, vekttap og psykososiale utfall enn hos de pasientene som ikke opplevde TAK. Det blir også linket opp mot spiseforstyrrelser, psykopatologi, depresjon og dårligere livskvalitet.	Nivå 2. Inneholder avsnitt med god relevans for deler av besvarelse av kategori i resultatdel.
2	Zijlstra et al. 2009. Nederland.	Undersøke pasientenes forklaring på utilstrekkelig vektreduksjon og selvinnsikt med tanke på matinntak etter en LAGB.	Kvalitativ. Dybdeintervju.	1 mann og 10 kvinner, fra 36-61 år. Kun postop. pasienter med utilstrekkelig vekt-reduksjon.	Pasientene var skuffet med det postoperative utfallet. Noen viste ingen innsikt av egen rolle, mens andre klarte delvis å fortsette tiltakene som trengs for å opprettholde vekttap.	Ikke godkjent nivå på grunn av at tidsskriftet ble nedlagt i 2012. Inkludert på grunn av god relevans for deler av besvarelse av kategori i resultatdel.

VEDLEGG 4: Analysetabell

Subkategorier	Kategorier
<p>Fedmeoperasjon kan føre til at noen pasienter utvikler varig fatigue og intense smerter. Et slikt utfall hindrer pasientene fra å ha et sosialt og psykisk aktivt liv.</p> <p>Smerten som en del av "dumping episodene" ble mer merkbar over tid og var ikke alltid lokalisert til en bestemt kroppsdel, men beskrives som en jevn smerte i hele kroppen.</p> <p>Pasientene rapporterer at det var vanskelig å kontrollere diaré, gass, smerte, kvalme og oppkast.</p>	<p>"Dumping syndromet".</p>
<p>Å spise er en del av et komplekst atferdsmønster som reflekterer en svikt når tanken er å spise en viss mengde, mens utførelsen svikter.</p> <p>Enkelte pasienter rapporterer å ha lite eller ingen innsikt over egen rolle ved vektnedgang og var ikke klar over egen utøvelse av helse-relatert atferd. Andre pasienter viste til delvis innsikt hvor de spiste riktig, men falt tilbake til gamle vaner i tider med mye stress. En forventning om at operasjonen ville gjøre jobben for dem ble rapportert.</p> <p>Det ble oppdaget bestemte atferder blant pasientene som ble sett i sammenheng med den atferden personer med anorexia nervosa har.</p>	<p>Fedmeopererte pasienters utvikling av spiseforstyrrelser.</p>

<p>Bekymring og problemer rundt tanker, oppfatninger, følelser og holdninger, samt evaluering av eget fysisk bilde ligger sentralt hos sykkelig overvektige pasienter som opplever et massivt vekttap.</p> <p>Å oppleve vektøkning etter en fedmeoperasjon blir sett sammen med emosjonelt stress, skam og selvforakt. Det har en tydelig påvirkning av pasientenes livskvalitet og kroppsbilde på en negativ måte.</p> <p>Illeluktende, klamme og svette hudfolder på magen, løs hengende hud på overarmene, tykke pølsete lår, og hengepupper som følger av vektreduksjonen ble rapportert blant flere pasienter. Den løse huden ble opplevd som lite estetisk, ukomfortabelt og lite feminint, noe som til sammen førte til følelsen av å være mindre attraktiv enn før vektreduksjonen.</p>	<p>Pasientenes syn på eget kroppsbilde.</p>
---	---