



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Pasienters erfaring etter fedmekirurgi/ Patients'
experience after bariatric surgery**

Tina Nesje Lillevik og Henriette Mjelve

Totalt antall sider inkludert forsiden: 68

Molde, 29.05.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Wenche Mongstad Heggdal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.2018

Antall ord: 10 987

Livet er å læra

Fyrst lære me å krabba,
so lærer me å stabba,
so lærer me å gå.
So lærer me å snakka,
eta fint og takka
og alt me ikkje må.

(Olav H. Hauge)

Sammendrag

Bakgrunn: Fedme er i dag er en av de viktigste helseutfordringene i verden og antall fedmeoperasjoner øker i Norge. I 2016 ble det registrert mellom 2500 til 3000 fedmeoperasjoner i Norge. Som sykepleier kan du møte denne pasientgruppen i mange arenaer, som sykehus og hjemmesykepleie.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer pasienter har i etterkant av fedmekirurgi.

Metode: Litteraturstudien er basert på 12 kvalitative forskningsartikler

Resultat:

Pasientene måtte endre spisevaner og vaner relatert til trening, de uttrykte behovet for støtte og oppfølging under livsstilsendringene. De opplevde en endring i psykososiale forhold som stigmatisering, sosiale aktiviteter, arbeidsliv og endret forhold til kroppen. Fysiske plager, overflødig hud og komplikasjoner var utfordringer pasientene møtte etter fedmeoperasjon.

Konklusjon:

Pasientene opplevde krevende endringer både fysisk og psykisk. De erfarte positive og negative endringer i deres sosiale liv. Behovet for støtte og oppfølging var stort både før og etter fedmeoperasjon.

Nøkkelord: fedmeoperasjon, erfaringer, endring

Abstract

Background: Obesity is one of the greatest health issues in the world and the number of bariatric surgeries expands in Norway. In 2016 it was registered between 2500 and 3000 bariatric surgeries in Norway. Nurses could for instance meet this group of patients in hospitals and homecare.

Aim: The aim of this study was to clarify patients' experiences after bariatric surgery

Method: This literature study is based on 12 qualitative empirical studies.

Result: The patients had to change their eating habits and habits related to exercise, they expressed the need for support during the changes in lifestyle. They experienced change in psychosocial circumstances related to stigma, social activities, work and the changed relationship to the body. Physical problems, excess skin and complications were challenges the patients met after bariatric surgery.

Conclusion:

Patients experienced demanding changes, both physical and psychological. They experienced positive and negative changes in their social life. The need for support was large, before and after the bariatric surgery.

Key words: bariatric surgery, weight loss surgery, experience, change

Innhold

1.0	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1	Studiens hensikt.....	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Fedme	2
2.2	Fedmeoperasjoner	2
2.2.1	Gastrisk bypass	3
2.2.2	Gastric sleeve	3
2.2.3	Duodenal omkobling.....	3
2.3	Oppfølging etter fedmeoperasjon.....	3
2.4	Livsstilsendring etter fedmeoperasjon.....	4
2.5	Komplikasjoner	4
2.6	Dortothea Orem.....	5
3.0	Metode	6
3.1	Datainnsamling.....	6
3.1.1	Inklusjon og eksklusjonskriterier	6
3.1.2	PIO-Skjema	7
3.1.3	Søkestrategi.....	7
3.2	Kvalitetsvurdering	8
3.3	Etiske hensyn.....	9
3.4	Analyse.....	9
4.0	Resultat	11
4.1	Livsstilsendringer og behovet for støtte	11
4.2	Psykososiale forhold.....	16
4.3	Utfordringer etter fedmekirurgi.....	17
5.0	Diskusjon	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.1.1	Søkestrategi	21
5.1.2	Inklusjon og eksklusjon	21
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	23
5.1.4	Analyseprosessen	23
5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	Betydning av støtte ved livsstilsendring	24
5.2.2	Endring i psykososiale forhold.....	28

5.2.3	Konsekvenser av fedmeoperasjon.....	30
6.0	Konklusjon.....	34
	Konsekvenser for praksis	34
	Anbefalinger for videre forskning.....	34
	Litteraturliste.....	35

Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet av inkluderte artikler

Vedlegg 3: PIO-skjema

Vedlegg 4: Oversikt over ulike artikler knyttet til tema

Vedlegg 5: Eksempel på sjekkliste for en av våre inkluderte artikler

1.0 Bakgrunn for valg av tema

Fedme er i dag er en av de viktigste helseutfordringene i verden. I Norge hadde en av fem en kroppsmasseindeks (KMI) over 30 i 2011. Ved KMI over 30 øker risikoen for vektrelaterte sykdommer som hypertensjon, hjerteinfarkt, cerebralt insult, gallestein, infertilitet og mange flere sykdommer (Helsedirektoratet 2011).

Antallet på hvor mange som blir fedmeoperert i Norge øker. I 2016 ble det registrert mellom 2500 til 3000 fedmeoperasjoner i Norge (Kvalitetsregistre 2016). Av den grunn bør sykepleiere ha kunnskap om hvilke endringer pasientene opplever etter fedmekirurgi. Sykepleiere kan møte fedmeopererte pasienter på arenaer som sykehus og hjemmesykepleie.

Gjennom praksis har interessen for fedmekirurgi økt. Et inntrykk av at flere fedmeopererte innlegges på sykehus med smerte- og galleproblematikk flere år etter inngrepet har økt nysgjerrigheten nok til at vi ønsket å se nærmere på temaet.

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien var å belyse hvilke erfaringer pasienter har i etterkant av fedmekirurgi.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Fedme

Verdens helse organisasjon (WHO) definerer fedme som en av de største helsetruslene. De klassifiserer fedme når en person har en KMI over 30 kg/m² (Helsedirektoratet 2011). KMI er det mest brukte metoden for å måle fedme. Den beregnes ved å dele kroppsvekten på kvadratet av høyden (kilo/meter²).

Fedme øker slitasje på ledd, noe som kan gi smerter ved fysisk aktivitet og redusere aktivitetsnivået ytterligere. Dermed kan overvektige ha problemer med å redusere vekten. På sikt vil fedme gi høyere risiko for sykdommer som Diabetes Mellitus type 2 og aterosklerose (Jacobsen et al. 2017). Ifølge en rapport fra kunnskapssenteret er de vanligste følgesykdommene til sykkelig overvektige høyt blodtrykk, obstruktiv søvnapne, diabetes mellitus type 2, kardiovaskulær sykdom som hjerte- og hjerneinfarkt og kreft. Fedme kan også føre til sosiale problemer, stigmatisering og redusert livskvalitet, noe som ofte bedres ved vektreduksjon (Kunnskapssenteret 2014).

2.2 Fedmeoperasjoner

I Norge er operasjonsmetodene gastric bypass, gastric sleeve (vertikal ventrikkelseksjon) og duodenal omkobling/switch vanlige metoder (Hofsø et al. 2011). Formålet med fedmeoperasjon er å redusere vekten og vedlikeholde vekttapet, ved å redusere næringsopptaket (malabsorpsjon) av mat og/eller å begrense matinntaket (restriksjon). Fedmekirurgi i Norge utføres i dag ved laparoskopisk kirurgi (Kunnskapssenteret 2014).

Aktuelle kandidater for bariatrisk kirurgi er personer med KMI over 35 kg/m² med vektrelatert sykdom eller de med KMI over 40 kg/m². For å få gjennomført fedmeoperasjon kreves det at pasienten er villig til å gjøre nødvendige livsstilsendringer for å minske komplikasjonsfaren. En teknisk vellykket operasjon som utføres på riktig indikasjon og er godt planlagt på forhånd kan føre til langvarig vekttap på 20-50 %, bedring av følgesykdommer og økt livskvalitet (Helsedirektoratet 2011). For å kunne bli vurdert til en fedmeoperasjon i Norge, er kriteriet at annen behandling har blitt forsøkt i minst seks måneder uten effekt. I Norge er nedre aldersgrense for fedmekirurgi 18 år. Likevel er det kontrollerte studier hvor ungdommer mellom 13 og 18 år kan bli fedmeoperert, etter en individuell vurdering (Kunnskapssenteret 2014).

2.2.1 Gastrisk bypass

Metoden utføres ved at cirka 95 prosent av magesekken og første tredjedel av tynntarmen kobles av og skjøtene stiftes sammen. Dette gir fysiske restriksjoner og begrenser hvor mye pasienten kan spise. I tillegg fører det til malabsorpsjon, dermed må pasienten ta kosttilskudd resten av livet (Kunnskapssenteret 2014).

2.2.2 Gastric sleeve

Gastric sleeve gir restriksjoner i forhold til matinntak ved at ca. 75-85 prosent av magesekken fjernes. Siden det ikke gjøres inngrep på tarmen er ikke pasienten i samme grad utsatt for mangelsykdommer, som ved gastrisk bypass (Kunnskapssenteret 2014).

2.2.3 Duodenal omkobling

Duodenal omkobling fører til både restriksjon og malabsorpsjon. Store deler av magesekken og tarmen blir fjernet og koblet av fordøyelsessystemet. Metoden gir større malabsorpsjon enn ved gastrisk bypass, og pasienten har økt fare for alvorlige mangeltilstander (Kunnskapssenteret 2014).

2.3 Oppfølging etter fedmeoperasjon

Pasienten trenger informasjon før og etter operasjonen om påkrevde livsstilsendringer de må foreta. Fastlegen skal veilede pasienten til å gjøre konkrete forsøk på å endre levevaner minimum 6 måneder før henvisning til spesialhelsetjenesten (Helsedirektoratet 2011). Før alle typer operasjon informerer undersøkende kirurg om inngrepet. Pasienten får informasjon om inngrepets nødvendighet og hvilket operasjonsresultat som kan forventes angående vektnedgang, mulige risikoer og komplikasjoner (Berntzen et al. 2016).

Spesialisthelsetjenesten har en sentraloppgave de to første årene, og fastlegen har ansvar for livslang oppfølging. Pasienten trenger oppfølging, råd og veiledning i forhold til kosthold, fysisk aktivitet og tilskudd av mineraler og vitaminer (Helsedirektoratet 2011). Etter gjennomgått tarmkirurgi anbefales det generelt å spise små og hyppige måltider. Under måltid bør de bruke god tid, spise langsomt, tygge maten godt og man skal heller ikke drikke så mye til måltidene (Sortland 2015).

2.4 Livsstilsendring etter fedmeoperasjon

Kunnskap er nødvendig for å mestre en hverdag med langvarig sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Oppmerksomheten bør være på pasientens selvforståelse og egeninnsats istedenfor behandlers rolle som friskgjører. Språkbruk hos sykepleiere stimulerer tanker hos pasienten enten i positiv eller negativ retning, det å si «få behandling» kan stimulere til økt passivitet hos pasienten. Dersom sykepleiere alltid tar rollen med å gi svar kan det være til hinder for at pasienten opplever mestring i egen situasjon, da pasienten ikke bruker tid på å finne egne løsninger basert på muligheter og erfaringer. Hjelpeapparatet rundt pasienten må tørre å stille forventninger til egeninnsats, siden handling fører til erfaring. Pasienten trenger god kunnskap og veiledning for å kunne omsette planer til konkrete handlinger i hverdagen. Å møte andre pasienter som er i samme situasjon vil ofte føre til at pasienten blir mer motivert og lærer raskere da pasienten får bekreftelse på at egeninnsats nytter (Vifladt og Hopen 2013).

2.5 Komplikasjoner

I likhet med alle kirurgiske inngrep har fedmekirurgi risiko for komplikasjoner. Risikoen øker ved for eksempel hjerte- eller lungesykdommer (Berntzen et al. 2016). Omlag 10-20% av fedme opererte opplever komplikasjoner relatert til inngrepet. Komplikasjoner etter fedmeoperasjon kan blant annet være anastomoselekkasje, blødning, ulcus, gallestein, kardiovaskulære hendelser, elektrolyttforstyrrelser, ernæringssvikt, reoperasjon, sårinfeksjon eller striktur (Helsedirektoratet 2011).

Dumpingsyndrom er en av de vanligste plagene etter inngrep på magesekken, og er en betegnelse som inkluderer en rekke symptomer som oppstår relatert til måltid. Dumping inndeles ofte i tidlig- eller sent dumpingsyndrom etter hvilket symptombilde pasienten opplever. Tidlig dumpingsyndrom oppstår gjerne innen 15 minutter etter måltid. Symptomene oppstår i form av mage-og fordøyelsesplager som kvalme, magekramper, luftplager, smerter og diare og vasomotoriske symptomer som varmfølelse, rødme, svimmelhet, blodtrykksfall og økt puls. Når symptomer som følelse av sult, skjelvinger, konsentrasjonsvansker, kaldsvette og forvirring oppstår 1-3 timer etter et måltid kalles det for sent dumpingsyndrom. Postprandial hypoglykemi er gjerne årsaken til slike symptomer (Mala et al. 2015).

Malabsorpsjon er en tilstand som kommer blant annet av lokal svikt i fordøyelsesprosessen i tarmen, og medfører redusert opptak av næringsstoffer. Pasienten kan oppleve økt fettmengde i avføringen og diare. Svikt i fordøyelsesprosessen kan forekomme ved fedmekirurgi. Ved gastrisk bypass fører operasjonen til malabsorpsjon grunnet at maten shuntes forbi jejunum. En komplikasjon kan dermed være mangel på vitaminer, mineraler og næringsstoffer. Malabsorpsjonen kan også omfatte kun enkelte stoffer som B12. Mangel av Vitamin B12 vil sterkest ramme den blodcelleproduserende beinmargen og tarmslimhinnen hvor celledelingen er størst. Det kan ta flere år før en B12-mangelanemi oppstår til tross for lav tilførsel av B12, da leveren har evne til å lagre vitaminet. Symptomene vil være vage da tilstanden utvikles over tid. Det er vanlig at pasienten har glatt og sår tunge, samt kvalme og diare (Jacobsen et al. 2017).

