



EXAMENSARBETE

Våren 2013

Sektionen för hälsa och samhälle

Folkhälsovetenskap och Pedagogik

”Man blir opererad i magen men det sitter egentligen i huvet”

En kvalitativ studie kring livskvalitet hos magsäcksopererade kvinnor i
viktminskningssyfte

Författare

Diana Welin

Handledare

Ingemar Andersson

Bo Nilsson

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad

15 hp folkhälsovetenskap och 15 hp pedagogik (37 sid.)

Författare: Welin, Diana. (2013). ”Man blir opererad i magen men det sitter egentligen i huvet”

Handledare: Andersson, Ingemar. Nilsson, Bo

Sammanfattning

Bakgrund: Fetma och övervikt leder till följsjukdomar och problematiken med följsjukdomar ökar för varje år. En metod för behandling mot fetma och övervikt som blir allt vanligare är magsäcksoperation som begränsar födointaget.

Syfte: Syftet med studien var att ta reda på hur magsäcksopererade informanter själva resonerar kring sin upplevelse av att hantera sin livskvalitet i relation till magsäcksoperation som metod för viktminskning. Hur får de kunskap att hantera sitt nya liv och hur upplever de att de kan hantera sin nya livsstil?

Metod: Studien var kvalitativ och utgick från semistrukturerad intervju med 5 kvinnor som genomgått magsäcksoperation i syfte att gå ner i vikt. Intervjumaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I intervjuerna framkom det att en operation är den sista utvägen när andra alternativ till viktminskning misslyckats. Att leva med fetma innebär att bli utsatt för stigmatisering och en låg livskvalitet. Den kunskap de opererade behöver för att hantera sin nya livsstil får de inte från hälso- och sjukvården utan den skaffar dem på internet i forum med andra magsäcksopererade.

Konklusion: Livskvaliteten ökar efter en magsäcksoperation men informationen kring hur det nya livet och vad som kan förväntas och eventuella problem som uppkommer läggs på individen själv att skaffa sig kunskap om. En ökad förståelse och samordnade metoder för ett mer hälsofrämjande arbete inom den offentliga vården behöver utvecklas.

Nyckelord: Fetmakirurgi, livskvalitet, viktnergång, hälsa, övervikt, gastric bypass

Dissertation, in partial fulfillment of the requirements for a Bachelor's degree in Health Promotion, Kristianstad University.

Equivalence: 15 ECTS points in Public Health Science and 15 ECTS points in Education (37 p.)

Author: Welin, Diana. (2013). "You get surgery in the stomach but the real problem is in the head"

Supervisor: Andersson, Ingemar. Nilsson, Bo

Abstract

Background: Obesity and overweight leads to complications and problems with secondary diseases is increasing every year. A method for the treatment of obesity and obesity is becoming more common is gastric banding that restricting food intake.

Objective: The aim of the study was to find out how gastric surgery informants themselves reason about their experiences in dealing with their quality of life in relation to gastric banding as a method for weight loss. How to get the knowledge to deal with her new life and how they feel that they can handle their new lifestyle?

Method: The study was qualitative and was based on semi-structured interviews with five women who have undergone stomach surgery to lose weight. The interviews were analyzed using qualitative content analysis.

Results: The interviews revealed that an operation is the last resort when other options for weight loss have failed. Living with obesity means being exposed to stigma and a low quality of life. The knowledge they need to manage their new lifestyle are not from health care, but it provides on the internet in forums with other gastric surgery.

Conclusion: The quality of life improved after a gastric surgery, but information about how the new life and what can be expected and any problems that arise are up to the individual to learn. An increased understanding and coordinated methods needs to be developed for more health promotion work in the public health system.

Keywords: Obesity surgery, life quality, weight loss, health, overweight, gastric bypass

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Abstract.....	3
Förord	6
Bakgrund	7
Litteraturgenomgång	8
Hälsa	8
Livskvalitet	8
Fetma - en välfärdssjukdom.....	9
Metoder för behandling.....	11
Lärandeteorier	12
PBL – problembaserat lärande.....	12
Peer to peer - Sjävlärande	13
Stages of change	14
Motiverande samtal.....	14
Problemprecisering	15
Syfte.....	16
Metod.....	16
Deltagare/Urval	16
Tillvägagångssätt	16
Analys	17
Etiska överväganden.....	19
Resultat	20
Sjävlärda	20
Viktnergång.....	21
Fångad i sin kropp.....	22
Komplex och självkänsla	23
Självinsikt i matvanor	24

Besvär och krämpor	24
Diskussion	25
Viktnergång och matvanor.....	25
Självlärda	26
Besvär och krämpor försvinner.....	28
Behandling och förändringsteori.....	28
Metoddiskussion.....	29
Konklusion.....	30
Referenser.....	31
Bilaga 1.....	34
Informationsbrev	34
Bilaga 2.....	35
Samtyckesblankett	35
Bilaga 3.....	36
Intervjuguide.....	36

Förord

Mitt intresse för människans hälsa och välbefinnande vaknade på allvar när jag själv drabbades av sjukdom för några år sedan och tvingades till en livsstilsförändring för att må bättre. I min yrkesutövning inom läkemedels- och apoteksbranschen möter jag ständigt människor som borde, vill eller behöver hjälp med att genomgå en livsstilsförändring. Att få förståelse för vad som motiverar människor att göra livsstilsförändringar för att få en ökad livskvalitet har gett mig den motivation jag behövt för att genomföra arbetet med den här studien. Det har varit väldigt givande och gett mig nya perspektiv på tillvaron att få träffa och prata med de människor som låtit mig ta del av sina berättelser kring sina upplevelser. Jag känner stor tacksamhet över att ha fått låna en stund av deras liv.

