

Gastric bypass – ingen snarvei til ny livsstil. Pasienterfaringer to år etter kirurgi

Åshild Torgersen, Rebecca Jane Foreman, Sissel Eikeland Husebø og Marit Hegg Reime

Åshild Torgersen, sykepleier 6G, Kirurgisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus, ashild.torgersen@sus.no

Rebecca Jane Foreman, sykepleier 6G, Kirurgisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus

Sissel Eikeland Husebø, førsteamanuensis, Universitetet i Stavanger og Forskningskoordinator ved Kirurgisk klinikk, Stavanger universitetssjukehus, sissel.i.husebo@uis.no

Marit Hegg Reime, førstelektor ved Høgskulen på Vestlandet, Institutt for sykepleiefag, fagansvarlig Videreutdanning i gastroenterologisk sykepleie

Abstract

Gastric bypass – no quick fix for lifestyle changes. Patient experiences two years after bariatric surgery

The aim of the study was to examine which factors affect the patient's ability to cope with lifestyle changes, the importance of social support to maintain lifestyle changes and how patients experience follow-up from healthcare professionals, two years after surgery. A qualitative exploratory design was chosen. Three focus group interviews were conducted with 13 patients. Content analysis was used to analyse the interviews. The findings revealed three themes; from knowledge to action, the importance of social support, and insufficient follow-up from the healthcare service. The patients need structure in everyday life, self-discipline and social support to reinforce self-efficacy and to manage and maintain lifestyle changes. Information and support from healthcare professionals should be tailored to where the patient is in the change process.

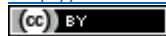
Keywords/Nøkkelord

gastric bypass; social support; focus group; follow-up; coping; healthcare providers

vektreducerende kirurgi; sosial støtte; fokusgruppe; oppfølging; mestring; helsepersonell

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4125>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Innledning

Forekomst av fedme ($KMI \geq 30$) har på verdensbasis mer enn doblet seg de siste 30 årene, og øker risikoen for blant annet hjerte-kar sykdommer, flere kreftformer, type 2-diabetes og psykiske lidelser (Helsedirektoratet 2011). Følgetilstander av fedme er nedsatt livskvalitet, psykososiale problemer og stigma (Wang, Hofmann og Høyemork 2014). Fra 2004 ble personer med sykkelig overvekt ($BMI > 40$ eller $BMI > 35$ og vektrelaterte tilleggssykdommer) sikret lik rett til helsehjelp, utredning og behandling (Hofsø, Asheim, Søvik, Jakobsen, Johnson og Sandbu 2011). Det har medført at antall vektreduserende operasjoner har økt dramatisk (Giske, Lauvrak, Elvsaas, Hofmann, Håvelsrud, Vang og Fure 2014). Hvert år opereres ca. 3000 personer i Norge, $\frac{2}{3}$ på offentlige sykehus og $\frac{1}{3}$ hos private (Wang et al. 2014; Kvalitetsregistre 2016).

Vektreduserende kirurgi ansees som den mest effektive behandlingsmetoden for å oppnå og vedlikeholde vektreduksjon og bedre livskvaliteten (Andersen, Aasprang, Karlsen, Natvig, Våge og Kolotkin 2015; Aasprang, Andersen, Våge, Kolotkin og Natvig 2016; Picot, Jones, Colquitt, Gospodarevskaya, Loveman, Baxter og Clegg 2009). I Norge benyttes følgende vektreduserende operasjonsmetoder: ventrikkelseksjon (gastrisk sleeve), duodenal switch og gastrisk bypass (GBP) (Kvalitetsregistre 2016). I denne studien er pasienter som har fått utført GBP intervjuet. Operasjonsmetoden innebærer at 95 % av magesekken og deler av tynntarmen kobles bort (Wang et al. 2014). GBP gir oftest et stort og raskt vekttap på inntil 80 % av overvekten i løpet av det første året (Picot et al. 2009). Imidlertid rapporterer pasientene at de er lite forberedt på de ekstreme livsstilsendringer som GBP medfører (Wykowski og Krouse 2013). Det er fremdeles lite kunnskap om hvilke forutsetninger som må være tilstede for at pasientene endrer livsstil på lengre sikt, og hvilken oppfølging pasientene har behov for etter inngrepet (Grønnestad og Blystad 2004; Lynch 2016; Wykowski og Krouse 2013; Sutton og Raines 2010). Av avgjørende betydning er at det kirurgiske inngrepet kombineres med livsstilsendringer og oppfølging fra helsepersonell for at pasientene skal få langsiktig vekttap og økt livskvalitet (Livhits, Mercado, Yermilov, Parikh, Dutson, Mehran, Clifford og Gibbons 2010).

Bakgrunn

Endring i livsstil består av å tilegne seg gode helsevaner i forhold til fysisk aktivitet, sunt kosthold og nye spisevaner, noe som krever atferdsendring (Lim, Jones og Chen 2015). Den transteoretiske modellen for endringsprosesser beskriver atferdsendring som en prosess som skjer gjennom definerte stadier og som er påvirket av fornuft og følelser (Prochaska og Nocross 2001; Prochaska og Di Clemente 1982). Modellen fokuserer på motivasjon og vedlikehold av gode helsevaner og består av fire stadier for hvor klar man er for endring: I første

fase (tanke) ser ikke pasienten problemet og kan derfor neglisjere informasjon som skal bidra til atferdsendring. I andre fase (besluttsomhet) oppdager pasienten at atferdsendring må til, men overveier fordeler og ulemper. I tredje fase (handling) planlegger pasienten atferdsendring, ofte uten spesifikke mål. Pasienten trenger derfor hjelp fra helsepersonell til å utvikle en handlingsplan med realistiske mål. I fjerde fase (vedlikehold) har pasienten endret og opprettholdt ny atferd over tid. Endringen har blitt en del av pasientens livsstil, men med fare for tilbakefall. Mestringstro (self-efficacy) er et sentralt begrep i Banduras sosial-kognitive teori (2004). Personlige erfaringer, mestringsevne og kognitive ferdigheter er avgjørende for hvordan personer oppfatter og opptrer i gitte situasjoner. Å tro på å klare handlingene som er nødvendige for å nå mål og å tro på at handlingene gir ønsket resultat, er vesentlige kognitive prosesser. Grad av mestringstro har derfor innflytelse på personens innsats, utførelse, utholdenhet, og målsettinger.