Stort vekttap kan føre til mye overflødig hud. Ifølge helsedirektoratet er det aktuelt med plastikkirurgisk korreksjon for om lag halvparten av de som har gjennomgått en fedmeoperasjon (Helsedirektoratet 2011). Hudoverskudd etter vektreduksjon gir veiledende rett til nødvendig helsehjelp som plastiskkirurgi i spesialisthelsetjenesten, innen ca. fem år etter fedmekirurgi (Helsedirektoratet 2015).

2.6 Dorothea Orem

Egenomsorg, terapeutiske egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet er begrep som står sentralt i Dorothea Orem's egenomsorgsteorien. Egenomsorgskrav inkluderer også personer som er syke, skadede eller de som har defekter og handikap. Et sentralt mål var å klargjøre hva som er det særegne ansvarsområdet innenfor sykepleiefaget gjennom egenomsorgssvikt teorien. I situasjoner hvor pasienter ikke er i stand til å ta vare på egenomsorgen ser Orem sykepleie som en erstatning som kan hjelpe pasienten med nødvendige helserelaterte aktiviteter. Hun understreker også at i den grad det er mulig skal målet med sykepleien være å hjelpe pasienten til selvstendighet i de aktivitetene (Kirkevold 1992).

3.0 Metode

En systematisk litteraturstudie går ut på at det er tydelige formulerte spørsmål som kan besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevante forskningsartikler (Forsberg og Wengström 2008). I henhold til retningslinjene til Høgskolen i Molde skal den avsluttende bacheloroppgaven i sykepleie gjennomføres på en tydelig måte slik at undersøkelsen kan skal kunne gjentas av andre gjennom datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske overveielser og analyse (Eines et al. 2018). Hvordan vi har gått frem i litteraturstudien vil vi gjøre rede for i dette metodekapittelet.

3.1 Datainnsamling

Vi har valgt å fokusere på kvalitativ forskning siden det brukes for å undersøke menneskers subjektive holdninger, erfaringer og opplevelser, noe som samsvarer med vår hensikt som tar sikte på å belyse pasientenes erfaringer etter fedmeoperasjon (Nordtvedt et al. 2008).

3.1.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjon:

- Gjennomgått gastric bypass-, gastric sleeve- eller duodenal switch operasjon
- Pasientperspektiv
- Kvalitative artikler
- Fagfellevurdert
- Norsk, svensk, dansk og engelsk språklige artikler
- Pasienter over 18 år
- Kvinner og menn
- Publisert fra og med 2008

Eksklusjon:

- Andre operasjonsmetoder
- Pårørende- og sykepleieperspektiv
- Personer under 18 år

3.1.2 PIO-Skjema

PICO-skjema er en metode for å dele opp hensikten, slik at den kan struktureres på en hensiktsmessig måte i søkeprosessen. Hver bokstav har sin egen betydning som ofte er med i kliniske spørsmål. C (comparison) i PICO-skjemaet ble ekskludert da vi ikke skulle sammenligne i vår litteraturstudie. Vi brukte derfor den forkortede versjonen PIO (Nordtvedt et al. 2008).

P (Patient)

Pasientgruppen i vår litteraturstudie er pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi. Søkeordene i denne kategorien var: weight loss surgery, weight loss surger*, Gastric bypass, gastric bypass*, bariatric surgery, bariatric surger* og gastric sleeve*

I (Intervention)

Hensikten vår var å få frem fedmeoperertes erfaringer etter gjennomgått kirurgi. Søkeordene i denne kategorien var: Experienc*

O (Outcome)

Vi var interessert i å se på utfall som langtidseffekter og endringer. Søkeordene i denne kategorien var: Long-term effect*, Change*, Adjustment* og Amend* (Nordtvedt et al. 2008).

3.1.3 Søkestrategi

Databasesøk

Vi har gjort søk i databasene Ovid Medline, PubMed og SvedMed+. Vi har også utført søk i databasen Proquest uten relevante treff, derfor har vi valgt å ikke beskrive dette søket.

Vi startet med innledende prøvesøk for å se hvilken forskning som fantes om temaet. Innledende søk ble utført i SveMed+ hvor vi brukte bariatric surgery og avgrenset søket etter språk, i dette søket fant vi artikler som vi har inkludert i studien. I de innledende søkene på Ovid Medline fikk vi et høyt antall på treff, men fant flere relevante artikler. Vi valgte derfor å oppsøke bibliotekar for å optimalisere søkene våre. I søkeprosessen endret vi utfall fra livskvalitet til endring, men har valgt å beholde livskvalitet i PIO-skjemaet da vi har inkludert artikler fra de første søkene. Gjennom prosessen har vi endret hensikt og

problemstilling flere ganger. Til slutt valgte vi å kun ha en hensikt der vi er ute etter pasientenes erfaring etter fedmekirurgi.

Etter endring av hensikt utførte vi systematiske søk i Ovid Medline og PubMed. Gjennom de systematiske søkene fant vi igjen artikler som vi anså som relevante i innledende søk. For å kombinere søkeordene etter PIO-skjemaet brukte vi kombinasjonsordene AND og OR i databasene. Vi brukte også trunkering etter begynnelsen på søkeordene for å få med alle variasjoner av ordet (Nordtvedt et al. 2008). For å avgrense søket krysset vi av på limits på slutten av søket. Søkehistorikk er gjort rede for i oversiktstabell, vedlegg 1.

Da vi gikk gjennom treffene leste vi gjennom titler og eventuelt sammendrag på artikler som virket relevante opp mot hensikten vår. Vi gjorde søk sammen og etter hvert hver for oss. Vi endte opp med 12 artikler som samsvarte med vår hensikt.

Manuelle litteratursøk

Manuelle søk kan gjøres på ulike måter. Det kan gjøres ved å undersøke ulike tidsskrifter som berører temaet eller bruke referanselisten til en aktuell artikkel (Forsberg og Wengström 2008).

Via referanselisten til artikkel 1 (Groven et al. 2015) fant vi artikkel 2 (Groven et al. 2012) som vi søkte opp. Vi søkte etter forfatter og årstall i Oria, under fanen «alle bibliotek». Artikkelen var en av syv treff i søket. Artikkelen ble inkludert i litteraturstudien etter kvalitetsvurdering.

3.2 Kvalitetsvurdering

For å vurdere at kvaliteten på de artiklene vi har valgt å inkludere har vi brukt en sjekkliste fra Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjeneste (Folkehelseinstituttet 2014). Sjekklisenes formål er å gjøre kritisk vurdering av forskningsartikler enklere (Nordtvedt et al. 2008).

Sjekkliste for kvalitativ forskning ble benyttet på alle aktuelle artikler. Artiklene ble lest grundig og vi svarte på alle spørsmålene i sjekklisen. Vi tok en egen helhetsvurdering av artiklene, for å rangere artiklene som god, middels eller dårlig. Kriterier vi har lagt vekt på for å vurdere om en artikkel har god kvalitet er om studiets resultat kan relateres til vår hensikt, etisk godkjenning, overførbarhet til praksis, hensiktsmessig utvalg og

publiserings år. De artiklene vi har vurdert til middels, var det noe som var uklart på ett punkt i sjekklista eller ut fra våre kriterier. Vi ekskludert artikler vi mente var av dårlig kvalitet. Ut i fra denne vurderingen vurderte vi at 5 artikler hadde middels kvalitet og at 7 artikler hadde god kvalitet. Se oversiktstabell vedlegg 2.

Vi undersøkte om artiklene var fagfellevurdert gjennom å søke opp tidsskriftene, hvor artiklene var publisert, i NSD (2018). Alle våre inkluderte artikler er fagfellevurdert og publisert i publiseringsnivå 1 eller 2.

3.3 Etiske hensyn

Vi synes det var viktig at de inkluderte artiklene i litteraturstudien vår hadde godkjennelse av en etisk komite eller at etiske overveielser er gjort. Forsberg og Wengström (2013) sier at i arbeidet med systematiske litteraturstudier bør etiske overveielser gjøres. Alle inkluderte artikler er etisk godkjent, se vedlegg 2.

En av oss har hatt praksis hvor flere fedmeopererte kommer tilbake med bivirkninger eller komplikasjoner. Vi har fra starten vært bevisst på egne mulige fordommer som kan ha påvirket søkeprosessen, relatert til vår interesse for temaet.

3.4 Analyse

Vi har brukt Evans (2002) sine fire faser for dataanalyse som veiledning i analyseprosessen i litteraturstudien vår.

I første fase valgte vi ut aktuelle artikler ut i fra hensikten vår. Vi fordelte aktuelle artikler mellom oss og leste de hver for oss. De artiklene vi tvilte på gikk gjennom sammen. Begge har lest gjennom alle artiklene. I starten kvalitetssikret vi alle artiklene sammen, Etter hvert gjorde vi dette hver for oss, men diskuterte artiklene sammen i etterkant. Artiklene som var relevante mot vår hensikt ble inkludert (Evans 2002).

I andre fase fordelte vi igjen de 12 inkluderte artiklene mellom oss. Vi har skrevet ned og oversatt hovedfunnene fra hver enkelt artikkel. Resultatene i artiklene ble lest flere ganger, opp mot det vi oversatte for å se at vi har fått med budskapet i funnene fra hver enkelt artikkel. Da vi skulle gå over til fase tre, oppdaget vi at vi hadde mistet mye av budskapet av funnene. Vi startet derfor fase to på nytt, med å lese og oversette resultatene til norsk.

Dette har vi gjort både hver for oss og sammen. Så markerte vi nøkkelfunn i hver enkelt artikkel, for å markere funn som kunne bidra til å gi svar på studiens hensikt. For å ha bedre oversikt så ble artiklene nummerert etter at vi satt de alfabetisk i oversiktstabellen, se vedlegg 2 (Evans 2002).

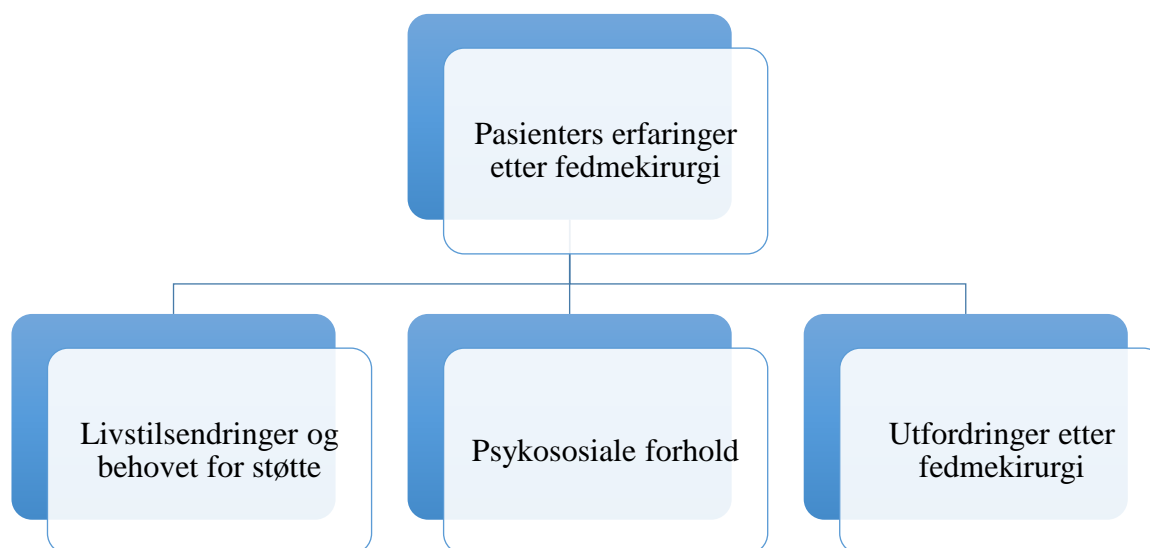
I den tredje fasen diskuterte vi i felleskap funn som vi så gikk igjen og var relevant for vår hensikt. Vi brukte fargekoder for å markere ulike og like nøkkelfunn i alle artiklene, dette ga oss et bilde på tema som gikk igjen. Eksempel brukte vi grønn der det handlet om livstilsendring. Etter å ha sett på funnene på tvers av artiklene så vi hvilke temaer som gikk igjen, sammen diskuterte vi hvilke funn som passet sammen og fant 3 hovedkategorier (Se figur 1, s.10) (Evans 2002).

I den fjerde fasen lagde vi syntese. Vi kom frem til tre endelig hovedfunn og lagde overskrifter som samsvarte med funnene våre. I resultatdelen brukte vi sitater for å underbygge funnene våre, sitatene ble ikke oversatt for å beholde budskapet.

Hovedfunnene våre presenteres på en oversiktlig og strukturert måte i resultatdelen (Evans 2002).

4.0 Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvilke erfaringer pasienter har i etterkant av fedmekirurgi. Her vil hovedfunnene fra de 12 inkluderte artiklene bli presentert. Analysen vår resulterte i tre hovedkategorier.



Figur 1: Tabell med hensikt og hovedkategorier

4.1 Livstilsendringer og behovet for støtte

Forberedelse og kontroll

Forberedelse før selve operasjonen ble erfart ulikt. Pasientene beskrev at de var blitt forberedt på ulike utfordringer, men ikke de plagene som oppstod (Groven et al. 2015, Natvik et al. 2013 og Natvik et al. 2015). Noen snakket om forventningen de hadde til fedmeoperasjonen, og skuffelsen som oppstod da den ikke ble innfridd. Å være mentalt forberedt med nok tid mellom henvisning og operasjon var viktig, og ett år ble sett som et minimum (Liu og Irwin 2017 og Sharman et al. 2015).