Jag vill tacka min närmaste omgivning, speciellt mina barn, för overseende med min mentala frånvaro under arbetets gång och även er som lyssnat när mina tankar och resonemang vridit och vänt sig på alla möjliga och omöjliga håll. Ett extra märke vill jag ge mina hundar som funnits som ständigt sällskap och tvingat ut mig i alla väder på promenader som gett mig ny energi.

Ett stort tack till Ingemar Andersson för förståelse, uppmuntran, kloka ord och enormt tålamod när jag haft det motigt. Tack Bo Nilsson, speciellt för sången på min födelsedag!

Sösåala 130502

Diana Welin

Bakgrund

Fetma och övervikt är en av orsakerna till de vanligaste folksjukdomarna i Sverige.

Risikfaktorerna för att drabbas av fetma eller övervikt är framför allt fysisk inaktivitet och för högt kaloriintag. Födoämnen finns lättillgängliga dygnet runt och människan har skapat sig en stillasittande livsstil med allt fler hjälpmedel i vardagen och arbetslivet, vilket gör att vi inte förbrukar så mycket energi som vi äter. På offentliga platser finns rulltrappor och hissar som är för rörelsehindrade men som allmänheten också använder. Mat och andra varor från livsmedelsbutiker kan man få hemkörda till bostaden och bilen är ett vanligt transportmedel även korta sträckor. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2010) är andelen med fetma högst hos lågutbildade, arbetslösa, utlandsfödda och långtidssjukskrivna även om övervikten ökar bland hela befolkningen. Av Sveriges befolkning är 13 % feta och 35 % är överviktiga. Goda matvanor och fysisk aktivitet, som är en bra förebyggande åtgärd för övervikt och fetma, leder i sin tur till att andra sjukdomstillstånd som till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, sjukdomar i rörelseapparaten och vissa sorters cancer minskar. Det är endast 10 % av befolkningen som äter de av Livsmedelsverkets rekommenderade 500 gr frukt och grönsaker per dag (Statens folkhälsoinstitut, 2010). I en proposition från 2008 satte regeringen upp 11 målområden som ingår i det övergripande folkhälsomålet som är; att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Tre av målområdena berör fetma och övervikt som hälsoproblem. Målområde 6 står för en Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, målområde 9 för Fysisk aktivitet och nummer 10 för Goda matvanor och säkra livsmedel.

Svensken har sedan 80-talet ökat medelvikten med 5 kilo och att drygt hälften av alla män och fyra av tio kvinnor är överviktiga eller feta. Gruppen feta som har body mass index (BMI) på minst 30 har ökat från 5 till 11 procent sedan 1988/89 (Hagman och Samuelsson, 2012).

Övervikt och fetma är en av de vanligaste orsakerna bakom flera av folksjukdomarna i Sverige och 2002 beräknade Statens beredning för medicinsk teknologi (SBU) att fetman står för 2 % av den totala sjukvårdskostnaden i Sverige, vilket då motsvarade tre miljarder kronor om året (SBU, 2002). De indirekta kostnaderna såsom sjukskrivningar, förtidspension eller produktionsbortfall är inte medräknade.

Det finns många metoder för att bota fetma och övervikt. Offentliga hälso- och sjukvården rekommenderar livsstilsförändringar, ökad fysisk aktivitet och kostomläggning medan olika media, exempelvis veckotidningar och kvällstidningar gärna förespråkar dieter och tillfälliga snabblösningar. Ur ett folkhälsofrämjande perspektiv är det viktigt att förebygga övervikt då det är en stor ekonomisk kostnad inom hälso- och sjukvården på grund av de många följsjukdomar som uppstår. Fetma är ofta ett stort lidande för den enskilde individen i form av den stigmatisering de kan uppleva från omgivningen och av en försämrad livskvalitet. SBU:s kartläggning (2002) visade att operation av magsäcken, bland annat gastric bypass, är den metod som ger längst effekt av viktminskningen.

År 1967 gjordes den första magsäcksoperationen som en metod för att lindra magsår. Det som upptäcktes då var att patienterna, som en biverkan, tappade aptiten och gick ner i vikt.

Metoden utvecklades senare till att hjälpa gravt överviktiga till en viktnergång som gav dem ett rörligare liv. En av biverkningarna var då, som nu, att näringstillförseln blev otillräcklig och tillskott av vitaminer och mineraler blev nödvändigt. Det är främst järn, vitamin B12, kalcium och vitamin A, D och E som behöver tillföras (Mathias, Holi, Ronald, DeGaulle, 1998).