House, Landis og Umberson (1988) sin teori anses som en relevant forståelsesmodell innen begrepet sosial støtte. De definerer sosial støtte som en mellommenneskelig prosess som involverer en eller flere av følgende fire aspekter: Emosjonell støtte er behov for tillit og omsorg fra sosiale relasjoner og deling av erfaringer med andre. Informasjonsstøtte er behov for råd og veiledning for å håndtere mestring av livsstilsendring. Materiell støtte er behov for tilgjengelige helsetjenester og praktisk hjelp fra sosialt nettverk. Evalueringsstøtte er konstruktive tilbakemeldinger og bekreftelse for å oppnå anerkjennelse og styrke evnen til å tro på egen mestring (House et al. 1988; Umberson og Montez 2010).

I Norge er det oppfølging av pasientene i inntil fem år etter operasjon i spesialisthelsetjenesten (Kvalitetsregistre 2016). Etter innføring av samhandlingsreformen er utvikling av tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten viktig for å sikre langvarig oppfølging og behandling (Aasprang, Andersen, Sletteskog, Våge, Bergsholm og Natvig 2008). Samtidig bør pasientenes perspektiv vektlegges i utforming av et fremtidig oppfølgingstilbud, slik at helsetjenesten blir av god kvalitet (Bjertnæs, Dahle, Veenstra og Søreide 2005). Studier vektlegger livslang oppfølging etter vektreduserende kirurgi, men det mangler store studier av god kvalitet som kan rapportere langtidsoppfølging (Giske et al. 2014). I 2015 ble det opprettet et nasjonalt kvalitetsregister for vektreduserende kirurgi som inneholder data om antall opererte pasienter, antall som får komplikasjoner, hvilke typer komplikasjoner og hvilken effekt inngrepet har på pasientene over tid (Kvalitetsregistre 2016). Det er fortsatt behov for forskning for å bedre forståelsen av pasienterfaringer knyttet til opprettholdelse av vekt tap etter vektreduserende kirurgi og betydningen av sosial støtte (Liebl, Barnason og Hudson 2016; Sharman, Hensher, Wilkinson, Williams, Palmer, Venn og Ezzy

2017). Likeens konkluderer en oversiktsartikkel med at det er mangelfull kunnskap om hvilke atferdsendringer som er mest fordelaktig for pasienter for å opprettholde varig vektreduksjon (Wykowski og Krouse 2013).

Denne studien har tre delhensikter: 1) utforske hvilke faktorer som påvirker pasientens evne til å mestre livsstilsendringer etter GBP operasjon, 2) utforske hvilken betydning sosial støtte har for å lykkes med vedlikehold av livsstilsendringer og 3) undersøke hvordan pasienter erfarer oppfølging fra helsepersonell etter GBP operasjon.

Metode og design

Et kvalitativt og beskrivende design ble valgt for å adressere studiens hensikter (Creswell 2013). Innsamling av data ble gjort ved hjelp av fokusgruppeintervju (FGI) i mai 2014. FGI er en egnet metode for å oppnå dypere forståelse av erfaringer, holdninger eller synspunkter hos deltakerne, som gjennom dialog og samhandling gir adgang til tanker og oppfatninger rundt temaet som studeres (Malterud 2013). Til forskjell fra individuelle intervjuer fremskaffer FGI informasjon fra en gruppedynamisk interaksjonsprosess, der dataskapingen skjer konsentrert ved at flere personer sammenligner erfaringer under intervjuet (Krueger og Casey 2000). Med dagens sterke fokus på brukermedvirkning er FGI egnet for å få innsikt i hvordan pasientgrupper erfarer dagliglivet med helseproblemer og hvilke behov de har for helsetjenester (Lerdal og Karlsson 2016).

Deltakere

Tilsammen 60 pasienter som var operert for GBP ved et sykehus i Norge i tidsrommet april – juni 2012 ble invitert til å delta i studien. To år etter inngrepet antar en at pasientene er forbi «honeymoon-fasen» (Tess, Scabim, Santo og Pereira 2014) og befinner seg i «besluttsomhetsfasen» og i ulik grad har endret atferd på bakgrunn av ny innsikt (Prochaska og Nocross 2001; Prochaska og DiClemente 1982). Pasientene fikk tilsendt informasjon og skjema for samtykke og bakgrunnsopplysninger om studien per post. Tilsammen 21 pasienter (33 %) returnerte skjemaene og ble dermed inkludert i studien. Inklusjonskriteriene var voksne personer over 18 år, operert for GBP for to år siden, norsktalende og hjemmehørende i nærliggende kommuner til sykehuset. Pasienter som hadde alvorlige postoperative komplikasjoner eller tunge psykiske lidelser ble ekskludert. En pasient ble ekskludert på grunn av alvorlige komplikasjoner, fire pasienter kunne ikke møte til oppsatt dato og to pasienter avlyste på grunn av sykdom. De resterende 13 pasientene (11 kvinner og 2 menn) ble delt i tre grupper. I første FGI deltok to kvinner og to menn, i andre FGI fire kvinner og i tredje FGI fem kvinner. Alder ved intervjuet var varierte mellom 29 og 60 år, tolv var gift eller samboer mens en var enslig. Ni deltakere hadde videregående skole, to høgskole eller gymnas og to grunnskole, åtte var i arbeid,

tre var uføretrygdet og to sykemeldt. BMI før GBP varierte mellom 36 og 49,5 (gj.sn. 43), mens ved intervju-tidspunktet varierte BMI mellom 20,7 og 39,3 (gj.sn. 29).

Setting

Ved sykehuset opereres det i gjennomsnitt syv GBP pasienter i uken, totalt cirka 250 pasienter i året, de fleste henvist fra fastlege. Preoperativt møtte pasientene til heldagsskole med tverrfaglig informasjon om inngrep, ernæring, mat/spiseatferd og oppfølging etter inngrepet. En uke postoperativt møtte pasientene til gruppesamtale hos sykepleier og klinisk ernæringsfysiolog (KEF). Seks uker og 6, 12 og 18 måneder postoperativt møtte de til individuell konsultasjon hos sykepleier og eller KEF. Tilbud om to og fem års-kontroll var ikke inkludert i tilbudet på intervjutidspunktet.