Opplevelse av kontroll over den nye kroppen var viktig for pasientene (Groven et al. 2012, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013, Ogden et al. 2005, Sharman et al. 2015, Tullberg et al. 2017 og Torgersen et al. 2017). De beskrev tap av kontroll innledningsvis etter

operasjonen grunnet brå endring, ukjente kroppslige reaksjoner og manglede tid til å prosessere og tilpasse seg endringen, de ble etter hvert mer kjent med kroppen og de erfarte fornyet, genuin opplevelse av kontroll (Natvik et al. 2013, Ogden et al. 2005 og Warholm et al. 2014). De fysiske restriksjonene etter fedmeoperasjonen førte til at noen opplevde kontroll over spisevanene. Over tid virket det som at de fysiske restriksjonene forsvant, dermed ble opprettholdelse av kontroll en utfordring (Groven et al. 2012, Natvik et al. 2013, Ogden et al. 2005 og Sharman et al. 2015). Å spise ute var utfordrende grunnet det uforutsigbare fordøyelsessystemet, og pasientene påpekte at det var lettere å håndtere utfordringene hjemme enn i offentligheten. Opplevelse av kontroll var viktig for det sosiale livet, da de bekymret seg for andres reaksjoner både på eventuelle bivirkninger eller på endrede spisevaner (Groven et al. 2012, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013, Sharman et al. 2015, Tullberg et al. 2017 og Torgersen et al. 2017).

Støtte og oppfølging

Støtte fra familie og venner ble opplevd ulikt av pasientene. De beskrev fordelene ved å ha en støttende partner som eneste nødvendige støtte, essensiell og av stor betydning (Liu og Irwin 2017, Sharman et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Warholm et al. 2014). Som en motsetning ble det beskrevet hvor utilfredsstillende og oppløsende det var når partner åpenbart viste manglende støtte (Liu og Irwin 2017).

Pasientene foreslo potensielle eller erfarte fordeler ved å dele informasjon og opplevelser med andre i samme situasjon. En støttegruppe med andre fedmeopererte med relevant profesjonell bakgrunn/trening, eller med eller uten helsepersonell ble foreslått (Sharman et al. 2015 og Torgersen et al. 2017). Noen så sosiale medier som et viktig medium for støtte (Groven et al. 2015, Sharman et al. 2015), andre mente sosiale media ikke alltid var like velkommen (Groven et al. 2010 og Sharman et al. 2015).

Pasientene beskrev erfaringer og behovet for støtte og oppfølging fra helsepersonell som ernæringsfysiolog, kirurg, fastlege. I tillegg behovet for oppfølging når det gjelder trening, og mentale og fysiske endringer (Groven et al. 2012, Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Sharman et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Tullberg et al. 2017).

Maybe you needed better support. Not just right after the surgery. What happened right after the surgery is nothing compared to what comes later. Then, life really starts (Tullberg et al. 2017, 157).

Noen hadde oppsøkt oppfølging grunnet overtrening og/eller sykelige spiseatferd, andre signaliserte behovet for oppfølging (Groven et al. 2012, Sharman et al. 2015 og Tullberg et al. 2017). Noen påpekte manglende kompetanse hos fastlege med tilfeldig oppfølging og kontroll av blodprøver og medisiner (Torgersen et al. 2017), andre beskrev fordelene ved å rådføre seg med fastlege regelmessig (Sharman et al. 2015). Pasientene i studien til Liu og Irwin (2017) rapporterte bedring av følgesykdommer som høyt blodtrykk, diabetes og høyt kolesterol, behovet for medisiner forsvant hos noen.

Pasientene diskuterte fordelene ved å motta støtte da det kunne underbygge eller gi ny kunnskap om inngrepet, samt kunne øke mestringsfølelsen i tilpasningen og bidra til økt vedlikehold av atferdsendringene (Sharman et al. 2015 og Torgersen et al. 2017). Noen beskrev at de følte seg forlatt i tilpasningsprosessen med problemer som var vanskelig å håndtere (Natvik et al. 2013 og Tullberg et al. 2017). Behovet for støtte ble ansett som høyere det første året etter fedmekirurgi grunnet tilpasningsprosessen (Sharman et al. 2015).

Spisevaner

Etter fedmeoperasjonen måtte pasientene endre sine spisevaner (Groven et al. 2015, Groven et al. 2012, Lier et al. 2015, Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Ogden et al. 2005, Sharman et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Warholm et al. 2014). Det var en mentalt- og tidkrevende læringsprosess som krevde mye egeninnsats, og flere strevde med å unngå og falle tilbake til gamle spisevaner (Groven et al. 2015, Groven et al. 2012, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015, Sharman et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Warholm et al. 2014). “*..I’m still battling – my mindset never went away with the operation*” (Sharman et al. 2015, 40).

Pasientene måtte lære hvor mye de kunne spise, hvor ofte, samt hvilken mat de tolererte og hvilken mat de ble dårlig av (Groven et al. 2012, Lier et al. 2015, Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Ogden et al. 2005, Sharman et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Warholm et al. 2014). De uttrykte at «hele» dagen gikk til å planlegge, strukturere,

prioritere og gjennomføre måltidene (Lier et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Warholm et al. 2014). Det var utfordrende å få i seg nok proteiner og at de måtte redusere karbohydrater og fett i kostholdet. Noen opplevde at kostholdet ble mindre variert og sunt grunnet redusert toleranse, blant annet på grønnsaker, frukt og meieriprodukter (Groven et al. 2012, Sharman et al. 2015 og Torgersen et al. 2017).

Inngrepet førte til at mange fikk et endret forhold til mat. Endringer som hva de foretrakk å spise, interessen for mat forsvant og måltid ble en mer praktisk del av hverdagen. Noen savnet komfort følelsen mat tidligere hadde gitt og opplevde en følelse av tap og tomhet. Enkelte beskrev at de hadde byttet ut mat med alkohol eller røyk for å unngå trøstespising (Groven et al. 2012, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013, Ogden et al. 2005, Sharman et al. 2015 og Warholm et al. 2014). Endring av spisevaner ble beskrevet av noen som mer et tvunget resultat, enn eget ønske (Groven et al. 2012, Natvik et al. 2013 og Torgersen et al. 2017). Andre påpekte at livsstilsendringene var veien til suksess og at operasjonen var et verktøy på veien (Groven et al. 2015 og Sharman et al. 2015). De erfarte at «*kroppen ga beskjed*» og så «*dumping*» som en «*skjult trussel*» som hjalp de til å lære i endringsprosessen (Groven et al. 2012, Groven et al. 2010, Natvik et al. 2013 og Torgersen et al. 2017).

Aktivitet og mobilitet

Flere beskrev hvordan livet hadde endret seg etter fedmekirurgi og vektnedgangen. De fortalte om aktiviteter de kunne utføre, som ikke var mulig før operasjonen (Groven et al. 2015, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015 og Tullberg et al. 2017). De tok fysisk mindre plass, noe som ga de muligheter som å reise med fly eller å være en av tre personer i baksete på en bil (Lier et al. 2015 og Natvik et al. 2015). Pasientene opplevde økt energi noe førte til en enklere hverdag (Lier et al. 2015, Ogden et al. 2005 og Torgersen et al. 2017).

I can tie my shoelaces, and I can go to the toilet without spilling down my pants. Those things! [Voice breaks].... Many people don't think about such tiny, tiny little things. I had no chance to scratch my own back. I couldn't reach around myself, and had to lean against a pole. This is not the most important, but still (Natvik et al. 2015, 9).

Flere opplevde økt mobilitet etter vekttapet, da kroppen ikke lenger et hinder som medførte store anstrengelser i hverdagen (Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Tullberg et al. 2017 og Warholm et al. 2014). Pasientene beskrev positive følelser relatert til den dramatiske vektnedgangen i etterkant av fedmekirurgi, noe som ga de nye muligheter og livsglede (Groven et al. 2015, Groven et al. 2010 og Natvik et al. 2013). Hos enkelte forsvant smerter i bein og knær i etterkant av operasjonen (Liu og Irwin 2017). De fleste fryktet vektøkning, og noen hadde begynt å gå opp igjen i vekt (Groven et al. 2015, Groven et al. 2012, Groven et al. 2010, Lier et al. 2015 og Natvik et al. 2013). Vektøkning ble sett på som psykisk utfordrende, da det var relatert til følelser som skam og nederlag (Groven et al. 2015, Groven et al. 2010 og Natvik et al. 2013).

Fysisk aktivitet og trening

Pasientene hadde blitt mer bevisst på hvordan de brukte kroppen etter fedmeoperasjonen, både på godt og vondt (Groven et al. 2015, Groven et al. 2010, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015, Torgersen et al. 2017, Tullberg et al. 2017, Warholm et al. 2014). De tok valg som å sykle til jobb eller ta trappene istedenfor heis. Regelmessig trening og fysisk aktivitet ble en viktig del av livet til flere etter operasjonen. Avtaler ble brukt for å gjøre det enklere og opprettholde et aktivt liv (Groven et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Tullberg et al. 2017).

De uttrykte at de ikke trente nok og at de ikke gjorde nok for å endre livsstil. Flere hadde vansker med å komme i gang eller var overrasket over at trening også var tungt i en mindre kropp (Lier et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Warholm et al. 2014). Begrunnelser for å ikke å være i aktivitet var mangel prioritering, travel hverdag, mangel på rutine, ekstrem svette relatert til overflødig hud, fysiske sideeffekter, latskap og manglede støtte på hvordan man skal starte, samt redusert energinivå og negative opplevelser fra tidligere (Groven et al. 2015, Groven et al. 2010, Torgersen et al. 2017, Tullberg et al. 2017 og Warholm et al. 2014).

Å opprettholde vekttapet og stabil vekt ble opplevd som utfordrende, og pasientene beskrev at egeninnsats var vesentlig (Groven et al. 2015, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2015 og Tullberg et al. 2017 og Torgersen et al. 2017). Andre uttrykte at den pågående livsstilsendringen med trening og daglige rutiner gjorde det mulig å oppnå normal vekt og

var den viktigste grunnen til økt helse og velvære (Groven et al. 2015 og Natvik et al. 2013).

4.2 Psykososiale forhold

Stigmatisering fra samfunnet

Flere pasienter opplevde at kroppene deres ikke lengre tiltrakk seg negativ oppmerksomhet. De følte seg mer normal og mindre stigmatisert enn tidligere (Groven et al. 2015, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015 Sharman et al. 2015 og Warholm et al. 2014). De følte seg lettet over at deres kropp ikke tiltrakk seg negativ oppmerksomhet, men samtidig ble de trist når de la merke til hvordan samfunnet behandlet andre overvektige (Groven et al. 2015, Groven et al. 2012, Lier et al. 2015, Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015, Sharman et al. 2015 og Warholm et al. 2014).

As a matter of fact, the days are totally different! I'm just so pleased to be able to walk around without being bothered, you know. The feeling of being invisible!

This is something I value most of all! (Warholm et al. 2013, 8).

På samme tid provoserte denne opplevelsen, da de fortsatt følte seg som samme person (Natvik et al. 2015 og Warholm et al. 2014). Noen snakket om hvordan samfunnet hadde en generell oppfatning om at fedmekirurgi var den enkle løsningen. Det var også mangel på forståelse om hvor vanskelig det er å gå ned i vekt og opprettholde vekttapet (Groven et al. 2010 og Sharman et al. 2015).

Endret forhold til kroppen

Forandringene etter fedmeoperasjon gjorde at pasientene fikk nye følelser for kroppen sin. Flere fant det vanskelig å identifisere seg, og beskrev det som en pågående prosess å finne ut hvem de var og hvem de ønsket å være. (Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015, Tullberg et al. 2017 og Warholm et al. 2014). Selv om de hadde uendret selvbildet, følte flere at de var like stor som før operasjonen (Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013 og Tullberg et al. 2017). Pasientens holdninger og bevegelsesmønster var ikke i samsvar med den slanke kroppen. (Natvik et al. 2013 og Warholm et al. 2014).

Sosiale aktiviteter med familie og venner

En mer normal vekt, økt energi, økt fysisk kapasitet og at de var mer komfortable i sosiale situasjoner, ble nevnt som årsaker til at det var lettere å delta i flere aktiviteter med familie og venner (Groven et al. 2015, Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015 og Tullberg et al. 2017). Andre beskrev at den overfløydige huden var et hinder for å delta i familieaktiviteter, og gjorde at de ble mindre sosial (Tullberg et al. 2017). Vekttapet tiltrakk seg andres oppmerksomhet. De likte å få positive kommentarer fra andre om deres nye utseende, og de følte seg mer attraktiv enn før operasjonen (Groven et al. 2015, Groven et al. 2010, og Natvik et al. 2013). Etter fedmeoperasjonen opplevde flere det som enklere å engasjere seg i nære relasjoner og forhold som inkluderte fysisk intimitet (Lier et al. 2015 og Natvik et al. 2015). På en annen side følte alle i studien Lier et al. (2015) seg mer sårbar og uttrykte bekymring når det kom til å vise frem kroppen sin. De følte seg mer attraktiv med klær på og en mer pinlig kropp naken, mye på grunn av den overfløydige huden.

Arbeidslivet

Vekttapet førte til endringer i evnen til å utføre arbeid (Groven et al. 2010, Natvik et al. 2015, Tullberg et al. 2017 og Warholm et al. 2014). Noen fant det mer problematisk å jobbe, da de måtte håndtere kroppens nye behov for mat og hvile, samtidig som å leve et tilsynelatende ”normalt” liv (Groven et al. 2010 og Warholm et al. 2014). Andre følte at det var lettere å jobbe grunnet økt kapasitet, og de uttrykte økt selvtillit da de mestret oppgaver de ikke klarte å utføre før operasjonen (Natvik et al. 2015 og Tullberg et al. 2017). Pasientene opplevde å bli bedre behandlet av kollegaer. De følte at de ble vurdert etter kvalifikasjoner og ikke etter utseende, samt økt inkludering på arbeidsplassen enn før fedmeoperasjonen (Natvik et al. 2015, Sharman et al. 2015 og Tullberg et al. 2017, Warholm et al. 2014).