I sociala medier, bloggar och forum på internet går det att läsa om både de som har fått ”ett nytt liv” efter operationen men även om de som drabbats av svåra komplikationer och ständiga biverkningar efteråt. De vanligaste biverkningarna efter en operation är tarmvred, gallsten, lågt blodsocker, nervskador som droppfot, svampangrepp och skav på överskottshuden och vitaminbrist. Många mår också dåligt psykiskt över sin hud som blir överflödiga och slappa och känner inte igen sig själva (SBU, 2002). Om operationerna kommer att öka i den takt de gör idag kommer antalet individer med komplikationer att öka och det blir en utmaning för samhället att ta hand om. Även de med få eller inga komplikationer är i behov av stöd och kunskap för att kunna nyttja sina nya liv fullt ut. Att studera hur individen själv upplever beslutet till operation och sin eventuella förändrade livskvalitet sett fysiologiskt och psykologiskt är det främsta syftet med den här studien.

Litteraturgenomgång

Hälsa

I vår nutid ses hälsa som ett kontinuum och hälsan är föränderlig över tid och situation. Hälsan kan ses ur ett salutogent perspektiv då fokus finns på de friska i motsats till det patogena perspektivet som syftar på de sjuka. Hälsa är inte bara avsaknad av sjukdom utan även en resurs i vardagen för att kunna nå de mål i livet som individen vill (Andersson, Ejlertsson, 2009; WHO, 2013). Hälsa som begrepp kan relateras till fysisk, psykisk och social hälsa där alla tre delarna är lika viktiga. De behöver inte vara uppfyllda till en maxnivå hela tiden samtidigt för att uppnå hälsa. Den fysiska hälsan kan både innebära att minimera sjukdom och att ha en fysisk rörlighet som räcker till att förverkliga mål i livet. Den psykiska hälsan kan innefatta att ha ett tillfredsställande känsloliv och den sociala hälsan innebär ett socialt liv med tillräcklig intellektuell stimulans (Andersson, Ejlertsson, 2009). Fetma och övervikt är ett hot mot hälsan då den skapar ett utanförskap, både i arbetslivet och på fritiden och hämmar aktiviteter i vardagen (Myers, Rosens, 1999).

Livskvalitet

Att genomgå en magsäckoperation innebär en livsstilsförändring som är permanent. Detta påverkar i sin tur livskvaliteten. Vad som är livskvalitet kan vara svårt att definiera men går att förstås som en värdering av olika tillstånd i den fysiska, psykiska och sociala hälsan hos en individ. Hälsa kan ses som en stor del av livskvaliteten men begreppet innefattar fler faktorer än endast avsaknad av sjukdom eller motpoler till dålig livskvalitet. Vad som avgör om en individ har en bra livskvalitet försöker vetenskapen mäta genom olika frågeformulär och skalor men det är svårt att avgöra om det är vetenskapen eller individen som ska bestämma vilka faktorer som ska ingå (Ejlertsson, 2009). Livskvalitet som begrepp kan ses som en funktionell status eller ett subjektivt välbefinnande. Det skulle enkelt kunna beskrivas som att

”må bra”, men en individ kan ha en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning och ändå skatta sin livskvalitet högt eller vara friskförklarad från medicinska åkommor och ändå inte ha en hög livskvalitet. Inom forskningen har det tagits fram formulär för att mäta livskvalitet och dem fångar upp upplevelsen av miljön runt omkring individen men även upplevelsen av det inre känsloliv. Livskvalitet kan ses som tillfredsställelse av livet i stort och en upplevelse av att ha resurser som behövs för att uppnå de mål individen satt upp (Muldoon, Barger, Flory, Manuck, 1998).

Uppföljningar på magsäcksopererades livskvalitet före och efter operationen visar på skillnader i mående. Till exempel led 41 % av de som var drabbade av fetma också av depression men den siffran sjönk till 20 % ett år efter operationen. Studien visar också på en minskning av medicinering för fetmarelaterade sjukdomstillstånd, som högt blodtryck, diabetes och förhöjda kolesterolvärden. För livskvalitetmätningen användes SF-36, en poängskala som innehåller 31 punkter där patienten värderar olika tillstånd, till exempel fysisk funktion, självkänsla, sexliv och arbete. Skalan är ett av de vanligaste mätinstrumenten för att mäta livskvalitet med i vetenskapliga studier (Sears, Fillmore, Bui, Rodriguez, 2008). Oavsett om viktnergången beror på magsäcksoperation eller livsstilsförändring förändrar den självkänsla och självbild hos individen till det positiva så länge den nya vikten bibehålls. Individerna beskriver viktnergången som en stor frihet. De kan äntligen gå i trappor, åka till affären och handla själva, städa och utföra vardagliga sysslor utan den enorma ansträngning de upplevt innan viktnergången (Ogden, Clementi, 2010). De största förändringarna i livskvalitet efter en viktnergång ses i det psykosociala måendet. Ångestsyndrom minskar kraftigt de första fyra åren efter en magsäcksoperation men efter 10 år är ångestsyndrom lika vanligt som hos icke-opererade. Däremot fanns en förbättring när det gällde depression, även på lång sikt. Studien är gjord i ett 10 års-perspektiv och belyser svårigheter med att göra jämförelsestudier mellan före detta feta och deras livskvalitet som normalviktiga och de som alltid varit normalviktiga. Det beror på att normalviktiga aldrig upplevt hur det är att vara fet eller överviktig och därmed aldrig haft den livskvalitetsnedsättning som feta/överviktiga upplevt. Den jämförelsen kan ha relevans i ett längre perspektiv då några av livskvalitetsmåten kan förändras oavsett övervikt eller normalvikt. Den största skillnaden i måendet finns sex år efter operationen, sedan börjar måendet bli sämre igen. I en kontrollgrupp som hade tappat vikt genom konventionella viktnergångsmetoder var de efter tio år tillbaka där de startade i måendet och hade dessutom lagt på sig lite till i vikt än vad de vägrade från början (Taft, Rydén, Sjöström, Sullivan, Karlsson, 2007).