Datainnsamling

Alle FGI fant sted på et møterom ved sykehuset. Ved oppmøte ble deltakerne informert om hensikten med studien og hvilke temaer som skulle diskuteres. Det ble understreket at de skulle utveksle opplevelser og erfaringer, men måtte selv avgjøre hva de ønsket å dele (Malterud 2013). En moderator og to ko-moderatorer gjennomførte alle tre intervjuene. Hvert intervju varte i 1,5 – 2 timer. Moderator la til rette for at samtlige fikk uttale seg om hvert tema. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en strukturert intervjuguide med utgangspunkt i studiens hensikter, funn fra tidligere forskning samt egne erfaringer med oppfølging av pasientgruppen (Malterud 2013). Intervjuguiden omfattet følgende tema: kosthold og spisevaner, fysisk aktivitet, egeninnsats for reduksjon og vedlikehold av vekt, betydningen av sosial støtte og oppfølging fra helsetjenesten. Eksempler på spørsmål var «hvordan har dere hatt det etter GBP operasjonen?», «hvilke utfordringer har dere erfart i forhold til å etterleve det nye kostholdet?», «hvilken egeninnsats har dette krevd av dere?» og «hvilke utfordringer har dere erfart med å holde stabil vekt?». Det ble ikke stilt direkte spørsmål om psykososiale utfordringer, da sensitive opplysninger krever at deltakerne åpner for dette og at det avsettes tid til å lytte til erfaringene. Moderator stilte åpne spørsmål, etterfulgt av oppfølgingsspørsmål, for å bekrefte eller oppklare meningsinnholdet som fremkom. Erfaring med spørsmål fra første intervju ble fulgt opp i neste intervju (Malterud 2013). Ko-moderatorene var observatører og noterte gruppedynamikk og supplerte med tilleggsspørsmål der svarene var tvetydige. I etterkant av hvert intervju, oppsummerte moderator og ko-moderatorene hovedinntrykket av hva som ble sagt og observert.

Dataanalyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. Datamaterialet utgjorde til sammen 90 sider tekst. Dataanalysen ble utført i tråd med Graneheim og Lundman (2004) sin analysemodell. I første fase ble transkripsjonene lest

flere ganger hver for seg av tre av forskerne (ÅT, RF, SEH), deretter sammen, for å få en helhetsforståelse av teksten. Teksten ble oppdelt i meningsenheter og deretter kortet ned (kondensert), uten å miste meningsinnholdet. De kondenserte meningsenhetene ble abstrahert til koder. Kodene ble tolket og de som hørte sammen ble gruppert i kategorier. Deretter ble temaer identifisert. Koding, kategorisering og tematisering ble diskutert i flere møter til konsensus ble oppnådd i forskergruppen (Tabell 1). Graneheim og Lundman (2004) vektlegger tolkning av manifest innhold i fasene fra meningsenheter til kategorier og av latent innhold i tematisering. Manifest innhold er hva teksten sier, og beskriver det åpenbare og synlige, mens latent innhold viser til den underliggende meningen i teksten.

Tabell 1. Eksempel på faser i dataanalysen

Tema
Fra kunnskap til handling.
Kategorier
Manglende evne til å omsette kunnskap til handling.
Koder
Prioriterer ikke tid til et sunt kosthold.
Kondenserte meningsenheter
Jeg er gift med en kokk, men det er jeg som lager maten. Jeg kunne vært flinkere til å velge sunnere. Jeg er sliten etter jobb og har unger som skal ha mat med en gang. Da blir det lette løsninger med ferdigmat, som inneholder lite næringsstoffer.
Meningsenheter
Jeg er gift med en kokk jeg, det hjelper ingenting. Det er jeg som lager maten. Han tar ikke med seg jobben hjem. Så det er litt festlig. Jeg kunne nok vært litt flinkere med å velge enda sunnere ting enn det jeg gjør. Jeg er sliten når jeg kommer hjem fra jobb og har unger som skal ha mat med engang du kommer inn døren. Hvis ikke de får mat på bordet så. Og da har jeg lette løsninger, da blir det ferdigmat med lite næringsstoffer og sånt.

Forskningsetikk

Studien er godkjent av Regional Etisk komite Vest Norge, samt forskningsavdelingen og personvernombudet ved sykehuset. Deltakerne ble skriftlig og muntlig informert om hensikten med studien og at deltakelse var frivillig. Samtykkeerklæring ble sendt ut til alle deltakerne i forkant av studien. Alle data som er innhentet er behandlet anonymt slik at dataene ikke kan spores tilbake til deltakerne.

Funn

Analysen av data frembrakte tre tema og syv tilhørende kategorier (Figur 1). Temaene belyser ulike aspekter av deltakernes erfarte mestring av endringer og begrensninger to år etter GBP operasjon. Det var stor variasjon i hvordan pasientene håndterte endringene som behandlingen innebar og hvilke utfordringer den enkelte pasient erfarte. Pasientene fremhevet betydningen av sosial støtte og oppfølging fra helsetjenesten som viktige faktorer for å lykkes med vedlikehold av en sunn livsstil, men det varierte i hvilken grad de ble benyttet.

Figur 1. Oversikt over tema og tilhørende kategorier fra dataanalysen

Tema	Fra kunnskap til handling	Betydningen av sosial støtte	Utilstrekkelig oppfølging fra helsetjenesten
Kategorier	Manglende evne til å omsette kunnskap til handling	Åpenhet versus lukkethet	Heller individuelt enn generelt
	Erfarte begrensninger og plager	Oppbakking versus mangel på støtte	Stegvis, langsiktig og tverrfaglig oppfølging
	Betydningen av selvdisiplin og egeninnsats		

Fra kunnskap til handling

Temaet handler om faktorer som er av betydning for at pasientene endrer livsstil etter GBP operasjon.

Manglende evne til å omsette kunnskap til handling

Deltakerne hadde kunnskap om at livsstilsendringer innebar et sunt kosthold med gode spisevaner og fysisk aktivitet. De fleste hadde likevel erfart at «kroppen ga beskjed». Tilpasningsprosessen gjorde at flere deltakere ble mer bevisst på hva, når og hvordan de spiste for å unngå fysisk ubehag. Endringene opplevdes som et «tvunget» resultat av operasjonens begrensninger eller som en plikt for å følge et regime, mer enn å være bevisst eget ønske og motivasjon for endring, slik denne deltakeren beskriver:

FGI1, D2: *«En må spise det de sier, og prøve å holde det inn forbi rammene...Jeg følte jeg måtte stille om hele kostholdet. Jeg elsket alt som var usunt, nå får jeg*

jo ingenting av det, da blir jeg jo i hvert fall dårlig. Sånn er det bare, det må jeg godta.»