4.3 utfordringer etter fedmekirurgi

Vanlige fysiske plager

I tilpasningsprosessen opplevde pasientene plager som kvalme, brekninger, luftplager, dumping, smerter/kramper, skjelving, kaldsvette svimmelhet, diare og brystsmerter, samt hypoglykemi relatert til sent dumpingsyndrom (Groven et al. 2015, Groven et al. 2012, Groven et al. 2010, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013, Torgersen et al. 2017, Tullberg et al. 2017 og Warholm et al. 2014), noen hadde fortsatt plager flere år etter operasjonen

(Groven et al. 2015, Groven et al. 2012, Groven et al. 2010 og Tullberg et al. 2017).

The first time I experienced it I recall having eaten a lot and was on the field with my tractor. And I do not recall driving home again or anything, so that... I was nearly gone (Groven et al. 2015, 8).

Første «dumpingepisode» ble beskrevet som en sjokkerende og nærdøden opplevelse, til tross for at de var forberedt på at bivirkningene kunne oppstå. Pasientene opplevde plagene som så intense og ubehagelig at de ble tvunget til å legge seg ned. For noen forverret fysisk aktivitet smerten og tretthet (Groven et al. 2015, Groven et al. 2012, Groven et al. 2010 og Lier et al. 2015). Noen forklarte at de måtte spise hver tredje time for å unngå å bli dårlig, grunnet blodsukkerfall relatert til sent dumpingssyndrom. De opplevde kvalme, varmfølelse, skjelvinger i kroppen, følelse av å være tåkete for og så bli irritert og destruktiv. I tillegg fikk de utydelig tale, uklart syn og opplevde nummenhet (Groven et al. 2015 og Groven et al. 2012).

Etter operasjonen opplevde pasientene redusert energi, konsentrasjonsvansker, tretthet og utmattelse (Groven et al. 2015, Groven et al. 2012, Groven et al. 2010, Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015, Torgersen et al. 2017 og Tullberg et al. 2017) og flere koblet dette opp mot bivirkningene (Groven et al. 2012, Groven et al. 2010, Torgersen et al. 2017 og Tullberg et al. 2017). Pasientene erfarte også bivirkninger som anemi, jernmangel, lavt hemoglobinnivå og B12- vitaminmangel. De ble avhengig av ulike vitaminer og piller, samt B12-injeksjon, men de virket ikke å «normalisere» blodverdiene (Groven et al. 2010, Sharman et al. 2015 og Tullberg et al. 2017).

Fedmeoperasjonen førte til ulike endringer i hva de tolererte å spise og drikke. Redusert toleranse for frukt og grønnsaker, sterk mat, kokte egg, stekt mat, gluten og laktose ble trukket frem (Groven et al. 2012, Liu og Irwin 2017, Sharman et al. 2015 og Torgersen et al. 2017), samt utilstrekkelig væskeinntak relatert til dårlig toleranse på kalde drikker som en bivirkning, for noen resulterte dette i besvimelse, forstoppelse eller hodepine (Sharman et al. 2015).

Overflødig hud

Etter vektnedgang understreket flere pasienter at de var bekymret over den overflødige huden (Groven et al. 2010, Lier et al. 2015, Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Sharman et al. 2015 og Warholm et al. 2014). De følte at kroppen ble mer og mer uønsket, deformert og uattraktiv (Groven et al. 2010, Lier et al. 2015, Liu og Irwin 2017, Natvik et al. 2013, Sharman et al. 2015, Tullberg et al. 2017 og Warholm et al. 2014). Den overflødige huden gjorde det ubehagelig å bevege seg, noe som reduserte muligheten til å være fysisk aktiv (Groven et al. 2010, Natvik et al. 2013 og Tullberg et al. 2017). Overflødig hud plaget ikke pasienten bare mentalt/psykisk, men også fysisk. Flere beskrev at de hadde hatt hyppige infeksjoner mellom hudfolder (Groven et al. 2010 og Liu og Irwin 2017).

My stomach.... I have.... It hangs there. And it bothers me, physically, not only mentally. It is hot and it itches.... And it is ugly... it really bothers me. I shudder when looking at myself in the mirror (Groven et al. 2010, 8).

Flere hadde gjennomgått plastikkirurgi for å fjerne overflødig hud (Groven et al. 2015, Groven et al. 2010 og Natvik et al. 2013). Mange vurderte frem og tilbake om de skulle velge plastikkirurgi. De fleste måtte gå mer ned i vekt, for å få lov til å fjerne overflødig hud (Groven et al. 2015, Groven et al. 2010, Lier et al. 2015, Natvik et al. 2013 og Warholm et al. 2014). Ifølge studien til Groven et al. (2010) måtte de komme under KMI grensen på 27 for å være kvalifisert for plastikkirurgi. Andre bekymret seg for arr og komplikasjoner de kunne få, etter gjennomgått plastikkirurgi (Groven et al. 2015 og Natvik et al. 2013).

Komplikasjoner

Pasientene opplevde komplikasjoner som gastrointestinal komplikasjon, indre blødninger, magesår, indre brokk, og smertefulle arrdannelse i buken oppdaget ved reoperasjon (Groven et al. 2015, Groven et al. 2010, Natvik et al. 2013 og Natvik et al. 2015). De som opplevde akutte, livstruende situasjoner med indre brokk beskrev smerten som så intens at det måtte være noe alvorlig galt inni kroppen (Groven et al. 2015). Noen opplevde sykdommer som fibromyalgi, kreft, hjertesykdom MS, og osteoporose etter vekttapet. Det ble en uforventet skuffelse og krevende å håndtere (Natvik et al. 2013, Natvik et al. 2015 og Torgersen et al. 2017).

Pasientene opplevde, til tross for tilfredsstillende vekttap og bedre helse på noen måter, at den nye kroppen var svak, dysfunksjonell, slitt og mindre attraktiv. Livet ble beskrevet som verre med nye plagsomme og krevende utfordringer etter operasjonen og de beskrev følelsesmessig lidelse, anger og usikkerhet om fremtiden (Groven et al. 2010, Natvik et al. 2013 og Natvik et al. 2015). Motstridende opplevde mange av pasientene operasjonen som vellykket til tross for de pågående utfordringene relatert til bivirkningene og komplikasjonene (Groven et al. 2015, Natvik et al. 2013, Sharman et al. 2015 og Warholm et al. 2014)

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere vår metode og styrker og svakheter i vår studie. I tillegg diskuterer vi resultatene i litteraturstudien opp mot teori, offentlige dokumenter og annen forskning (Eines et al. 2018).

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Søkestrategi

I vår søkestrategi brukte vi flere innledende søk grunnet begrenset erfaring med å utføre systematiske søk i databaser. Grunnet flere systematiske søk i etterkant hvor vi fant igjen relevante artikler fra tidligere prøvesøk, påvirker ikke dette kvaliteten på litteraturstudien. Vi gjorde også et manuelt søk der vi fant artikkel 2, fra referanselisten til en allerede inkludert artikkel. Dette ser vi på som en styrke ved studien da tematikken i artiklene omhandler det samme. Når artikkelen er brukt i andre studier er det sannsynlig at andre har vurdert artikkelen som god.

En styrke er at vi har inkludert artikler fra flere databaser, da databasene Ovid Medline, SveMed+, ProQuest og PubMed ga ulike treff. Ifølge bibliotekets nettsider står det anbefalt å bruke Ovid Medline, istedenfor PubMed da det er en gratis versjon (Brøyn 2012). Vi fant artikler gjennom PubMed som ikke fantes på Ovid Medline, dette kontrollerte vi ved å søke på tittel og forfatter i Ovid. Dette styrker vår studie, da vi fant artikler som vi ikke hadde funnet ellers.

Ifølge retningslinjene til høgskolen i Molde skal resultatet i litteraturstudien baseres på minimum 10 originale forskningsartikler (Eines et al. 2018). Vi valgte å inkludere 12 artikler som svarer på vår hensikt. Vi regner antallet som tilstrekkelig da funnene underbygger hverandre, noe som styrker funnene i vår litteraturstudie.

5.1.2 Inklusjon og eksklusjon

Åtte av de inkluderte artiklene i studien er fra Norge, noe som styrker våre funn da det enkelt kan overføres til norsk praksis. I elleve av studiene har pasientene gjennomgått gastric bypass, gastric sleeve eller duodenal switch. Overførbarhet til norsk praksis styrkes, da det er vanlige metoder i Norge (Hofsø et al. 2011). Hofsø et al. (2011) sier at

gastric banding er en svært vanlig operasjonsmetode internasjonalt, men benyttes sjelden i Norge. Det kan ses som en svakhet at artikkelen fra Australia omhandler pasienter som har gjennomgått gastric banding, men vi valgte å ekskludere funn som er rettet spesifikt mot denne operasjonsmetoden for å øke relevansen opp mot norsk praksis. I tillegg ekskluderte vi funn som omhandler opplevd støtte da oppfølging fra australsk helsevesen kan avvike fra oppfølging i Norge. Vi inkluderte funn rettet mot opplevd behov for støtte da behovet er likt uavhengig av operasjonsmetode.

Våre søkeord tilsier at vi skulle fått flere funn om bedring av vektrelaterte sykdommer. Følgesykdommer er en av hovedgrunnene til å få utført fedmekirurgi (Helsedirektoratet 2011), til tross for søkeord var det kun en artikkel med funn relatert til følgesykdommer. Vi har brukt kvalitativ forskning da det brukes til å belyse opplevelser og erfaringer. En svakhet ved studien kan være at utvelgelse av artikler kan ha påvirket resultatet. Kvantitativ metode brukes blant annet til å kartlegge forekomst og prognose, dermed kan kvantitativ metode inneholde andre funn relatert til pasientens helse (Nordtvedt et al. 2008).

Vi har valgt å inkludere en artikkel fra 2005, noe som kan ses som en svakhet. Vi ser den som relevant opp mot studiens hensikt, da funnene samsvarer med funn fra nyere forskningsartikler.

I tillegg til norske artikler har vi artikler fra Sverige, Canada, England og Australia. Vi anser det som en styrke i vår studie, da funnene fra norsk praksis også går igjen i utenlandske studier. Dette gjør at studien også er overførbar til andre land som utfører samme operasjonsmetoder, sett bort i fra funn som omhandler opplevd støtte fra norsk helsevesen.

Kvalitativt design svarer best på vår hensikt da det brukes blant annet for å undersøke menneskers erfaringer og opplevelser (Nordtvedt et al. 2008). Vi valgte derfor å inkludere kvalitative artikler, noe som styrker litteraturstudien vår da vi får svar på pasienters erfaringer. En artikkel har både kvalitativt og kvantitativt design, vi valgte kun å inkludere de kvalitative funnene da de svarer best på hensikten.

Vi anser det som en styrke at vi har inkludert studier som omhandler endringer hos både menn og kvinner, til tross for at 70-80% av fedmeopererte er kvinner (Groven og Engelsrud 2014). Vi valgte å ekskludere personer under 18 år. Fedmeoperasjon på ungdommer ned til 13-års alderen da det stilles andre kriterier enn hos voksne pasienter (Kunnskapssenteret 2014).

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vi har brukt sjekklister for å kvalitetssikre og kritisk vurdere artiklene som vi så på som relevant. Ifølge helsebiblioteket (2016) er det viktig å vurdere gyldighet, metodisk kvalitet, resultater og overførbarhet på artiklene til tross for at de er publisert i velrenomerte tidsskrifter.

En svakhet med kvalitetsvurderingen av artiklene er at vi har begrenset erfaring noe som kan ha påvirket vår vurdering av artiklene. Vår kunnskap kan være mangelfull når det gjelder hvilke punkt i sjekklisten som er viktigst, og kan ha betydning for vurdering av metodisk kvalitet og gyldighet opp mot vår hensikt.

Vi ser på det som en styrke at de inkluderte artiklene har tatt etiske overveielser, da deltagelse i studien er frivillig, anonymt og at de har fått informasjon om studien på forhånd. Vi vurderer dette som viktig siden fedmekirurgi fører til store endringer både fysisk og psykisk (Helsedirektoratet 2011).

Vi hadde noe forståelse for temaet vi undersøkte, både fra praksis og bekjente som har gjennomgått en fedmeoperasjon. Det er en styrke for studien at vi har vært bevisst på egne fordommer i søkeprosessen, men likevel kan vi være påvirket uten å være klar over det. Vi har fokusert på å møte hensikten vår med åpent sinn.

5.1.4 Analyseprosessen

Vi anser det som en styrke at vi valgte Evans modell, da den var enkel og oversiktlig å følge. Det at vi nummererte artiklene etter alfabetisk rekkefølge styrker vår litteraturstudie, da vi hele tiden har hatt kontroll på hvilket nummer som er hvilken artikkel. Se vedlegg 2. Fargekodingen gjorde at vi lettere så hvilke funn som passet sammen og hvor sterke de ulike funnen er.