Fetma - en välfärdssjukdom

I allmänhet talar man gärna om fetma som en välfärdssjukdom som om fetma beror på att människan i i-länder har det för bra. Begreppet välfärd kan definieras på många olika sätt. En ensamstående kvinna med barn och låg utbildning i Sverige har det väsentligt bättre ekonomiskt och materiellt än en kvinna på den afrikanska landsbygden. Men jämförs den svenska kvinnan med en man i det övre samhällskiktet i Sverige finns också en stor skillnad. De flesta undersökningar mellan sambandet mellan fetma och socioekonomisk status som granskats i den här studien har utförts i i-länder i Europa och USA. Människor med låg inkomst och låg utbildning i Sverige tenderar att köpa mer snabbmat och livsmedel med lågt

näringsinnehåll. De använder en inkomstökning till ökade inköp av kaloririka livsmedel medan människor med redan hög inkomst tenderar att använda höjd inkomst till mer hälsofrämjande aktiviteter för att undvika en viktuppgång (Persson och Ödegaard, 2011). En förklaring kan vara utvecklingen kring hälsopromotion och hälsokonsumtion. Hälsa har blivit kommersiellt och kan ses som en tjänst eller vara som säljs. Då är det de svaga ekonomiska grupperna som blir utanför. De socioekonomiskt svaga har inte resurser att köpa hälsosam livsstil eller hälsosam mat (Korp, 2004). Fetma/övervikt förekommer oftare i socioekonomiskt svaga grupper med låg utbildningsgrad. De största riskfaktorerna mellan övervikt och en låg socioekonomisk status är fysisk inaktivitet och högt alkoholintag. Även ett samband mellan rökning och lågt intag av fiberrik mat har kunnat påvisas (Molarius, 2003; Baum, Ruhm, 2007). Inkomsten och utbildningen är inte den enda faktorn som spelar roll för förekomsten av fetma, även Bourdieus begrepp ”habitus”, har stor relevans. I ett socialt sammanhang som innefattar stil, utseende och beteende blir kroppen en metafor för personens status. Någons sociala kapital kan vara en lika stor del i statusen som ekonomiskt eller materiellt kapital. En smal och tränad kropp värderas högre i den sociala hierarkin och det gör också att arbetsplatser med medarbetare med högre socioekonomisk status oftare har tillgång till aktiviteter som främjar fysisk aktivitet i anslutning till arbetsplatsen. Ur ett hälsofrämjande perspektiv kan detta ses som positivt men det kan också öka klasskillnader och främja stigmatiseringen av dem som inte är intresserade av att hålla sin kropp i form och de som är överviktiga eller feta (Maclaren, 2007; Broady, 1988)

Definition av övervikt och fetma

Fetma och övervikt identifieras genom en mätning av ett bodymass index (BMI) som räknas fram genom kroppsvikt i kilogram dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat enligt formeln:

$$\frac{\text{vikt i kg}}{(\text{längd i m})^2}$$

BMI mellan 25 och 30 räknas som övervikt och över 30 som fetma. 35-40 räknas som grav fetma. BMI på 30 motsvarar till exempel en vikt på 87 kg för den som är 170 cm lång. Då finns en stor ökad risk för följsjukdomar orsakade av fetma. BMI som mått tar inte hänsyn till muskelmassa vilket gör att personer som är muskulöst byggda kan ha ett högt BMI utan ökad risk för följsjukdomar av fetma/övervikt. Midjemåttet går också att använda som en indikator för ökad risk för följsjukdomar av fetma och övervikt. För män ligger gränsvärdet på ett midjemått över 94 cm och för kvinnor på 80 cm (SBU, 2002).