Evnen til å omsette kunnskap til handling erfarte noen som en stor mental endringsprosess der de måtte lære å takle det å være operert, noe denne deltakeren beskriver:

FGI 2, D1: *«Det er en kamp hver dag. Det er ikke hodet som er operert, men magen.»*

Selvinnsikt og motivasjon for å fortsette livsstilsendringen var avhengig av at deltakerne så en sammenheng mellom egen atferd, valg av livsstil og ønske om endring. Samtidig var noen engstelige for vektøkning og tilbakefall til «gamle vaner» slik denne deltakeren uttrykker:

FGI1, D3: *«Det har gått veldig greit, men jeg vil ikke gå på kur hele tiden. Jeg kjenner og tenker at nå må jeg tenke litt...vi må passe oss. Jeg ser nå at jeg kan spise mer nå enn jeg gjorde før.»*

Til tross for tilstrekkelig kunnskap, var gjennomføring av livsstilsendringer varierende. Struktur og planlegging i hverdagen var avgjørende for å opprettholde livsstilsendringene, for eksempel i forhold til kosthold, slik denne deltakeren beskriver:

FGI2, D3: *«Jeg er gift med en kokk, men det er jeg som lager maten. Jeg kunne vært flinkere til å velge sunnere. Jeg er sliten etter jobb og har unger som skal ha mat med en gang. Da blir det lette løsninger med ferdigmat som inneholder lite næringsstoffer.»*

Det opplevdes utfordrende å kombinere spiserytmen med arbeid og å opprettholde en god rytme i helgene. Flere gjennomførte regelmessig trening, avtalte fysisk aktivitet med andre, gikk turer eller syklet til jobb eller deltok i organisert trening. Samtidig uttrykte noen at de ikke gjorde nok for å endre livsstil, mens andre ikke klarte å komme i gang. Mangel på struktur var begrunnet med travelhet i hverdagen eller manglende prioritering av tid til et sunnere kosthold eller fysisk aktivitet, noe dette utsagnet illustrerer:

FGI2, D3: *«Jeg liker å sykle og jeg liker å jogge, men jeg kommer meg ikke ut. Jeg prioriterer ikke å jogge. Jeg merker jeg har bedre kondis. Min innsats burde vært mer når det gjelder trening, men det er liksom bare å prioritere. Jeg er ikke redd for å trene, men det å komme seg ut. Det sliter jeg med.»*

Erfarte begrensninger og plager

Tilpasning til en ny livsstil medførte ubehag som kvalme, brekninger, dumping og magesmerter, med betydning for matinntak og energinivå. Enkelte hadde også fått laktose- og glutenintoleranse, fibromyalgi og ME etter GBP, som de

uttrykte behov for hjelp til, mens andre hadde ingen forventning om bedring. Deltakerne opplevde ubehagene varierende, illustrert med dette utsagnet:

FGI2, D2: *«Energien hos meg er veldig bølgete. Det er etter dagsformen... Jeg sliter med at jeg har en aktiv hverdag på jobb, men kan også kjenne at energien ikke er på topp. Hvis smertene i kroppen øker på så er det ikke alltid godt å fungere. Da kjenner jeg at det blir redusert. Da klarer jeg ikke mye. Så satses jeg da på neste dag også går vi på igjen...»*

FGI3, D4: *«Det at jeg har så mye vondt i magen i ettertid, det hemmer meg. Jeg får ikke gått de turene som jeg ønsker ut i naturen. Det hemmer veldig.»*

Betydningen av selvdisciplin og egeninnsats

Flere deltakere opplevde en enklere hverdag med økt energi på grunn av vekttapet og kviet seg ikke for å være aktive slik som før. De var blitt mer bevisst på hvordan de brukte kroppen, for eksempel at de gikk trapper i stedet for å ta heis.

FGI1, D4: *«Før slet jeg med å komme opp trapper fordi det var for tungt å gå, nå gjør det meg absolutt ingenting. Nå kan jeg springe opp de trappene...Jeg hadde jo grudd meg for å tatt bare en eneste trapp her tidligere...»*

Til tross for at vektreduksjon hadde gitt deltakerne en enklere hverdag, var det likevel store variasjoner i aktivitetsnivå. En lettere kropp, trivsel med aktiviteten, avtaler med seg selv eller andre og opplevd sosial støtte, gjorde det enklere å opprettholde et aktivt liv. De understrekte likevel at det var en kamp hver dag og at endringen hadde vært krevende for å være i fysisk aktivitet med regelmessig mosjon og trening. Det handlet om selvdisciplin mer enn at motivasjon i seg selv var pådriver for fysisk aktivitet, slik denne deltakeren uttrykker:

FGI3, D2: *«Det krever jo, det gjør det. Jeg har alltid likt å være ute og gå tur... Men det er klart at det er en del selvdisciplin i dette, for er det dårlig vær en dag så må en bare hive på seg noe klær og komme seg ut. Det nytter ikke å bare sette seg ned, da kommer en inn i den sirkelen at det var godt i godstolen. Men det er egentlig godt å komme seg ut også.»*

Deltakerne erfarte at tilpasning til et nytt kosthold hadde krevd mye egeninnsats i form av å velge riktig mat, øke hyppigheten av måltider, redusere matmengden og ta seg tid til endringene. De som koste seg og nøt maten og opplevde å spise variert, virket mer motivert for å opprettholde et sunt kosthold uten at det var påtvunget:

FGI2, D2: *«Jeg storkoser meg med å sitte med mange å grille. Jeg lager litt mindre biter og sitter og koser meg... Jeg kan sitte og småplukke. Jeg koser meg med mat nå... Jeg har ikke kost meg med maten før. Det er noe jeg har lært nå.»*

Betydningen av sosial støtte

Sosial støtte etter GBP opplevdes varierende, hadde ulik betydning og kom fra familie, venner, kollega, helsepersonell, kjæledyr og samvær med andre GBP opererte. Deltakerne uttrykte behov for å få komplimenter og aksept, bli ivaretatt, og få tilbud om rådgiving og veiledning. Hvem de opplevde sosial støtte fra var avhengig av om deltakerne hadde meddelt sitt sosiale nettverk om inngrepet.