Elleve av våre artikler er skrevet på engelsk, så det må tas høyde for at vi kan ha feiltolket ord eller betydning av setninger noe som kan ses på som en svakhet. Samtidig brukte vi god tid på å gå gjennom metode og funnene i artiklene, både hver for oss og diskutert i felleskap for å få en felles forståelse. Vi har brukt ordbok på ord vi var usikker på og lest helheten og deler for å forstå budskapet. Dette er med på å styrke oppgaven vår til tross for mulig feiltolkning grunnet språk. Det at vi oversatte funnene i flere omganger er en fordel, siden vi oppdaget at vi hadde mistet mye av budskapet i resultatene den første runden.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Betydning av støtte ved livsstilsendring

Pasientenes opplevelse av kontroll endret seg gjennom prosessen. Noen baserte kontrollfølelsen på fysiske restriksjoner operasjonen ga. Ifølge helsedirektoratet vil pasienten vil oppleve tilbakefall til gamle vaner ved gjennomføring av endringer. Det er viktig at pasienten forberedes på dette og at det kan brukes positivt dersom pasienten lærer av det (Helsedirektoratet 2011). Vifladt og Hopen (2013) sier at i mestringsprosessen er følelsen av kontroll sentral og de fleste utfordringene i hverdagen skjer utenfor møtene med helsevesenet. Bevisstgjøring, valg og handling er faktorer for god og kontinuerlig mestringsfølelse i tilpasningsprosessen. I praksis hvor pasienten opplever mangel på kontroll kan sykepleiere være spørrende opp mot pasientens erfaringer, som gradvis kan hjelpe pasienten til å finne egne svar og muligheter (Vifladt og Hopen 2013).

Støtte fra de nærmeste var av stor betydning for livsstilsendringene ved fedmeoperasjonen. Senter for sykkelig overvekt ved Oslo universitetssykehus skriver i sitt informasjonsskriv at hjelp og støtte fra familie og de nærmeste er et behov. Og at pasientene burde diskutere med sine nærmeste om de er villig til å støtte og hjelpe de i den nye livsstilen (Senter for sykkelig overvekt 2015/2016). Vifladt og Hopen (2013) sier at i mestringsprosessen er pårørende viktige støttespillere for pasienten.

Studien viste også at kontakt og støtte fra andre opererte viste seg å være fordelaktig da pasientene kan dele erfaringer og informasjon, selv om foretrukket kontaktsted var forskjellig. Helsedirektoratet sier at samtalegrupper har vist seg å være verdifulle for pasientene og fører til økt sosial aktivitet, samt at internett og telefonstøtte kan bidra til å opprettholde motivasjonen hos pasientene. Det påpekes også at tilrettelegging av

tilgjengelige møteplasser i kommunen for overvektige er viktig. Pasienter lærer best av noen i samme situasjon siden de sitter på mye kunnskap om mestring i hverdagen (Helsedirektoratet 2011, Vifladt og Hopen 2013). Denne type oppfølging bør ikke bare gjelde overvektige, men også de som har gått gjennom irreversibel fedmekirurgi da de går gjennom krevende livsstilsendringer som de ikke kan «flykte» fra. Vifladt og Hopen (2013) sier at pasient opplæring må skje i nært samspill mellom erfarne brukere og fagfolk for å lykkes. Pasientene kan nyorientere seg og se muligheter ved hjelp av andres erfaringer. Selv om pasientene sitter på erfaringer relatert til inngrepet så kan det være fordelaktig om støttegruppene har tilgang på for eksempel sykepleiere. Da sykepleiere kan være med å gi pasientene ny kunnskap om endringene, samt bidra til å gi svar på spørsmål.

Støtte og tverrfaglig oppfølging fra helsepersonell var viktig for pasientene både før og etter operasjonen. Hofsø et al. sier at fastlege bør ta opp temaer som medikamenter, fysisk aktivitet, ernæring, psykiske plager og spiseforstyrrelse, i tillegg bør fastlege ta opp abdominale smerter og plager ved hver kontroll. Ifølge Helsedirektoratet (2011) skal spesialisthelsetjenesten stå for oppfølgingen de to første årene og deretter skal fastlege ha hovedansvaret for pasienten med livslangoppfølging. Helsedirektoratets retningslinjer sier lite om hvor ofte pasientene bør til oppfølging, bortsett fra at de bør få strukturert og livslang oppfølging hos fastlege. Dette er mangelfullt da Hofsø et al. (2011) sier at fedmekirurgi raskt kan endre opptak og metabolisme av flere medikamenter og dermed bør pasientene ha oppfølging hos fastlege innen få uker, samt årlige kontroller. Det underbygger vårt funn om manglende og stort behov for oppfølging. Konkrete retningslinjer for oppfølging hos fastlege etter operasjonen kan redusere risikoen for opplevd mangelfull støtte fra helsevesen.

Orems egenomsorgsteori sier at det er i situasjoner hvor pasienten ikke klarer å ta vare på egenomsorgen at sykepleier har sitt særegne ansvarsområde (Kirkevold 1992). I situasjoner hvor målet er læring og mestring hos pasienten, som ved fedmekirurgi, er det viktig at helsepersonell revurderer sin rolle som behandler hvor man svarer på spørsmål. For at pasienten skal lære å mestre den nye livssituasjonen bør sykepleiere være bevisst på at man har en pedagogisk rolle i tillegg til å være behandler. For å kunne reflektere, forstå og ta initiativ er kunnskap en nødvendighet. Sykepleiere bør vurdere, ut i fra mottakeren, hva som er viktig kunnskap ved å sørge for at pasientens opplevelser og erfaringer blir en del av samtalen (Vifladt og Hopen 2013).

Pasientene gikk gjennom en krevende endringsprosess der de måtte endre spisevanene. Å lære kan beskrives som å gå fra det kjente til det ukjente hvor endring av mønstre er en del av læringsprosessen. Innarbeidede mønstre kan være en større utfordring å legge fra seg enn å tilegne seg ny kunnskap. Dermed kan pasientene oppleve det vanskelig å gjøre kunnskap om til handling (Vifladt og Hopen 2013). Sykepleiere kan ifølge Orems egenomsorgsteori bidra til å hjelpe pasienten til selvstendighet i aktiviteter hvor pasienten erfarer egenomsorgssvikt (Kirkevold 1992). Etter gjennomgått tarmkirurgi anbefales det å spise små hyppige måltider, bruke god tid og spise langsomt, tygge maten godt og det er anbefalt å ikke drikke så mye til måltidet. For å dekke proteinbehovet anbefales det å drikke næringsdrikker som mellommåltid (Sortland 2015). Pasientene opplevde det utfordrende å få i seg nok proteiner, det tyder på at pasientene ikke får god nok informasjon om kosthold etter fedmeoperasjon. Eventuelt kan informasjonen ha blitt gitt på et tidspunkt hvor pasienten ikke er mottagelig for informasjon (Berntzen et al. 2016).

Etter fedmeoperasjon opplevde pasientene endret forhold til mat, matpreferanser, interesse for mat og savn etter trøstespising. Ifølge norsk helseinformatikk (2018) er risikoen for alkoholproblem større etter fedmekirurgi da alkoholen tas raskere opp, samt gir sterkere virkning. De påpeker at selv lavt forbruk kan føre til alkoholproblem, noe fastlege må være oppmerksom på. Hvilke spisevaner pasienten er anbefalt etter fedmekirurgi, bør sykepleiere ha kunnskap om for å kunne stille de rette spørsmålene og veilede pasienten. Pasientene kan ha endret forhold til mat og dermed trenge veiledning om kosthold opp mot eventuelle utfordringer (Vifladt og Hopen 2013).

Sosiale situasjoner som å spise ute var utfordrende og opplevelse av kontroll var viktig for pasientene. Dette funnet underbygges av en oversiktsartikkel som sier at fedmeopererte kan oppleve sosiale konsekvenser grunnet dumpingrelaterte plager og derfor velger å heller spise hjemme (Mala et al. 2015). Funnet underbygges også av Vifladt og Hopen (2013) som sier at pasientene må hele tiden leve med ytre forhold som kan påvirke livskvaliteten, og i tillegg må de hele tiden ta hensyn til tilstanden sin i hverdagen. Det gjelder både opplevde sosiale endringer innen familie, venner eller i samfunnet og individuelle emosjonelle og praktiske utfordringer.

Pasientene fant det enklere å være i aktivitet som et resultat av vektnevdgangen. Dette understøttes av en studie der deltakerne fikk en dramatisk forbedring i å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. De hadde for eksempel en forbedret evne til å utføre husarbeid og personlig hygiene. Dette inkluderte også muligheten til å passe inn på sosiale steder der de ikke gjorde før fedmeoperasjonen, grunnet at de trengte mindre plass (Coulman et al. 2017).

Noen hadde gått opp igjen i vekt, og de fleste fryktet vektøkning etter fedmeoperasjonen. Ifølge Coulman et al. (2017) var det mange pasienter som hadde erfart å gå opp igjen i vekt. Dette førte til følelser som skam og nederlag. De som gikk opp igjen i vekt beskrev at de trøstespiste og brukte mat for å takle stresset. Hofsø et al. (2011) sier at en moderat vektøkning omtrent to år etter fedmeoperasjon er vanlig. I tillegg sier Helsedirektoratet (2011) at det er minst like stor utfordring å opprettholde redusert vekt som å gå ned i vekt. For mange pasienter vil en stabil vekt over flere år representere en vellykket behandling. Studien vår viste at vekten var nært knyttet til positive og negative følelser. For å kunne være en god støttespiller i møte med pasienten bør sykepleiere vite at vektøkning er normalt og at det er utfordrende å opprettholde den dramatiske vektreduksjonen. Hofsø et al. (2011) sier at det er viktig å være klar over at positive følelser kan være forbigående og at de ofte er mest uttalt i vektreduksjonsfasen.

Pasientene opplevde økt bevissthet på fysisk aktivitet. Ifølge helsedirektoratet er det viktig for overvektige å starte forsiktig med fysisk aktivitet og sier at all aktivitet er bedre enn ingen aktivitet. Det påpekes også at det viktigste er å fokusere på hverdagsaktiviteter som å sykle til jobb og velge trapp over heis, og pasienten bør velge aktiviteter som gir glede da det gjør det lettere å vedlikeholde vektreduksjonen. Det er viktig at pasientene er forberedt på at trening i starten fører til kroppslig ubehag som går over, for å unngå at mange gir opp etter kort tid. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi opplyser om at ventetiden fra mottatt søknad til operasjonsdag er på gjennomsnittlig 461 døgn i Norge (kvalitetsregistre 2016), noe som burde bygge opp under at pasientene har tid til å forberede seg mentalt på endringene de skal gjennomgå. Helsedirektoratet (2011) sier at pasientene skal gjøre konkrete forsøk på livsstilsendringer minst 6 måneder før henvisning, og at 3-6 uker før operasjon anbefales regelmessig fysisk aktivitet for å redusere komplikasjonsrisikoen. Senter for sykkeligovervekt (2015/2016) skriver i sitt informasjonsskriv at fedmeoperasjon er hjelp til selvhjelp. Operasjonen i seg selv fører ikke til varig vekttap uten at pasientene

endrer livsstil og spisevaner. Ved fedmekirurgi kan pasient og lege ha ulike forventninger til operasjonen og det påpekes viktigheten av å ha realistiske forventninger til hvilke resultat som kan forventes ved fedmekirurgi (Helsedirektoratet 2011). Dette underbygger vårt funn om at viktigheten av å være mentalt forberedt på endringene, realistiske forventninger, og at egeninnsats hos pasienten er vesentlig for et tilfredsstillende resultat.

5.2.2 Endring i psykososiale forhold

Ønsket om å få en sosialt akseptert kropp er et av motivene for å gjennomgå fedmeoperasjon (Groven og Engelsrud 2014). Fedmekirurgi fører til et mer normalt- og sosialt akseptert utseende som gjør det lettere å delta i sosiale aktiviteter (Coulman et al. 2017). En rapport fra kunnskapssenteret (2014) sier at sosiale utfordringer, stigmatisering og livskvalitet kan bedres ved vektnedgang. Litteraturstudien vår viste at pasientene opplevde både økt og redusert sosialisering. Det var lettere å delta i sosiale aktiviteter med familie og venner, samtidig var det sosiale utfordringer relatert til matsituasjoner. De følte seg mer attraktiv enn før og det ble lettere å engasjere seg i nære relasjoner/forhold med andre mennesker. Dette støttes av en oversiktsartikkel der flere av deltagerne rapporterte at de fikk mer oppmerksomhet og at det åpnet seg muligheter for nye nære relasjoner. Noen synes den nye oppmerksomheten var skremmende og følte at de ikke hadde nok erfaring og kunnskap om den. De nye sosiale mulighetene gjorde at de måtte ta i bruk sosiale ferdigheter som de ikke hadde brukt tidligere (Coulman et al. 2017). Våre motstridende funn viste seg der pasientene følte seg mindre attraktiv grunnet overflødig hud.

Pasientene opplevde at samfunnet ikke hadde nok forståelse om hvor vanskelig det er å gå ned i vekt og opprettholde vekttapet på egenhånd. På nettsiden til LHL-sykehuset ble ”stigmatisering fra andre” listet opp som en ulempe, da fedmekirurgi kan ses på som en lettvinnt løsning fra andre (LHL-sykehuset Gardermoen 2018). I en oversiktsartikkel kom det frem at flere hadde fått negativ oppmerksomhet fra andre, som synes at fedmeoperasjon var ”den lette veien å gå” (Coulman et al. 2017). Å være overvektig blir ikke sett på som sosialt akseptabelt, men på en annen side blir fedmekirurgi stigmatisert som en lettvinnt løsning. Stigmatisering er en utfordring pasientene kan oppleve ved fedme, men også ved å velge fedmekirurgi.

En oversiktsartikkel viser at fedmeopererte pasientene opplever å få positive tilbakemeldinger fra omverden. Pasientene følte seg i tillegg mer inkludert og komfortabel

til å delta i sosiale aktiviteter. Samtidig ergret de seg over hvordan de hadde blitt behandlet som overvektige (Coulman et al 2017). I likhet med vår studie følte de seg mer normal og mindre stigmatisert enn tidligere. De følte seg lettet over at deres kropper ikke tiltrakk seg negativ oppmerksomhet og at de følte seg normal. Pasientene følte seg som samme person etter fedmeoperasjonen, og ble derfor provosert da de la merke til hvordan samfunnet behandlet andre overvektige mennesker på.