Stigmatisering

Att leva som fet i ett samhälle anpassat för normalviktiga kan vara väldigt komplext. Stigmatiseringen som feta blir utsatta för genom blickar och kommentarer påverkar självkänslan och inställningen till kroppen. Ogden och Clementis (2010) kvalitativa studie kring fetas upplevelser av stigmatiseringen visar på att den inte enbart behöver påverka negativt. Om en stark självkänsla finns och en samtidig stöttning förekommer kan en viss del av stigmatiseringen vara positiv och leda till en förändring och ge motivation för

viktminskning på egen hand. Detta är beroende på vilken social kontext stigmatiseringen förekommer i. Upplevelser i barndomen har betydelse för hur stigmatiseringen påverkar i vuxen ålder. Är fetman kulturellt betingad genom att mat och ätande varit en stor del av sociala sammanhang i uppväxten kan ett visst mått stigmatisering leda till förändring och hjälpa till för att genomföra en viktminskning. Har däremot mat används för att förändra känslor, till exempel att mat har använts som tröst, kan stigmatiseringen tvärtom leda till ökat ätande och därmed förvärra viktproblemen (Ogden, Clementi, 2010). Det är fortfarande kvinnan som har det största ansvaret för inköp och beredning av livsmedel i hemmet, vilket i sin tur kan leda till att kvinnan i en relation även får ta konsekvenserna av partners kroppsstorlek och bli skuldbelagd för partners vikt. Fetman är inte enbart den enskilde individens problem, utan den drabbar indirekt även den övriga familjen (Maclaren, 2007). Det visar på det komplexa med bakomliggande faktorer av fetman och att hitta metoder som är framgångsrika för en långsiktig och bevarad viktnergång.

Metoder för behandling

Inom hälso- och sjukvården finns olika sätt att hjälpa personer som drabbas av fetma och dess följsjukdomar. Det kan vara kostrådgivning, beteendeterapi, läkemedel, fysisk aktivitet på recept och magsäcksoperationer. Kostrådgivning ges bland annat på vårdcentraler av dietister och det kan ske både enskilt och i grupp. Fysisk aktivitet på recept fås också genom vårdcentralen och då hänvisas patienten till en form av aktivitet som bestäms gemensamt utifrån de förutsättningar som finns (Socialstyrelsen, 2003). För en framgångsrik behandling krävs det att fetma ses som en kronisk sjukdom som bör behandlas livet ut. Det finns många svårigheter och hinder som behöver identifieras och synliggöras och övervinnas innan effekt i form av viktnergång nås och vikten hålls i ett längre tidsperspektiv. Fetman ska accepteras som ett sjukdomstillstånd och personal som arbetar med viktreducering bör göra olika bedömningar innan behandlingen påbörjas för att insatserna ska kunna riktas och utgå efter varje enskild individs behov. Faktorer som behöver identifieras kan vara psykisk hälsostatus, sömnvanor, smärttillstånd, medicinering och grad av fysisk aktivitet. Att vara fet är ofta förknippat med smärta vilket måste tas hänsyn till i behandlingsmetoder där fysisk aktivitet är inblandad. Den socioekonomiska statusen bör också bedömas då den påverkar både kost och motionsvanor. Det sociala samspelet och tillhörigheten i till exempel familjen eller på arbetsplatsen kan utgöra ett hinder för förändringar i livsstilen. Det kan vara svårt att plötsligt börja tacka nej till middagsbjudningar och firmafester utan att bli utesluten eller ifrågasatt (Mauro, Taylor, Wharton, Sharma, 2008).

Den metod som visat sig ha mest långvarig effekt för viktnergång är magsäcksoperation. Den operationsmetod som kallas för gastric bypass är den som visat sig ha minst komplikationer och bieffekter. Vid operationen kopplas matpassagen förbi magsäcken och direkt på tunntarmen. Tunntarmen gör man sedan en ny liten magsäck av (SBU, 2002). De nationella riktlinjerna för att få en operation idag som Socialstyrelsen (2009) tagit fram är att patienten ska ha BMI på minst 40. Men också BMI mellan 30 och 39 kan godkännas om individen samtidigt är drabbad av följsjukdomar som till exempel diabetes, ledbesvär eller hjärt- och kärlsjukdomar. Detta motsvarar en vikt på 100 kg om du är 180 cm lång. Det är också möjligt

att själv bekosta en operation och då kan man få den genomförd utan att ha följsjukdomar. Den kostar 110 000 kr inklusive eftervård och kontroller under två år (Aleris,2013).

Antalet operationer har ökat från 700 år 2002 till 7200 år 2010. Ökningen av operationer beror till viss del på resultatet i SBU:s rapport 2002 som visar att operation är en av de evidensbaserade behandlingar som ger bäst resultat på lång sikt (Ottosson, Näslund, 2011). Även samhällsekonomiskt finns det en vinst med operationerna vilket har gjort att resurserna inom hälso- och sjukvården har ökat när det gäller operation som behandling. Patienter med BMI över 40 kostar dubbelt så mycket i vårdkostnader per år som en normalviktig. Vårdtiden för feta/överviktiga är också mycket längre än för normalviktiga vilket resulterar i kostsammare vård för feta/överviktiga. Magsäcksopererade har samma kostnadsnivå som en normalviktig när normalvikt nåtts. (Persson, Ödegaard, 2011).