Åpenhet versus lukkethet

Det varierte hvorvidt deltakerne hadde vært åpne om operasjon eller ikke. Det generelle inntrykket var at åpenhet ga flere sosiale relasjoner og økt sosial støtte, men dette var avhengig av om personene aksepterte valget og trodde at de ville mestre en sunnere livsstil. En kvinne som var åpen og erfarte god støtte både fra familie og nettverk uttrykte seg slik:

FGI3, D3: *«Jeg har vært veldig åpen om det. Jeg har gledet meg til å få en forandring på det, og dermed har jeg benyttet sjansen til å få snakke om det slik at jeg kunne få bearbeide det samtidig oppe i toppen. Jo mer en snakker om det, jo mer bearbeider en det oppi der også.»*

Andre mente at behandlingen var en «privatsak» og orienterte kun kjernefamilien. De følte skam, engstelse for negative reaksjoner fra andre, men sa også at dette var noe de måtte klare selv. De opplevde likevel støtte fra familien slik denne deltakeren beskriver:

FGI 2, D1: *«Hjemme har jeg full støtte. Det at han vil være med på tur og drar meg med. Jeg har ikke fortalt så veldig mange om at jeg skulle opereres. Det har i grunnen vært et nederlag at jeg ikke kunne gå ned de kiloene med egen hjelp....Det er mitt og det er ingen andre som har så mye med det. Det var et nederlag. Det har vært nederlag å være stor.»*

Oppbakking versus mangel på støtte

Gode sosiale relasjoner og vissheten om tilgjengelig sosial støtte var av betydning for opplevd mestring og opplevelse av sosial støtte varierte. Åpenhet om operasjonen ga større sosialt nettverk og opplevelse av sosial støtte, mens lukkethet medførte et mindre nettverk. Dersom sosiale relasjoner var gode medførte det tilfredshet med støtten de fikk. Støtten kunne være at ektefellen var pådriver for fysisk aktivitet eller laget sunn mat, at familie og venner kom med anerkjennelse og komplimenter eller at arbeidsgiver ga rom for å kombinere nye spisevaner med arbeid. De erfarte god støtte dersom de opplevde aksept, tilgjengelighet og ivaretagelse fra de nærmeste slik denne deltakeren beskriver:

FGI1, D2: *« Det er nok mer oppbakking, at de viser at de har tro på deg... Jeg har opplevd det slik at familie og venner og kjente har vært veldig positive til*

dette, og ville at jeg skulle få en lettere hverdag. De har jo sett at dette har slitt både psykisk og fysisk på meg i mange år....»

Lukkethet medførte savn av sosial støtte som kom til uttrykk ved manglende støtte og oppmerksomhet fra de nærmeste selv om nærstående var informert om behandlingen. Dette kunne for eksempel være fravær av komplimenter, at ektefelle ikke ble med på tur, at måltider ble inntatt hver for seg eller at ektefellen spiste dobbel porsjon, noe som kunne oppleves som «saboterende». En deltaker som opplevde god støtte fra ektefellen, uttrykte seg slik:

FGI2, D2: *«I min tid med å legge om (kostholdet), så har han og gått ned 10 kg, som han trengte å gå ned. Det gikk han ned det første året fordi han fulgte meg.»*

En deltaker som ikke opplevde støtte fra ektefellen, svarte da:

FGI2, D4: *«Det kan jeg ikke si at min mann har gjort. Han spiser det dobbelte.»*

Noen deltakere opplevde sosialt samvær med andre GBP opererte som meningsfullt. De fleste ønsket samtalegrupper med eller uten helsepersonell for å kunne dele råd og erfaringer. Her var behovene ulike:

FGI3, D2: *«Det jeg tenker som kunne vært litt annerledes, det var når vi ble kalt inn til poliklinikken, det var at vi var flere, at vi var en liten gruppe slik som her, at en fikk utveksle erfaringer med de andre, ikke bare med sykepleier, men at en hadde flere å spille på.»*

Utilstrekkelig oppfølging fra helsetjenesten

Temaet belyser at GBP operasjonen i seg selv kun er et middel for vektreduksjon, og at det var et sterkt behov for bedre oppfølging fra helsepersonell i tiden etter GBP. Livsstilsendring, som er en forutsetning for vektreduksjon og opprettholdelse av vekttapet etter operasjonen, beskriver deltakerne som krevende. De framsto samlet om disse erfaringene, og mente at bedre oppfølging kunne hjulpet dem til å mestre tilpasningene bedre. De fleste hadde opplevd et stort vekttap, men at vekten på intervju tidspunktet hadde stabilisert seg. Noen få var misfornøyd med vekttapet.

Heller individuelt enn generelt

Flere deltakere savnet å bli møtt som enkeltpersoner og hadde erfart at oppfølgingen ble for generell.

FGI1, D3: *«Det blir veldig generelt. Vi er alle så forskjellige. De ga oss en lapp og jeg tror vel alle fikk det samme, hva vi skal spise og gjøre osv. Det ble veldig generelt.»*

Enkelte deltakere hadde fremdeles ubesvarte spørsmål om for eksempel alternativ mat ved laktose- og glutenintoleranse, kostregulering ved diabetes,

matsug, proteininntak og valg av matvarer. En deltaker som hadde laktose- og glutenintoleranse, uttalte seg slik:

FGI2, D4: *«Min utfordring har vært å få i meg nok proteiner, i og med at jeg spiser lite melkeprodukter. Jeg har brukt soya. Underveis har jeg vært innom to plasser og spurt om hjelp til å få vite hvor mye jeg skal ha av glutenfritt i forhold til vanlig skive. Jeg må si at jeg har fått lite hjelp på det området fordi ingen vet noe i forhold til det. Alle har etterlyst hvor er proteinene dine og får du nok.»*

Stegvis, langsiktig og tverrfaglig oppfølging

Deltakerne opplevde at det ble formidlet store mengder informasjon på et tidspunkt de ikke var mottakelige for det. For noen skapte dette usikkerhet og engstelse for ikke å få i seg tilstrekkelig næring, slik denne deltakeren beskriver:

FGI2, D1: *«...jeg hadde panikk fordi jeg skulle ha så og så mye proteiner...Det å vite at du hadde fått i deg nok. Klarer jeg kanskje 40? Klarte jeg meg ikke med 30, så hva skjer? Det syntes jeg det var for lite informasjon om.»*

På spørsmålet om hva deltakerne savnet eller hva helsepersonell kunne bidra med for at de skulle mestre livsstilsendringen, svarte en deltaker:

FGI2, D2: *«Det blir vel sammensetningen av mat, hva er best for magen? Hva vi bør spise og hva vi bør drikke...Det skjer så mye i hodet og kropp de første månedene, du får ikke med deg så mye.»*

For at de skulle oppfatte og forstå nytten av informasjonen og mestre livsstilsendringene, etterlyste deltakerne en tettere oppfølging der informasjon og veiledning ble gjentatt, gitt oftere og i mindre mengder etter operasjonen.