Et informasjonshefte fra Oslo universitetssykehus hevder at en del får vansker med å akseptere og like den nye kroppen. De kjenner seg ikke igjen og føler tap av identitet i etterkant av fedmekirurgi (Senter for sykkelig overvekt 2015/2016). Dette samsvarer med våre funn som viste at flere synes det var vanskelig å identifisere seg med den nye kroppen. Funnet underbygges av Coulman et al. (2017) som sier at vekttapet tvang pasientene til å identifisere seg på nytt og finne ut hvem de var som person. Pasientens syn på kroppen var ikke i samsvar med vekttapet eller hvordan andre så kroppen deres. Når de så seg selv i speilet følte de seg fortsatt som overvektig. Dette støtter vårt funn hvor flere pasienter følte at de var like stor som før operasjonen. Pasientene sine holdninger og bevegelsesmønster samsvarte ikke med den slanke kroppen.

Evnen til å utføre arbeid forandret seg etter fedmeoperasjon. Ifølge Coulman et al. (2017) sin oversiktsartikkel var det flere som rapporterte forbedret arbeidsmuligheter, som inkluderer muligheten til å utføre arbeidsoppgaver. De rapporterte også økt annerkjennelse og bedre samhandling med kollegaer. Dette samsvarer med våre funn der pasientene uttrykte at de ble mer inkludert på arbeidsplassen. Funnet underbygges av Helsedirektoratet (2011) som sier at arbeidsmarkedet kan oppleves som vanskelig for mennesker med overvekt eller fedme. Motstridene viser også våre funn at noen synes det å håndtere kroppens nye behov for mat og hvile, gjorde arbeidslivet problematisk. Mala et al. (2015) sier at operasjonen kan føre til at pasientene helst spiser hjemme og dermed påvirker det sosiale livet. De motstridende funnene som belyses viser at pasientene opplever arbeidslivet ulikt etter operasjonen, og at det er ulike faktorer som påvirker positivt og negativt.

5.2.3 Konsekvenser av fedmeoperasjon

Intense og ubehagelige bivirkninger blant annet relatert til tidlig- og sent dumpingsyndrom ble erfart av pasientene. Mange var fortsatt plaget med bivirkninger flere år etter operasjonen. Funnet underbygges av en oversiktsartikkel som hevder at dumpingsyndrom er en av de vanligste plagene etter inngrep på magesekken. Mange vil oppleve symptomlindring ved å legge seg ned. Den underbygger også at tendensen bedres med tiden hos de fleste ved endring i spisevaner (Mala et al. 2015). Det at flere pasienter plages flere år etter operasjonen, kan ha en sammenheng med for dårlig oppfølging fra helsevesenet, da kunnskap, kontroll og mestring er viktige faktorer i og endre handlingsmønster. Pasientene trenger hjelp til selvhjelp i tilpasningssituasjonen og sykepleiere kan hjelpe pasienten med å sette små og realistiske mål. Det er handlingene målet fører til som avgjør og bidrar til læring. Sykepleiere bør bruke fagkunnskapen sin på en måte som fører til at pasienten får selvtillit i at egne erfaringer er verdifulle for å lære. Erfaringene er verdifull både for pasientene selv, helsepersonell og andre i samme situasjon (Vifladt og Hopen 2013). Orem sin egenomsorgsteori underbygger hvilken betydning sykepleiere kan ha i slike utfordrende situasjoner (Kirkevold 1992). Til tross for at pasientene ble informert om ulike bivirkninger som kunne opptå etter fedmekirurgi, følte de seg lite forberedt på smerten og ubehaget bivirkningene ga. Dette viser at støtte og oppfølging er en viktig del av behandlingen både før og etter operasjonen da mange har gitt uttrykk for behov og mangel på dette.

Hofsø et al. (2011) sier at gastrointestinale plager kan oppstå når pasientene spiser for mye eller for fort. Inntak av sukkerholdig kosthold, samt at gjærbakst, ris, pasta, ikke-kvernet kjøtt og at skall fra frukt og grønnsaker ofte tolereres dårlig hos fedmeopererte. Dette underbygger funnet i studien som viste at pasientene opplevde endringer i mattoleranse etter operasjonen. Ifølge Aleris (udatert) kan pasientene gå over til normalkost 5 uker etter inngrepet, men individuelle forskjeller på toleranse kan føre til at pasientene må tilpasse kostholdet etter egne symptomer. På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleiere har kunnskap om fedmekirurgi for å kunne gi veiledning i spisevaner og kosthold eller tilrettelegge for riktig kosthold. I tillegg bør sykepleiere ha kunnskap om mulige bivirkninger for å kunne gi best mulig individuell veiledning (Vifladt og Hopen 2013).

Helsedirektoratet (2011) sier at tilskudd av vitaminer og mineraler, og kostholdsråd skal tilpasses individuelt. Studien vår viste at mange var plaget med redusert energinivå, tretthet og utmattelse etter fedmeoperasjonen. I tillegg hadde de problemer med jernmangel, lavt hemoglobinnivå, anemi og B12-vitaminmangel til tross for inntak av ulike vitaminer, piller og B12- injeksjoner. Det er viktig at pasientens vitamin- og mineralnivåer blir fulgt nøye med på da inngrepet fører til at pasienten må ta vitamin- og mineraltilskudd resten av livet, selv om blodprøvene er fine. Anemi, kalsium og D-vitaminmangel er alvorlig, men det alvorligste er om pasienten får B12-vitaminmangel (Norsk helseinformatikk 2018). Det kan ta mange år før en B12-mangelanemi oppstår da leveren har evne til å lagre vitaminet og symptomene vil være vage hos disse pasientene, da tilstanden utvikles over tid (Jacobsen et al. 2017). Gastrisk bypass og duodenal omkobling vil ha større konsekvenser for pasienten enn gastrisk sleeve, da inngrepene fører til både fysiske restriksjoner og malabsorpsjon (Kunnskapscenteret 2014). Sykepleiere bør ha kunnskap om at vitamin- og mineralmangler hos fedmeopererte er vanlig for å kunne observere vage symptomer som blant annet glatt og sår tunge ved B12-mangel (Jacobsen et al. 2017).

For mange kan den overfløydige huden være til sjenanse utseendemessig og være hemmende for deres normalfunksjon, men det er ikke alle som får plager av den (Aleris udatert). Ifølge studien til Coulman et al. (2017) følte flere at det å ha overfløydig hud var verre enn å være overvektig. Stort vekttap kan føre til mye løs hud og gi plager som irritasjon, infeksjon, gnagsår, eksem, smerter eller ubehag (Helsedirektoratet 2011). Dette støtter våre funn som viste at pasienten har både fysiske og psykiske plager relatert til overfløydighud. De følte kroppen ble deformert, uattraktiv og flere hadde hyppige infeksjoner mellom hudfoldene.

Plastikkirurgi var løsningen for at de skulle føle seg ”normal” (Coulman et al. 2017). I studien vår var det flere som hadde gjennomgått plastikkirurgi. Ifølge helsedirektoratet (2011) er det aktuelt med plastikkirurgisk korreksjon for omlag halvparten av pasientene. Aleris (udatert) overvektsklinikk sier at inngrepet kan bli dekket av det offentlige, om det foreligger medisinsk indikasjon. I prioriteringsveilederen for plastikkirurgi (2015) står det at rettighetsstatus eller frist for start hjelp kan endres av individuelle forhold for den enkelte. Forhold som kan påvirkes når man skal fjerne hudoverskudd etter vektreduksjon kan blant annet være: sårproblematikk, sosial isolasjon grunnet overfløydig hud og

betydelig hudoverskudd eller en omslagsflod større enn fem centimeter. I tillegg får pasienten plastikkirurgi tidligst 2 år etter bariatrisk kirurgi og må ha vært vektstabil i minst 6 måneder (Helsedirektoratet 2015). Forskning mener at behovet for plastikkirurgi er stort etter fedmekirurgi. Mange institusjoner som driver med plastikkirurg har en øvre KMI-grense for å kvalifisere til inngrep (ofte $<28 \text{ kg/m}^2$). Dette har gjort at mange som har store problemer med overskuddshud ikke har tilbud å gå til (Hofsø et al. 2011).

Litteraturstudien viste at flere pasienter opplevde komplikasjoner. Ifølge kvalitetsregistre er det registrert alvorlige komplikasjoner ved 2% av fedmeoperasjonene. Etter det registeret opplyser sier dette ikke noe om alvorlige komplikasjoner som oppstår senere enn 30 dager. Private sykehus uten avtale med helseforetaket er ikke pliktig til å rapportere til registeret (Kvalitetsregistre 2016). Dermed kan tallene for komplikasjoner være høyere enn registrert, da det ikke er register for langsiktige komplikasjoner. Hofsø et al. (2011) sier at omtrent 5% av pasientene opplever alvorlige komplikasjoner som blødning, infeksjon, tarmperforasjon, anastomoselekkasje, tarmobstruksjon og tromboembolisk sykdom etter laparoskopisk gastrisk bypass. Helsedirektoratet opplyser i tillegg om komplikasjoner som magesår, gallestein, kardiovaskulære hendelser, elektrolyttforstyrrelser eller ernæringssvikt (Helsedirektoratet 2011). Ifølge Hofsø et al. (2011) er det viktig at fastlege ved kontroll skiller akutte tilstander fra vanlige plager som dumping. I praksis vil sykepleiere gjøre kliniske vurderinger av pasienter, og bør derfor ha kjennskap til hvilke bivirkninger/ komplikasjoner som kan oppstå etter fedmekirurgi (Nortvedt og Grønseth 2016).

Pasientene opplevde utfallet av fedmeoperasjonen forskjellig. Noen så operasjonen som vellykket, andre beskrev livet som verre. Forskning viser at fedmeoperasjon ble sett på som en siste sjanse, grunnet frykten for hva som ville skje dersom de lot være. Med det hovedfokuset ble det vanskelig å se muligheten for at bivirkninger og komplikasjoner kunne gi nye plager og bekymringer i livene deres (Groven og Engelsrud 2014). Av den grunn kan pasienter oppleve fedmekirurgi som suksessfullt selv med nye utfordringer, da de trolig ser alternativet som verre, for eksempel hjerteinfarkt og død.

Vi har lagt merke til at det er forskjeller i pasientinformasjon ved fedmekirurgi. En nettside opplyser kun om mulige kortsiktige komplikasjoner, og unnlater å nevne mulige langsiktige komplikasjoner. LHL-sykehuset Gardermoen opplyser blant annet på sine

nettsider om fordeler og ulemper ved fedmekirurgi. Fordeler som nevnes er at fedmekirurgi gir best effekt over tid og mulighet for varig vekttap, samt redusert risiko for helseproblemer. De nevner ulemper som blant annet risiko for komplikasjoner, men de nevner kun de kortsiktige og påpeker at de gjør mange tiltak for å unngå disse og har gode rutiner for rask behandling (LHL-sykehuset Gardermoen 2018). Det at det ikke nevnes mulige plager og komplikasjoner som kan oppstå over tid i pasientinformasjon på nettsider kan underbygge funnet hvor pasientene opplevde livet som verre, da fremstillingen av operasjonen virker som en løsning uten store utfordringer relatert til livsstilsendringer og komplikasjoner. Andre beskriver godt hva pasienten kan forvente med ulike inngrep, samt hvilke langsiktige konsekvenser pasienten kan oppleve (Senter for sykkelig overvekt 2015/2016 og Aleris udatert). Det kan være med å underbygge funn hvor pasientene så fedmeoperasjonen som vellykket selv med utfordringer, da pasientene kan ha hatt et mer realistisk bilde av fedmekirurgi.

6.0 Konklusjon

Gjennom litteraturstudien vår har vi belyst pasienters erfaringer etter fedmekirurgi. I studien kom det frem at realistiske forventninger til operasjonen var viktig. Pasientene opplevde krevende endringer både fysisk og psykisk, noe som påvirket alle aspekt i livet. De erfarte også positive og negative endringer i deres sosiale liv. Det kom frem at behovet for støtte og oppfølging var stort, både før og etter fedmeoperasjon.

Konsekvenser for praksis

Vi har gjennom studien tilegnet oss ny kunnskap om fedmekirurgi og endringene pasienter erfarer etter operasjonen. Antallet på fedmeopererte øker og dermed øker muligheten for at man møter denne pasientgruppen i praksis. Sykepleiere bør ha kunnskap om fedmekirurgi, endringer og eventuelle utfordringer som kan oppstå. Kjennskap til mulige plager som dumping, vitamin- og mineralmangler er viktig for å kunne gi veiledning i spisevaner og kosthold, samt kunne tilrettelegge for riktig kosthold i møte med pasienten i praksis. Vårt inntrykk er at enkelte privatsykehus glorifiserer operasjonen. Dette kan påvirke pasientopplevelsen etter fedmekirurgi, da pasientene trolig ikke får et helhetlig og realistisk bilde av operasjonen.

Anbefalinger for videre forskning

Vi ser det finnes mye forskning på temaet. Forskning som hadde vært interessant å sett nærmere på hadde vært betydning av oppfølging fra helsevesenet, hvor stor grad pasientene ivaretar livsstilsendringene og langsiktige konsekvenser for pasienten. En av hensikten med fedmekirurgi er å bedre vektrelaterte sykdommer, siden det var et svakt funn i vår studie anbefaler vi videre forskning på dette temaet.

Litteraturliste

Aleris. Udatert. "Fjerne overflødig hud". Lest: 20.02.2018.

<https://overvekt.net/etter-operasjon/kosthold/>

Aleris. Udatert. "Kosthold ". Lest: 20.02.2018.