Uppföljning

Scandinavian Obesity Surgery Registry, SOReg, är ett register som dokumenterar och för statistik över operationsmetoder, biverkningar, komplikationer och resultat. Det är i nuläget endast operationer på svenska kliniker som registreras men ett samarbete med Norge har påbörjats. Patienterna registreras innan operation, vid operation, 6 veckor, 1, 2 och 5 år efter operation. Syftet med registret är att det ska kunna användas i forskning och det innehåller i dagsläget statistik från 18 000 operationer. Detta register gör vetenskapliga utvärderingar som även inkluderar patientens förändrade livskvalitet efter operation. Registret har haft stora problem med registrering från opererande kliniker men har i januari 2013 inrapporterat från 98 % av dem. Fetmabehandlingen är multidisciplinär inom vården och omfattar flera olika enheter, till exempel dietister, pediatrik, primärvård och psykologer och det är på väldigt få ställen i Sverige som samverkan mellan de olika enheterna genomförs med lyckat resultat (Ottosson, Näslund, 2011; Soreg, 2013).

Lärandeteorier

Olika lärandeteorier kan förklara hur lärandemiljöer för de som ska genomgå eller har genomgått en magsäcksoperation skapas. Egidius (1999) skriver om tre komponenter som behövs i en lärandesituation; lärande miljö, elever och lärare. Att genomgå en operation innebär en stor förändring i beteendet för individen och ett nytt sätt att leva på behöver läras in. Nedan följer teorier som är applicerbara för att få en förståelse för vad som sker i lärandesituationerna för dem.

PBL – problembaserat lärande

Hälsokommunikationen har en historia som sträcker sig flera hundra år bakåt i tiden. Då handlade preventionen mest om information i form av böcker som läkare skrev som syftade till att bevara hälsan hos landets invånare. Möjligheterna att bota redan sjuka var mycket begränsade. Hälsoupplýsningen, som det kallades förr, hade sina glansdagar i vår tid på 1970-talet då det främst handlade om antirök-kampanjer som de olika landstingen stod bakom (Jarlbro, 1999). Senare förändrades synen på information och begreppet hälsofrämjande

miljöer som jämfördes med pedagogikens lärande miljöer. De båda miljöerna visar många likheter och en hälsofrämjande miljö är lärande liksom en lärande miljö är hälsofrämjande. Folkhälsoarbetet bör sättas in i sociala kontexter där verktyg skapas för att ge människan resurser som gör det möjligt att förstå och utföra handlingar som är hälsofrämjande. Människor lär sig av att samspela och kommunicera i kollektiva verksamheter där kunskapen blir en kollektiv tillgång (Olsson, 2009). Dewey (1985) myntade begreppet "Learning by doing" och förklarade sin teori om lärande att elever inte lär sig speciellt mycket om de inte aktivt experimenterar med de fenomen som de önskar en ökad kunskap kring. Deweys metod kring lärandet att experimentera lärde eleverna att teoretiskt tänka genom lösningar på uppgifter och sedan utföra problemlösningen praktiskt för att pröva hypotesens trovärdighet. Det utvecklades till ett problembaserat lärande (PBL). PBL är en effektiv metod för en grupp att dra nytta av varandras kunskaper och även ett sätt att utveckla kunskapen som finns hos varje individ och sprida den vidare. Detta uppmuntrar till att reflektera över resultaten som framkommer genom flera olika lösningar på samma problem (Egidius, 1999). I lärandesituationen som uppstår utvecklas goda tankevanor som leder till ökad handlingskraft och självkänedom. Tänkandet är själva metoden för intelligent lärande och kan inte särskiljas ifrån erfarenheten (Dewey, 1985).

Peer to peer - Sjävlärande

I den mediala utveckling med internet som en stor uppslagsbok är lärandet i ständig förändring och det gäller för elever att kunna sortera innehållet. Om inläringen är baserad till den egna verkligheten används arbetsätt som sedan kan överföras till verkliga livet. Faktasökning inom den digitala världen kan ge bra fördjupning för att förstå sammanhang, omgivningen och samhällets konstruktion och det gör kunskapen användbar (Bolander, 1998). Samtidigt kräver det internetbaserade lärandet en stark motivation och ett stort intresse för ämnet hos eleverna då det krävs disciplin för att verkligen engagera sig i lärandet som ofta sker i hemmiljö när det är internetbaserat (Illeris, 2007). En ganska ny form av lärande som benämns peer to peer har Blomqvist (2006) skrivit om. Digitaliseringens utveckling har gått fort och med den uppstår nya användningsområden, inte minst i utbildningsområdet. Datorn har gjort det möjligt för universitet och andra lärosäte att införa distansundervisning över internet. Det lärarcentrerade traditionella undervisningssättet behöver omstruktureras. Inte för att läraren blir överflödig utan för att lärarens roll i peer learning är annorlunda än i klassrumsundervisning. Lärarens roll blir att ge möjligheterna till lärandet hos elever genom att se till att det skapas dialoger mellan dem. I peer learning är det viktigt med reflektion hos den enskilde eleven och viktigt att läraren ser till att det finns material för att underlätta för eleverna att göra detta (Blomqvist, 2006). En person kan inte lära någon annan något, men en lärare kan skapa förutsättningar kring lärandet och utmana elevens tänkande och på så sätt få dem att lägga sitt kunskaps pussel för att se samband (Kullberg, 2004). Det är detta som sker i en peer-to-peer learning- situation vilket visas i forum för magsäcksopererade där de utifrån varandras erfarenheter och sammanlagda kunskap kan lägga sina egna kunskaps pussel kring sin egen hälsa i situationen som opererad.