FGI2, D4: *«Den informasjonen kan godt komme lengre ut i løpet, ikke en uke etterpå fordi alt er så ferskt. Du klarer ikke å huske alt det du skal gjøre selv, også får du all den informasjonen. Eller at en får samme informasjon som en fikk når en var nyoperert, at det ble gjentatt. Fordi da har du fått orden på en del ting. Og du har mer kontroll på det som skjer med deg selv. Da er du mer motivert til å få inn mer informasjon.»*

Deltakerne savnet en tettere oppfølging og bedre tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten slik at motstridende informasjon og feil behandling ble unngått. De ønsket lengre og flere oppfølgingstimer med mer individuell veiledning om kosthold og spesielle behov. De opplevde manglende kompetanse hos fastlegen og tilfeldig oppfølging og kontroll av blodprøver og medisiner slik denne deltakeren uttrykker:

FGI3, D2: *«Hun legen min....sier at nå når alt går så greit så trenger jeg ikke komme å ta disse prøvene. Jeg merker jo når jeg skal ta B12 hver 3.mnd ... men da får jeg beskjed at «nei da, du trenger ikke komme etter 3 mnd. eller etter 6*

mnd.» og at alt er så fint. Og så kommer jeg gjerne ned her på sykehuset og får beskjed om at det er en stund siden jeg har vært og tatt prøver. Så sier jeg at «ja, men det er fastlegen som sier at jeg ikke trenger» «jo du må, vi skal sende brev igjen» Hun sa det hun legen min at hun hadde fått brevet, men så lenge alt går så fint med deg og alt er bra så.»

Diskusjon

Funnene viser at deltakerne to år etter GBP operasjon hadde ulike erfaringer med atferdsendring for å mestre en ny livsstil. Atferdsendring som økt fysisk aktivitet, et sunnere kosthold og nye spisevaner var avhengig av evne til å omsette kunnskap til praktisk handling. Det operative inngrepet medførte endringer og begrensninger som ga utfordringer de var uforberedt på. God støtte fra det sosiale nettverket og helsepersonell forsterket mestringstro og tilpasning til en ny livsstil. Et sentralt funn i denne studien er at deltakerne savnet individuell oppfølging og et velfungerende tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Faktorer som påvirker pasientenes mestringstro

Deltakerne hadde kunnskap om hvilke endringer som medførte en sunnere livsstil og bedre helse, men det var vanskelig å omsette kunnskap til praktisk handling. Samtlige deltakere i vår studie erfarte en enklere hverdag med mer energi på grunn av vekttapet. Likevel var det krevende å endre livsstil og takle utfordringene operasjonen medførte. Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) fant at motivasjon til livsstilsendring påvirkes av inngrodde vaner som står i motsetning til hvordan personen ønsker å handle og at støtte fra helsepersonell er nødvendig i denne endringsprosessen. Dersom man ikke har innsikt i hvordan vanene påvirker helsen, vil en heller ikke oppleve grunn til å endre vanene. Hvis man har liten tro på egne evner til å mestre nye helsevaner, er det mindre sannsynlig at personen er motivert for atferdsendring (Bandura 2004). Ogden, Clementi og Aylwin (2006) uttrykker paradokset med kontroll for denne pasientgruppen. I motsetning til brukermedvirkning, gir pasienten fra seg kontroll og innordner seg et strengt regime etter vektreduserende kirurgi, som i neste omgang kan resultere i en ny form for kontroll. Funnene i vår studie viser at en strukturert hverdag og selvdisiplin er avgjørende for å mestre opplevde hindringer og gi motivasjon for å opprettholde en ny livsstil. Tilsvarende fant Lier, Aaström og Rørtveit (2016) at GBP pasienter brukte hele dagen på å planlegge måltider og regulere matmengde i startfasen, men etter fem år var de nye spisevanene blitt en viktig del av dagliglivet.

Betydningen av sosial støtte

Åpenhet om GBP operasjonen til det sosiale nettverket bedret kvaliteten på sosial støtte og så ut til å bidra til vedlikehold av vekttapet over tid. Støtten ga deltakerne motivasjon til tilpasning og mestring av endringer i livet etter

operasjonen. Det som skiller våre funn fra tidligere studier, er deltakernes beskrivelser av kvaliteten på den sosiale støtten. House et al. (1988) og Umberson og Montez (2010) hevder at dersom kvaliteten og kvantiteten på den sosiale støtten er god og i samsvar med pasientens behov, kan det medføre bedre helse. Våre deltakere beskriver viktigheten av alle fire former for sosial støtte beskrevet av House et al. (1998) for å lykkes med livsstilsendring. Flere opplevde god støtte fra familie og venner, men også mangel av informasjonsstøtte i endringsprosessen. Våre funn viser eksempler på både god emosjonell støtte fra partner, men også på saboterende atferd. Parveiledning pre- og postoperativt kan styrke kvaliteten på den emosjonelle støtten fra partneren, noe som er svært betydningsfullt for at den opererte skal lykkes med vedlikehold av livsstilsendringer (Liebl et al. 2016). Deltakerne ønsket tilbud om samtalegrupper med andre pasienter, et tiltak som er assosiert med et større vekttap etter inngrepet (Livhits, Mercado, Yermilov, Parikh, Dutson, Mehran, Ko, Shekelle og Gibbons 2011). Imidlertid påpeker Liebl et al. (2016) at støttegrupper bør settes sammen ut fra hvor i det postoperative forløpet pasienten befinner seg, da behovene det første året vil være forskjellig fra senere i forløpet. Sentrale behov hos deltakerne i vår studie var veiledning i forhold til ernæring og diett, men også behov for anerkjennelse, tro på pasientens mestringsevne og tilgjengelighet ved behov for psykososial støtte, noe som også støttes av studien til Liebl et al. (2016).