<https://overvekt.net/etter-operasjon/kosthold/>

Berntzen, Helene, Hallbjørg Almås, Anne Marie Gran Bruun, Siri Dørve, Asbjørg Giskemo, Grete Dåvøy og Petrin Eide. 2016. "Perioperativ og postoperativ sykepleie" I *Klinisk sykepleie 1*, red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 309-373. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brøyn, Timo Peder. 2012. "Alle databaser" *Høyskolen i Molde*. Lest: 26.03.2018.

<http://www.himolde.no/biblioteket/Sider/Emneomraader/Alle-databaser.aspx>

Coulman, Karen D., Fiona MacKichan, Jane M. Blazeby og Amanda Owen-Smith. 2017.

"Patient experiences of outcome of bariatric surgery: a systematic review og qualitative synthesis", *Obesity Reviews 18*: 547-559. Lest: 14.04.2018. Doi: 10.1111/obr.12518

Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. "Eksamen SAE00 Bachelor oppgave i sykepleie". Molde: Høyskolen i Molde, Avdeling helse- og sosialfag.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis of processed data" *Australian J of Advanced Nursing*, 20(2); 22-25.

Folkehelseinstituttet. 2014. «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning». Lest: 05.03.2018.

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. "Olika typer av litteraturstudier" i *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 25-34. 3. utg. Stockholm: Natur og kultur.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. "Den systematiska litteraturstudiens första steg". I *Att göra systematiska litteraturstudier*, red. Christina Forsberg og Yvonne Wengström, 77-91. 2. utg. Stockholm: Natur og kultur.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. "Den systematiska litteraturstudiens första steg". I *Att göra systematiska litteraturstudier*, red. Christina Forsberg og Yvonne Wengström, 69-84. 3. utg. Stockholm: Natur og kultur.

Groven, Karen Synne, Paul Galdas og Kari Nyheim Solbrække. 2015. "Becoming a normal guy: Men making sense of long-term bodily changes following bariatric surgery" *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1): 1-14 (Page number not for citation purpose).

Groven, Karen Synne, Gunn Engelsrud og Målfrid Råheim. 2012. "Living with Bodily Changes after Weight Loss Surgery Women's Experiences of Food and "Dumping", *Phenomenology & Practice*, 6(1): 36-54.

Groven, Karen Synne og Gunn Engelsrud. 2014. "Når fedmekirurgi vurderes som siste sjanse" *Sykepleien Forskning*. Lest: 10.03.2018.
<https://sykepleien.no/forskning/2014/10/nar-fedmekirurgi-vurderes-som-siste-sjanse>

Groven, Karen Synne, Målfrid Råheim og Gunn Engelsrud. 2010. "My quality of life is worse compared to my earlier life": Living with chronic problems after weight loss surgery", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(4); 1-15 (Page number not for citation purpose).

Helsebiblioteket. 2016. "Kritisk vurdering" *Kunnskapsbasert praksis*. Lest 30.04.2018
<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet. 2011. "Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne" i *Nasjonale faglige retningslinjer*. Lest: 21.03.2018.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>

Helsedirektoratet. 2015. "Prioriteringsveileder - plastikkirurgi". Lest: 15.03.2018.

[https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/plastikkirurgi/seksjon?Tittel=hudoverskudd-9606#hudoverskudd---etter-vektreduksjon-\(veiledende-frist-260-uker\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/plastikkirurgi/seksjon?Tittel=hudoverskudd-9606#hudoverskudd---etter-vektreduksjon-(veiledende-frist-260-uker))

Hofsø, Dag, Erlend T. Aasheim, Torgeir T. Søvik, Gunn Signe, Jakobsen, Line Kristin Johnson, Rune Sandbu, Alf Tore Aas, Jon Kristinsson og Jøran Hjelmesæth. 2011.

"Oppfølging etter fedmekirurgi" *Tidsskriftet den norske legeforening*. Lest: 20.04.2018.

<https://tidsskriftet.no/2011/10/oversiktsartikkel/oppfolging-etter-fedmekirurgi>

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Bård Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise.

2017. "Akutte magesmerter og akutt gastrointestinal blødning" I *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi, anestesi*, 252-263. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Bård Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise.

2017. "Sykdommer i mage-tarm-kanalen" I *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi, anestesi*, 266-295. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Bård Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise.

2017. "Blodsykdommer" I *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi, anestesi*, 367-409. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, Marit. 1992. "Dorothea Orems egenomsorgsteori" I *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*, 128-143. 2 utg. Oslo: ad Notam Gyldendal AS.

Kunnskapssenteret. 2014. "Langtidseffekter etter fedmekirurgi" *Rapport fra*

Kunnskapssenteret. Lest: 16.05.2018.

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2477865/K_Rapport_2014_01_Fedmekirurgi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LHL-sykehuset Gardermoen. 2018. "Fordeler og ulemper ved å ta slankeoperasjon". Lest: 30.03.2018.

<https://www.lhl.no/gardermoen/behandling-operasjon/slankeoperasjon/fordeler-og-ulemper-med-slankeoperasjon/>

Lier, Haldis Økland, Sture Aastrom og Kristine Rørtveit. 2015. "Patients' daily experiences five years after gastric bypass surgery – a qualitative study" *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4): 322-331.

Liu, Rebecca H. og Jennifer D Irwin. 2017. "Understanding the post-surgical bariatric experiences of patients two or more years after surgery", *Quality of life research*, 26(11): 3157-3168.

Mala, Tom, Stephen Hewitt, Ingvild Kristine Dahl Høgestøl, Kristin Kjellevold, Jon A Kristiansson og Hilde Ristad. 2015. "Dumpingsyndrom etter kirurgi på magesekken". *Tidsskriftet den norske legeforening*. Lest: 05.03.2018.

<https://tidsskriftet.no/2015/01/oversiktsartikkel/dumpingsyndrom-etter-kirurgi-pa-magesekken>

Natvik, Eli, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim. 2013. "Totally Changed, Yet Still the Same: Patients' Lived Experiences 5 Years Beyond Bariatric Surgery", *Qualitative Health Research*, 23(9): 1202-1214.

Natvik, Eli, Eva Gjengedal, Christian Moltu og Målfrid Råheim. 2015. "Translating weight loss into agency: Men's experiences 5 years after bariatric surgery", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10; 1-15 (Page number not for citation purpose).

Nortvedt, Per og Randi Grønseth. 2016. "Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse" I *Klinisk sykepleie 1*, red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 17-40. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk helseinformatikk. 2018. "Fedmeoperasjon – oppfølging etterpå" Lest: 02.05.2018.
<https://nhi.no/forskning-og-intervju/fedmeoperasjon-oppfolging-etterpa/?page=all>

Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi. 2016. Lest: 20.02.2018.

<https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-kvalitetsregister-fedmekirurgi>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2008.

“Sammenheng mellom spørsmål og design” I *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*, 25-34. 2 utg. Oslo: Bryne Offset AS.

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2008.

“Vurdering og tolkning av forskning” I *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*, 67-139. 2 utg. Oslo: Bryne Offset AS.

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2008. “Å

søke etter forskningsbasert kunnskap” I *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*, 39-65. 2 utg. Oslo: Bryne Offset AS.

NSD, Register over vitenskapelige publiseringskanaler. 2018. Lest: 01.04.18.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Ogden, Jane, Cecilia Clementi, Simon Aylwin og Ameet Patel. 2005. “Exploring the Impact of Obesity Surgery on Patients’ Health Status: a Quantitative and Qualitative Study”. *Obesity surgery* 15(2): 266-272.

Senter for sykkelig overvekt, Oslo universitetssykehus. 2015/2016. “Informasjon til deg som ønsker operasjon for sykkelig overvekt”. Lest: 20.04.2018.

<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-avdeling/Documents/Brosjyre%20for%20SSO.pdf>

Sharman, Melanie, Martin Hensher, Stephen Wilkinson, Danielle Williams, Andrew Palmer, Alison Venn og Douglas Ezy. 2015. “What are the support experience and needs of patients who have received bariatric surgery?”, *Health expectations*, 20; 35-46.

Sortland, Kjersti. 2015. “Ernæringsmessige behov i forbindelse med kirurgiske inngrep” I *Ernæring – mer enn mat og drikke*, 241-250. 5 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Torgersen, Åshild, Rebecca Jane Foreman, Sissel Eikeland Husebø og Marit Hegg Reime. 2017. "Gastric bypass – ingen snarvei til ny livsstil. Pasienterfaringer to år etter kirurgi" *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(1): mangler sidetall.

Tullberg, Helene Stenmark, Monika Fagevik Olsén, Kima Shams og Malin Wiklund. 2017. "Stepping with ease towards a new way of living» - experiences of physical activity 5 years after bariatric surgery". *European Journal of Physiotherapy*, 19(3): 154-159.

Vifladt, Egon H. og Liv Hopen. 2013. "Hvorfor pasientopplæring?" i *Pasientopplæring: kompetanse – veivalg – lederskap*, 19-66. Oslo: Kolofon forlag.

Warholm, Christine, Aud Marie Øien og Målfrid Råheim. 2014. "The ambivalence of losing weight after bariatric surgery", *International Journal of qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1); 1-13 (Page number not for citation purpose).

Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Gastric bypass, experience, quality of life	11.01.2018	Oria	6746	11	1	0
Bariatric Surgery	18.01.2018	SveMed	196	3	2	2
Bariatric surgery + Norsk (språk)	26.01.2018	SveMed	44	8	3	0
Gastric bypass and Experienc* and Quality of Life or long term effect Limit to "qualitative (maximizea specificity)	20.03.2018	Ovid Medline	2	2	2	2
Gastric bypass and experienc* and quality of life or long term effect*	20.03.2018	Ovid Medline	60	10	0	0
Gastric bypas OR Gastric Bypass OR Bariatric Surgery OR gastric sleeve AND Experienc* AND. Quality of Life Limit to yr="2013 – Current, to "qualitative (maximizes sensitivity)", (danish or english or norwegian or swedish)	26.03.2018	OVID Medline	57	15	5	2

Weight loss surgery OR bariatric surgery OR Gastric bypass OR gastric sleeve AND Experienc* AND Long-term effect* OR Change*	11.04.2018	OVID Medline	143	10	2	2
Weight loss surger* AND Experienc* AND Change*	11.04.2018	PUBMED	34	3	2	1
Weight loss surger* OR Bariatric Surger* OR Gastric bypass* OR Gastric Sleeve AND Experienc* AND Change* OR Adjustment* OR Amend*, Limit to (Danish or English or Norwegian or Swedish) AND Qualitative (Best balance between sensitivity and specificity) AND last 5 years	17.04.2018	OVID Medline	275	5	2	2

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet av inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel Nummer 1- 12	Hensikt	Metode / Instrument	Deltager e / Frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Groven, Karen Synne, Paul Galdas og Kari Nyheim Solbække. 2015 Norge <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>	1 Becoming a normal guy: men making sense of long-term bodily changes following surgery	Å undersøke menns kroppslige endringer etter gjennomgått en irreversibel gastrisk bypass, fire år etter operasjonen.	Kvalitativstudie Individuelle intervju Minst 4 år etter fedmeoperasjon	5 menn Alder 24- 46 år	* Å få et ”normalt liv * Håndtere pågående kroppslige endringer *Et bedre, men komplisert, liv.	Godkjent av Norges regionale komite for medisinsk og helseforskningsetik k	Fagfelleverde rt, publisert i tidsskrift nivå 1 God kvalitet

<p>Groven, Karen Synne, Gunn Engelsrud og Målfrid Råheim 2012 Norge <i>Phenomenology & Practice</i>, 6(1): 36-54.</p>	<p>2 <i>Living with Bodily Changes after Weight Loss Surgery Women's Experiences of Food and "Dumping"</i></p>	<p>Å undersøke kvinners erfaringer om "dumping" etter fedmekirurgi. explore women's experiences of "dumping" following weight loss surgery</p>	<p>Kvalitativ; fenomenologisk-hermeneutisk studie med retrospektivt design. Semistrukturert intervju</p>	<p>22 norske kvinner, Alder 24-54 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevelse av sykdom i sammenheng med måltid; • Lære å forholde seg til endringer i det indre legemet; • Følelser knyttet til å miste og gjenvinne kontroll: 	<p>Fulgt Helsinkideklarasjonens etiske prinsipp. Godkjent av Regional komitee for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Deltagerne fikk informasjon om studiet, at det var frivillig og mulig å trekke seg når som helst, samt at det var anonymt. Deltagerne samtykket til lydopptak av intervjuet.</p>	<p>Fagfellevurderet, publisert i tidsskrift nivå 1 God Kvalitet</p>
---	---	--	--	---	--	--	--

Groven, Karen Synne, Målfrid Råheim og Gunn Engelsrud 2010 Norge <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>	3 “My quality of life is worse compared to my earlier life” Living with chronic problems after weight loss surgery	Fokus på kvinner erfaringer der utfallet har blitt verre enn det var før gjennomgått fedmekirurgi.	Kvalitativ metode Dybde intervju Innen 6 år etter fedmeoperasjon	5 norske kvinner. Hentet fra en større studie. Alder 20- 55 år	-Frisk, men bekymret for deres situasjon -En positiv livsforvandlings periode -Uforventet smerte og tap av energi -Den store forandringen av kroppens utseende. Følelsen av å bli skadet på ”innsiden”	Godkjent av: ”the Research Ethics Committee of Medicine in Norway.	Fagfelle- vurde- rt, publisert i tidsskrift nivå 1 Middels kvalitet
---	--	---	---	--	---	--	---