Stages of change

Stages of change är en psykologisk förändringsteori med fem olika faser som grundades av Prochaska och DiClemente, (1992). Teorin är bland annat användbar för att bryta beroendeframkallande beteenden men kan även användas för övrig livsstilsförändring som till exempel viktnergång.

I första fasen som kallas för **före begrundan**, har personen inte alltid upptäckt eller tänkt på sitt problem som ett problem. Personen vet att hen är överviktig men har inte reflekterat över det. När personen blivit medveten om sitt problem, själv eller med hjälp av omgivningen, påbörjas fas två; **begrundan**. Personen får en insikt i att övervikten har gett hälsoeffekter eller kommer att ge det. Insikten kan komma självmant eller efter till exempel ett läkarbesök. Steget emellan handlar om att börja reflektera kring problemet och finna insikt i tillståndet. Det kan för personen vara en lättnad men också en stor sorg eller skam och det finns risk för återfall till före-begrundan-tillståndet som ett skydd mot en obehaglig insikt. Det är även i denna fas som tankar kring en möjlighet till förändring kommer till stånd men också här som ambivalensen kommer fram om en förändring ska ske eller inte. Personen väger för- och nackdelar mot varandra. I nästa fas, **besluts- och förberedelsefasen**, sammanställs alternativ och fokus hamnar mer på olika lösningar än på själva problemet. Den här fasen är ett viktigt avstamp i den fortsatta processen. Det är i denna fas beslutet till förändring kommer till stånd och de olika alternativen för förändring vägs mot varandra. Fjärde fasen är **handlingsfasen** där motivationen och beslutet ska leda till förändring. Här bestämmer sig den överviktiga för hur hen ska gå till väga med sin viktminskning. Vilken metod som är lämplig och genomförbar. När ett mönster i ett nytt beteende eller ny kunskap börjar visas är det viktigt att hålla kvar motivationen och ibland behövs en överinlärning av de nya processerna. I den sista fasen, **stabiliserings- och upprätthållande-fasen** ska de nya rutinerna byggas in i vardagen och automatiseras. Det nya ska bli en vana och det gamla ska suddas ut (Barth, Näslund, 2006).

Motiverande samtal

För att få hjälp genom de olika stegen i Stages of Change kan samtalsmetoden Motivational Interviewing, MI, även kallad motiverande samtal på svenska, vara till hjälp. Om Stages of Change beskriver *hur* något ska ske så kan MI svara på *om* och *varför* en förändring ska genomföras. MI är en klientcentrerad samtalsmetod som utgår ifrån människans autonomi och går ut på att lyssna och hjälpa klienten att hitta sin egen motivation för förändring. Metoden fungerar genom att förändringsarbetet bedrivs med en reflekterande distans till problemet. Det är alltid klientens upplevelser och tankar som styr samtalet och klienten är också experten. Samtalsledarens uppgift är att skapa en atmosfär som får klienten att reflektera över sina tankar och funderingar kring den förändring som eventuellt behöver göras. Klienten måste själv vara redo för förändring och ha fört resonemang med sig själv för att förstå vilka prioriteringar som ska till för att eventuellt nya tankebanor ska bli konstruktiva lösningar. Samtalet har fem faser:

- Kontakt och relationsskapande fas där ett förtroende mellan klienten och samtalsledaren skapas.

- Neutralt utforskande fas där problemet kartläggs och utgångsläget identifieras
- Perspektivutvidgande fas där olika perspektiv på problemet vägs in och ambivalens, diskrepans och motstånd problematiseras
- Motivationsbyggande fas där samtalsledaren fokuserar på klientens egen motivation för förändring genom att se framåt
- Besluts- och förpliktelsefas där beslut till förändring stärks och klienten görs medveten om sitt beslut

En person som söker professionell hjälp kan ha känslor av skam och en försämrad självkänsla över att inte kunna reda ut sina problem eller förändra sin situation på egen hand (Bath, Näslund, 2006).

Den som är drabbad av övervikt/fetma och som bestämmer sig för att gå ner i vikt eller att genomgå en operation går igenom de olika faserna i Stages of Change även om processen inte alltid följer de givna stegen i den ordningen. Ambivalens och återfall är vanliga i en viktnergångsperiod med hjälp av kostomläggning eller ökad fysisk aktivitet. Det krävs väldigt lite yttre påverkan för att de nya rutinerna ska ruckas och det kan räcka med att bli ifrågasatt av sin närmsta omgivning kring sina nya vanor för att personen återfaller i gamla vanor (Mauro, Taylor, Wharton, Sharma, 2007). MI kan hjälpa till att reflektera över nya vanor och ge en motivation till att fortsätta trots motstånd. En operation omöjliggör i de flesta fall återfall i de gamla matvanorna genom fysiskt illamående vid fel kost eller för stor mängd mat på en och samma gång.