Utilstrekkelig oppfølging fra helsetjenesten

Deltakerne gav uttrykk for at de ikke var blitt møtt individuelt i forhold til sine ulike behov og utfordringer. De ønsket bedre oppfølging i forhold til riktig og nok næringsinntak, kostrelaterte allergier og valg av matvarer, tilleggs sykdommer, fysiske plager og smerter i relasjon til aktivitet, samt mangel på ønsket vekttap. De savnet et velfungerende tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, da fastlegen manglet kunnskap og kompetanse om oppfølging etter GBP operasjon. Tidligere forskning fremhever at GBP pasienter trenger et skreddersydd individuelt, langsiktig og helhetlig tilbud etter operasjonen med veiledning og tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Livhits et al. 2010; Lier, Biringe, Stubhaug og Tangen 2012; Natvik, Gjengedal og Råheim 2013). Funnene i vår studie viser viktigheten av langsiktig oppfølging fra helsepersonell med spesialkompetanse for at pasienter skal lykkes med å vedlikeholde vektreduksjon og optimalisere helsetilstanden. Dette støttes av funn fra andre forskere som påpeker at livslang oppfølging med undervisning og støtte bedrer etterlevelse av et sunt kosthold og økt aktivitet (Hamad, Jones og Collins 2014; Steffen, Potoczna, Bieri og Horber 2009). Fastlegen bør ha kjennskap til normale plager, medikamentell behandling etter GBP operasjon og oppfølging for å forebygge og behandle komplikasjoner. Fastlegen bør også tilby samtaler om kosthold, fysisk aktivitet og psykiske plager for å støtte pasientens livsstilsendring (Hamad et al. 2014; Hofsvang et al.

2011). En tverrfaglig tilnærming er nøkkelen der helsepersonell spiller en viktig rolle i å informere og forberede pasienten på det postoperative forløpet, og støtte og motivere pasienten til endring av livsstil etter operasjonen (Hamad et al. 2014). Våre deltakere hadde vurdert vektreduserende kirurgi som siste løsning for å behandle overvekten. Samtidig var det ikke mulig å forberede seg på hva som ventet dem etter GBP operasjonen. De ønsket at informasjonen ble oppdelt og gjentatt i oppfølgingen, da de trengte tid til å ta inn all ny informasjon, noe som støttes av Madan og Tichansky (2005) sin studie. Ut fra modellen til Prochaska og DiClemente (1982) om atferdsendring, bør et helsefremmende arbeid legge vekt på ulike faktorer for motivasjon, avhengig av hvilken endringsfase pasienten befinner seg i. Etter vektreduserende kirurgi kan den første tiden være preget av «honeymoon» fasen (Tess et al. 2014) hvor operasjonen i seg selv gir et stort vekttap, uavhengig av atferdsendring. Oppfølging kan dermed føles unødvendig. Pasienter i «tanke- og besluttsomhetsfasen» (Prochaska og DiClemente 1982) bør derfor få tett oppfølging med informasjon og veiledning om fordelene med livsstilsendring for å bevisstgjøre at helsegevinsten er avhengig av helsevanene. I «handlingsfasen» bør helsepersonell hjelpe pasienten til å utvikle en handlingsplan med realistiske mål. I «vedlikeholdsfasen» hvor det er fare for tilbakefall, bør helsepersonell støtte pasientens tro og evner til å lykkes med endringene og formidle at tilbakefall bør sees på som en læringserfaring for å gjenkjenne årsaken til tilbakefallet. Dersom pasienten har lav grad av mestringsstro, kan det representere barrierer i endringsarbeidet (Bandura 2004). Det er derfor viktig at helsepersonell styrker pasientens mestringsstro.

Metodiske betraktninger

Hensikten med studien var å innhente erfaringer fra pasienter to år etter GBP. FGI er i så måte en troverdig metode for å kunne svare på hensikten. Funn fra intervjustudier er ikke uavhengig av forskeren, fordi forskeren deltar i samspill med de som intervjues og er medskaper av teksten. Samhandling mellom deltakerne i FGI kan på den ene siden begrenses ved at moderator styrer for mye, men også ved at noen få deltakere er svært dominerende og at moderator er for tilbakeholden (Lerdal og Karlsson 2016). Deltakerne hadde også ulike erfaringer med livsstilsendringer som forsterker muligheten til å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver. En transparent analysemetode styrker studiens troverdighet, da de empiriske dataene analyseres uten å miste meningen med innholdet (Graneheim og Lundman, 2004). Tre forskere analyserte datamaterialet, noe som styrker den intersubjektive reliabiliteten og bidrar til å styrke studiens troverdighet (Kvale 2009). Funnenes troverdighet og pålitelighet styrkes også ved at andre forskere har gjort tilsvarende funn. Flertallet av deltakerne var kvinner, noe som samsvarer med andre studier (Lier et al. 2012). Pasientene er hentet fra ett sykehus i Norge. Det må derfor tas høyde for overføringsverdien av funnene. Studien bygger på et lite utvalg i forhold til

populasjonen det forskes på. Imidlertid er det innen kvalitativ forskning viktigere hvor rikt datamaterialet er enn antall deltakere (Toner 2009). Vårt datamateriale er grundig underbygget med sitater fra deltakerne, noe som styrker funnernes overførbarhet (Graneheim og Lundman, 2004). Funnene bør i så måte få oppmerksomhet i tilrettelegging av et optimalt behandlingstilbud etter vektreduserende kirurgi for denne pasientgruppen, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Pasientmedvirkning er et viktig perspektiv å ta hensyn til i en kunnskapsbasert tilnærming (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart 2013).

Konklusjon

Endret livsstil etter vektreduserende kirurgi er avhengig av selvdisiplin og en god struktur i hverdagen slik at kunnskap om nødvendige livsstilsendringer omsettes til handling. Åpenhet om operasjonen og god kvalitet på den sosiale støtten forsterker pasientenes mestringstro. Pasientene ønsker tettere individuell oppfølging etter operasjonen, og informasjon og veiledning fra helsepersonell bør skreddersys i forhold til hvor pasienten befinner seg i sin endringsprosess. Det bør også tilbys gruppeveiledning der pasienter får dele erfaringer med hverandre. Samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten bør styrkes med kompetanseutveksling og pasientmedvirkning. Langtidsdata vedrørende hvilke faktorer som påvirker livsstilsendring på lengre sikt imøtekommes i videre forskning for å kunne skreddersy oppfølgingsprogrammer etter vektreduserende kirurgi.