Lier, Haldis Økland, Sture Aastrom og Kristine Rørtveit. 2015 Norge <i>Journal of Clinical Nursing</i>	4 Patients daily life experiences five years after gastric bypass surgery – a qualitative study	Undersøke og beskrive pasientenes erfaring fem år etter gastrisk bypass operasjon.	Kvalitativ metode Dybdeintervju 5 år etter gastrisk bypass.	10 deltakere / 1 deltakere takket nei. Alder 39- 57 år	Alle pasienten beskrev enorme forandringer relatert til gastrisk bypass operasjon som påvirket livsstil, mat og relasjoner.	Etisk vurdert av Norwegian Social Science Data Services and the Regional Ethics Committee.	Fagfellevalde rt, publisert i tidsskrift nivå 2 God kvalitet
---	--	--	--	---	---	---	--

<p>Liu, Rebecca H., og Jennifer D. Irwin 2017 Canada <i>Quality of life Research.</i></p>	<p>5 Understanding the post-surgical bariatric experiences of patients two or more years after surgery</p>	<p>Få en forståelse for fysiske, psykiske, sosiale, klinikk relaterte erfaringer etter en fedmeoperasjon, som er utført minst to år tidligere.</p>	<p>Kvalitativ Dybdeintervju, semi-strukturert telefon intervju Minst 2 år etter fedmeoperasjon</p>	<p>28 deltakere 7 menn/ 21 kvinner. Formelt invitert for å delta via brev/mail. 230 invitasjoner ble sendt ut i til kvalifiserte deltakere. Alder 31-70 år</p>	<p>- Fysiske endringer og utfordringer - Psykiske erfaringer - Sosial funksjon og støtte - Klinikk relaterte erfaringer og refleksjoner</p>	<p>Etisk godkjent av vertsinstitusjonen og sykehuset.</p>	<p>Fagfelleverurdert, publisert i tidsskrift nivå 2 God kvalitet</p>
---	---	--	---	--	---	---	---

Natvik, Eli, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim 2013 Norge Qualitative Health Research, 23(9): 1202–1214	6 Totally Changed, Yet Still the Same: Patients' Lived Experiences 5 Years Beyond Bariatric Surgery	Å beskrive den essensielle betydningen av bariatrisk kirurgi på pasientens langsiktige erfaringer ved å bruke en fenomenologisk livsverden tilnærming	Kvalitativt, beskrivende og retrospektivt design. Dybdeintervju, Minst 5 år etter fedmeoperasjon.	8 av 12 inviterte (4 menn og 4 kvinner) Alder: 43 og 53år.	Bariatrisk kirurgi ga etterlengtet, raskt og enormt vekttap, forbedret helse og funksjon i hverdagen, og i sosiale interaksjoner. Likevel, endringene utfordret pasientens opplevelse av stabilitet og mestring. Fedmekirurgi ga lettelse og endring, men ikke nødvendigvis en «ny» og forbedret kropp.	Godkjent av Den nasjonale forskningsetiske komité for <i>medisin</i> og helsefag(NEM) og norsk senter for forskningsdata.	Fagfelle-vurdert publisert i tidsskrift nivå 2 God kvalitet
--	---	---	---	---	---	---	---

Natvik, Eli, Eva Gjengedal, Christian Moltu, Målfrid Råheim 2015 Norge <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>	7 Translating weight loss into agency: Men´s experiences 5 years after bariatric A surgery	Utforske menn sine erfaringer med livet etter fedmekirurgi med langtidsperspekt iv.	Kvalitativ metode Dybdeintervju Minst 5 år etter fedmeoperasjon.	13 menn Alder 28 – 60 år	- Å være “vekttap”: en ubegripelig overgang - Å besøke den store kroppen: mellom sosialt liv og legemliggjøring - Trangen for sysselsetting/ansette lse: nye muligheter, ny usikkerhet.	Godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)	Fagfelleverde rt, publisert i tidsskrift nivå 1 God kvalitet
--	--	---	---	--------------------------------	---	---	--

Ogden, Jane, Cecilia Clementi, Simon Aylwin og Ameet Patel 2005 England <i>Obesity Surgery</i> ,	8 Exploring the impact of obesity surgery on patients health status: a quantitative and qualitative study	Å utforske mekanismene bak suksessen av kirurgi og å undersøke hvordan det kan forandre pasienters helse	Kvalitativt intervju. Intervjuet fant sted innen 4 år etter fedmekirurgi.	17 personer ble invitert til å delta. 2 flyttet og ble ekskludert. Totalt 15 pasienter ble inkludert. Alder 25-54 år	Noe bedre subjektiv helse. De opererte uttrykte bedre energi og selvfølelse, en endring i deres forhold til mat (erfarte en følelse av metthet og mindre sult, mat fikk en mindre rolle i deres liv). Følelse av mer kontroll over matinntaket.	Godkjent av Kings College Hospital Ethics Committee.	Fagfellevurderet, publisert i tidsskrift nivå 1 Middels kvalitet
--	---	--	---	--	---	--	---

<p>Sharman, Melaine, Martin Henseher, Stephen Wilkinson, Danielle Williams, Andrew Palmer, Alison Venn og Douglas Ezzy. 2015 Australia Health Expectations</p>	<p>9 What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery?</p>	<p>Å undersøke behovet og erfaringer hos pasienter som har fått offentlig eller privat finansiert bariatrisk kirurgi, og viktigheten av støtten for utfallet av operasjonen.</p>	<p>Kvalitativ – semistrukturerte fokusgruppe intervju. Flere demografiske og kliniske screeningspørsmål ble stilt ved forespørsel for å sikre miks av karakteristika. 7 fokusgrupper</p>	<p>41 deltakere (26 kvinner og 15 menn) Alder: 24-72 år</p>	<p>-Støtte fra helsepersonell -Sosial støtte: erfaring og behov</p>	<p>Godkjent av the University of Tasmania's Health and Medical Human Research Ethics Committee. Informert samtykke</p>	<p>Fagfelleverurde rt, publisert i tidsskrift nivå 1 Middels kvalitet</p>
--	--	--	--	---	---	--	---

<p>Torgersen, Åshild, Rebecca Jane Foreman, Sissel Eikeland Husebø og Marit Hegg Reime 2017 Norge <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i></p>	<p>10 Gastric bypass – ingen snarvei til ny livstil, pasient erfaring to år etter</p>	<p>Undersøke hvilke faktorer som påvirker pasientens evne til å takle livsstilsendringer, utforske hvilken betydning sosialstøtte har for å lykkes med vedlikehold av livsstilsendringer og hvordan pasienter opplever oppfølging fra helsepersonell, to år etter operasjonen.</p>	<p>Kvalitativ. Fokusgruppeintervjuer 2 år etter fedmeoperasjon</p>	<p>13 pasienter. 11 kvinner/ 2 menn, Alder: 29-60 år</p>	<p>*Fra kunnskap til handling, *Viktigheten av sosial støtte *Utilstrekkelig oppfølging fra helsetjenesten.</p>	<p>Studien er godkjent av Regional Etisk komite Vest Norge, samt forskningsavdelingen og personvernombudet ved sykehuset.</p>	<p>Fagfellevurderet, publisert i tidsskrift nivå 1 God kvalitet</p>
--	--	--	---	--	---	---	--

<p>Tullberg, Helene Stenmark, Monika Gafvik Olsen, Kima Shams og Malin Wiklund. 2017 Sverige <i>European Journal of physiotherapy</i></p>	<p>11 ”Stepping with ease towards a new way of living” – experiences of physical activity 5 years after bariatric surgery</p>	<p>Å beskrive hvordan pasienter som har gjennomgått bariatrisk kirurgi, opplever fysisk aktivitet mer enn 5 år etter operasjonen</p>	<p>Kvalitativ Individuelle intervju 5 år etter operasjon</p>	<p>12 pasienter (10 kvinner / 2 menn) Alder:27-51 år</p>	<p>Vekttapet har resultert i både muligheter og hindringer i hverdagslivet. De har delt inn i fem underkategorier: hverdagslivet, familie, karriere, trening, følelseslivet.</p>	<p>Vurdert av etisk komite for region av Vestre Gotland, Sverige.</p>	<p>Fagfelle- vurde- rt, publisert i tidsskrift nivå 1 Middels kvalitet</p>
---	--	--	---	--	--	---	---

Warholm, Christine, Aud Marie Øien og Målfrid Råheim 2014 Norge <i>International Journal of qualitative Studies on Health and Well-Being</i>	12 The ambivalence of losing weight after bariatric surgery	Å beskrive opplevde erfaringer av vekttapsprosess en etter fedmekirurgi	Kvalitativ metode, individuelt intervju 0-1 år etter fedmeoperasjon.	2 pasienter, kvinner. Alder 30-50 år.	Gjennom det første året etter operasjonen, gjennomgikk kvinnene dramatiske og raske kroppslige endringer: -Bevegelse og aktivitet -Spisevaner og fordøyelse -Utseende- mindre, men løsere -Sosiale relasjoner- stabilitet og endring -Å være seg selv-sårbarhet og selvsikkerhet.	Godkjent av regional komite for medisinsk forskningsetikk og datatilsynet i Norge	Fagfellevurderet, publisert i tidsskrift nivå 1 Middels kvalitet
---	---	---	---	--	--	---	---

Vedlegg 3: PIO-skjema

P	I	O
Gastric Bypass Vertikal ventrikkelseksjon Fedmekirurgi	Erfaring* Opplevelse*	Livskvalitet Langtidseffekt* Endring* Tilpasning
Gastric Bypass Gastric sleeve Bariatric surgery Weight loss surgery	Experienc*	Quality of life Long-term effect* Change* Adjustment* Amend*

Vedlegg 4: Oversikt over ulike artikler knyttet til tema

Livsstilsendringer behovet for støtte: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

- Forberedelse og kontroll: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12
- Støtte og oppfølging: 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12
- Spisevaner: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12
- Fysisk aktivitet og trening: 1, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12
- Mobilitet og aktivitet: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12

Psykososiale forhold 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12

- Endret forhold til kroppen: 5, 6, 7, 11, 12
- Stigmatisering fra samfunnet: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12
- Sosiale aktiviteter med familie og venner: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11
- Arbeidslivet: 3, 7, 9, 11, 12

Utfordringer etter fedmekirurgi: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12

- Vanlige fysiske plager: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12
- Overflødig hud: 1, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12
- Komplikasjoner: 1, 3, 6, 7, 9, 10, 12

Vedlegg 5: Eksempel på sjekkliste for en av våre inkluderte artikler

Artikkel nummer	4
Forfatter	Lier, Haldis Økland, Sture Aastrom and Kristine Rørtveit
År	2015
Land	Norge
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing, 25(3-4), 322-331
Tittel	Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery – a qualitative study
Hensikt	Undersøke og beskrive pasientenes erfaring fem år etter gastrisk bypass operasjon.
Metode/ instrument	Kvalitativ metode Semi strukturert dybdeintervju
Deltakere/ frafall	10 deltakere / 1 deltakere takket nei.
Hovedfunn	Alle pasientene beskrev enorme forandringer relatert til gastrisk bypass operasjon som påvirket livsstil, mat og relasjoner.
Etisk vurdering	Etisk vurdert av Norwegian Social Science Data Services and the Regional Ethics Committee.
Kvalitet	Fagfellevurdert publisert i tidsskrift nivå 2 God kvalitet

Innledende spørsmål

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	Ja; undersøke og beskrive pasienters erfaring

Kan du stole på resultatene?

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja; kvalitativt design med dybdeintervju. Semi-strukturert intervjuguide med åpne spørsmål
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja, da studien har som mål å søke en dypere forståelse av et fenomen. 7 kvinner og 3 menn deltok. 39-57 år.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Intervjuet tok 60-90min og ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. Deltagerne ble kun styrt i retning av å reflektere over temaet
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkning av data forståelig, tydelig og rimelig?	Kvalitative innholdsanalyse (Graneheim og Lundman).
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja; <ul style="list-style-type: none">- i de fem første intervjuene var det en intervjuer og en observatør for å sikre at intervjuene ble utført likt.- Anerkjenner at intervjuer påvirker dynamikken i et kvalitativt intervju- Både kredibilitet, overførbarhet og pålitelighet blir gjort rede for i studien- Svakheter ved studien:<ol style="list-style-type: none">1. Liten studiegruppe2. Nyanser kan ha forsvunnet i oversettelse fra norsk til engelsk- Styrker:<ol style="list-style-type: none">1. Rikelig med informasjon grunnet studiedesign

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Teksten ble nøye oversatt, informasjonen og nyansene ble nøye reflektert over. 3. Noen ganger ble ordbok brukt for å sikre overførbarhet. 4. Data fra dybdeintervju er en metode styrke
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	<p>Ja;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bruker sitat fra deltagerne - Underbygger resultatene med funn fra andre studier.
<p>9. Er etiske forhold vurdert? Ja;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informert samtykke, frivillighet gjennom hele studiet - Godkjent av Regional etisk komitee og Norsk senter for forskningsdata. - Forberedt på å tilby deltagerne ekstra støtte 	

Hva er resultatene?

10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	<p>Ja</p> <p>Relasjoner (normalitet/kommunikasjon og familie og intimitet);</p> <p>Ny kropp (vekt/fremstilling og mat/livsstil);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vekttapet påvirket alle aspekter i hverdagen - Alle fryktet vektøkning - Matvaner hadde blitt en betydelig del av hverdagen grunnet endring av rytme, restriksjoner, sult og interesse i mat. - «Hele» dagen ble brukt til planlegging og gjennomføre måltid - De fleste hadde matrestriksjoner grunnet ubehag relatert til operasjonen <p>Endring i selvfølelse (selv evaluering før/etter vekttap);</p>
--	--

Kan resultatene brukes i min praksis?

<p>11. Hvor nyttig er funnene fra denne studien?</p>	<p>Ja; Studien kan benyttes som et grunnlag for pasient undervisning, når det gjelder hvordan operasjonen vil påvirke livet deres. Resultatene kan også brukes i utdannelsen til lege- og sykepleiestudenter. Studiet kan øke kvaliteten på behandlingen til gastrisk bypass pasienter.</p>
--	---