Litteratur

- Andersen, J.R., Aasprang, A., Karlsen, T.-I., Natvig, G.K, Våge, V. og Kolotkin R.L. (2015) Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 11 (2), 466 – 473 doi: 10.1016/j.soard.2014.10.027
- Aasprang, A., Andersen, J.R., Sletteskog, N., Våge, V., Bergsholm, P. og Natvig, G.K. (2008) Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 128(5), 559-562
- Aasprang, A., Andersen, J.R., Våge, V., Kolotkin, R.L. og Natvig, G.K. (2016) Ten-year changes in health-related quality of life after biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 12 (8), 1594 – 1600, doi.10.1016/j.soard.2016.04.030
- Bandura, A. (2004) Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behaviour* 31 (2), 143-164 doi:10.1177 /1090198104263660
- Bjertnæs, Ø., Dahle, K.A., Veenstra, M., Søreide, O. (2005) Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Kartlegging av dagens situasjon og utviklingsmuligheter framover. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/nasjonale-pasienterfaringsundersokelser.kartlegging-av-dagens-situasjon-og-utviklingsmuligheter-ramover-arbeidsnotat>

- Borge, L., Christiansen, B. og Fagermoen, M.S. (2012) Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning* 7(1), 14-22, doi:104220/sykepleienf.2012.0024
- Creswell, J.W. (2013) *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*, Los Angeles, CA: Sage Publications
- Giske, L., Lauvrak, V., Elvsaa, I.K.Ø., Hofmann, B., Håvelsrud, K., Vang, V. og Fure, B. (2014) Langtidseffekt etter fedmekirurgi. Rapport fra Kunnskapssenteret nr.1 Metodevurdering. Oslo. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/langtidseffekter-etter-fedmekirurgi>
- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105-112
[doi.10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
- Grønnestad, B.K. og Blystad, A. (2004) Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. - En kvalitativ studie. *Vård i Norden* 24(4), 4-8, doi.10.1177/010740830402400402
- Hamad, G., Jones, D. og Collins, K.A. (2014) Postoperative and long-term management of the uncomplicated patient, Up To Date. Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/bariatric-surgery-postoperative-and-long-term-management-of-the-uncomplicated-patient>
- Helsedirektoratet (2011) Overvekt og fedme hos voksne. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. IS-1735. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Hofsø, D., Aasheim, E.T., Søvik, T.T., Jakobsen, G.S., Johnson, L.K. og Sandbu, R. (2011) Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for den Norske legeforening* 131(19), 1887-1892
- House, S.J., Landis, K.R. og Umberson, D. (1988) Social Relationships and Health. *Science, New Series* 241 (4865), 540-545, doi:10.1126/science.3399889
- Krueger R.A. og Casey M.A. (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Kvale, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvalitetsregistre (2016) Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi, SOReg-N. *Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre*. Hentet fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-kvalitetsregister-fedmekirurgi>
- Lerdal, A. og Karlsson, B. (2016) Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 3(3), 172-175

- Liebl, L., Barnason, S. and Brage Hudson, D. (2016) Awakening: a qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing* 25 (7-8), 951–961, doi: 10.1111/jocn.13129
- Lier, H.Ø., Biringer, E., Stubhaug, B., og Tangen, T. (2012) The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 87(3), 336-342
doi: [10.1016/j.pec.2011.09.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.014)
- Lier, H.Ø., Aastrom, S. og Rørtveit, K. (2016) Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery—a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 25(3-4), 322-31, doi: 10.1111/jocn.13049
- Lim, R.B., Jones, D. og Chen, W. (2015) Bariatric operations for management of obesity: Indications and preoperative preparation. Up to date. Hentet fra
<http://www.uptodate.com/contents/bariatric-operations-for-management-of-obesity-indications-and-preoperative-preparation>
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J.A., Dutson, E., Mehran, A., Clifford, K.Y. og Gibbons, M.M. (2010) Behavioral Factors Associated with Successful Weight Loss after Gastric Bypass. *The American Surgeon* 76 (10), 1139-1142
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, C.Y., Shekelle, P.G. og Gibbons, M.M. (2011) Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review. *Obesity Reviews* 12 (2), 142–148, doi: 10.1111 /j.1467-789X.2010.00720.x
- Lynch, A. (2016) “When the honeymoon is over, the real work begins:” Gastric bypass patients' weight loss trajectories and dietary change experiences. *Social Science & Medicine* 151(C), 241-249
[https:// doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.024](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.024)
- Madan, A.K. og Tichansky, D.S. (2005) Patients postoperatively forget aspects of preoperative patient education. *Obesity surgery* 15(7), 1066-1069
doi:10.1381/0960892054621198
- Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*, Universitetsforlaget AS: Oslo
- Natvik, E., Gjengedal, E. og Råheim, M. (2013) Totally changed, Yet still the same: Patients' lived experiences 5 years beyond bariatric surgery. *Qualitative Health Research* 23 (9),1202-14
doi:10.1177/1049732313501888
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L. (2013) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*, Oslo: Akribe AS
- Ogden J., Clementi, C., Aylwin, S. (2006) The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. *Psychology & Health* 21(2), 273-93
<http://dx.doi.org/10.1080/14768320500129064>
- Picot, J, Jones, J., Colquitt, J.L., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L., og Clegg, A. J. (2009) The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and

- economic evaluation. *Health Technology Assessment* 13(41), 1-190
doi.org/10.3310/hta13410
- Prochaska, J.O. og DiClemente, C.C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 19(3), 276-288 doi:[10.1037/h0088437](https://doi.org/10.1037/h0088437)
- Prochaska, J.O. og Norcross, J.C. (2001) Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38(4), 443-448, doi:10.1037/033-3204.38.4.443
- Sharman, M., Hensher, M., Wilkinson, S., Williams, D., Palmer, A., Venn, A. og Ezzy, D. (2017) What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery? *Health Expectations* 20 (1), doi: 10.1111/hex.12423
- Sutton, D. & Raines, D.A. (2010) Health-related quality of life following a surgical weight loss intervention. *Applied Nursing Research* 23(1), 52-56
- Tess, H.B., Scabim, M.V., Santo, M.A. og Pereira, J.C.R. (2014) Obese patients lose weight independently of nutritional follow-up after bariatric surgery. *Revista da Associação Médica Brasileira* 61(2), 139-143
- Toner, J. (2009) Small is not too Small. Reflections Concerning the Validity of Very Small Focus Groups. *Qualitative Social Work* 8(2), 179–192 doi:10.1177/1473325009103374
- Umberson, D. og Montez, J.K. (2010) Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior* 51(5), 554-566, doi: 10.1177/0022146510383501
- Wang, H., Hofmann, B. og Høyemork, S.C. (2014) Kirurgisk behandling av fedme. Notat fra Kunnskapssenteret. Oslo. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kirurgisk-behandling-ved-fedme>
- Wykowski, K. og Krouse, H.J. (2013) Self-Care Predictors for Success Post-Bariatric Surgery: A literature review. *Gastroenterology Nursing* 36 (2), 129-135, doi: 10.1097/SGA.0b013e3182891295