Problemprecisering

Fetman är orsak till många folksjukdomar i Sverige. Regeringens proposition från 2008 om en förnyad folkhälsopolitik beskriver i olika målområden hur det hälsofrämjande arbetet i ett förebyggande folkhälsoarbete ska betonas och kommuner och landsting har en nyckelroll i folkhälsoarbetet kring fetmaproblematiken. Målområde 6 som handlar om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård och innefattar att upplysa befolkningen om metoder för att förebygga sjukdom. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård ska arbeta med att förbättra hela befolkningens hälsotillstånd med prioriterade insatser som ger störst hälsovinst (Statens folkhälsoinstitut, 2013). Resurserna till magsäcksoperationer ökas för varje år. Ökar takten med 3000 operationer om året som de gjort de senaste åren finns det om tio år 250 000 magsäcksopererade individer i Sverige. Det motsvarar 2,8 % av befolkningens mängd. Den fysiska och psykiska hälsan ökar efter en operation och livskvaliteten förbättras men resultaten kommer oftast från kvantitativa studier där individens upplevelse kring sin livskvalitet går förlorad. Studien är viktig för att belysa vilka problem och svårigheter, men även lösningar och positiva upplevelser, som finns hos de opererade. Den tar också reda på var insatserna från hälso- och sjukvården för hjälp och stöd i en viktminskningsperiod behöver förstärkas. För att gå ner i vikt behövs en beteendeförändring hos den fetmadrabbade och även om en magsäcksoperation medför en viktminskning fysiskt så är den endast ett verktyg. Manualen till verktyget behöver bli samordnat och empirisk för att den som genomgår en operation ska kunna lära sig hur de ska hantera och förändra sitt nya leverne för

att få ut en ökad livskvalitet efter sitt beslut. På samhällsnivå är det viktigt att en kontinuerlig genomgång av vilka metoder som används vid viktnergång sker för att stävja fetmaepidemin och hjälpa de drabbade på bästa sätt att ta hand om sin hälsa. I dagsläget erbjuds operation som metod men finns det empirisk kunskap om hur de opererade ska lära sig att leva ett liv som opererad och kunna öka livskvaliteten?

Syfte

Syftet med studien var att ta reda på hur magsäcksopererade informanter resonerar kring sin upplevelse av att hantera sin livskvalitet i relation till magsäcksoperation som metod för viktnedgång.

Hur lär de sig och hur upplever de att de kan hantera sin nya livsstil?

Metod

Studien är kvalitativ och baserad på intervjuer som spelats in och transkriberats. Den kvalitativa studien ska spegla upplevelser från tiden före och efter en magsäcksoperation i syfte att gå ner i vikt och hur livskvaliteten förändras efter operationen. Texten har analyserats efter kvalitativ innehållsanalys. Individuella intervjuer i direktkontakt med fyra personer och en över telefon efter en semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 3) genomfördes (Kvale, Brinkmann, 2009). Informanterna valde själva var intervjun skulle äga rum.

Deltagare/Urval

Informanterna i studien var magsäcksopererade kvinnor, opererade med metoden gastric bypass. De skulle ha levt en vardag som opererad över ett år för att inkluderas. Exkludering av informanter skedde när det stod i valet mellan två och då blev det den person som varit opererad kortast tid. Samtliga medverkande var kvinnor i åldern 30-62 år. De hade levt som opererade mellan ett och tre år. De levde i olika familjekonstellationer och bodde både i små byar och i större samhälle i södra Sverige.

Tillvägagångssätt

Ett informationsbrev (Bilaga 1) med presentation av författarens utbildning och studiens syfte i korthet skickades ut på sociala medier på internet, där de som var villiga att medverka fick lämna intresse. Medierna var en facebookgrupp för magsäcksopererade och en internetsida med ett forum för personer som vill, ska genomgå eller har genomgått operation. De som ville medverka skickade ett personligt meddelande till författaren och ingen annan i gruppen eller forumet såg att förfrågan var besvarad. Att leta informanter över internet och inte gå genom sjukvården är ett medvetet val då det förmodligen skulle vara omöjligt att komma i kontakt med patienter genom vården då deras sekretesslagstiftning begränsar utlämning av kontaktuppgifter. Det provades aldrig eftersom responsen på de sociala medierna var positiv.

Individuella djupintervjuer genomfördes och den semistrukturerade intervjuguiden (Bilaga 3) följdes men följdfrågor lades till för att få ett större djup i svaren. Som exempel på frågan ”Vilka har visat sig vara sanna?” följdes av ”På vilket sätt har det visat sig?” En samtyckesblankett lämnades till informanterna som de skrev under (Bilaga 2). I telefonintervjun lästes samtyckesblanketten upp för informanten och godkändes muntligt. Intervjuerna gjordes efter en semistrukturerad intervjuguide (Kvale och Brinkmann, 2009). Under intervjuernas gång kontrollerades att frågorna från intervjuguiden svarades på. Även följdfrågor som inte ingick i intervjuguiden ställdes när författaren hade anledning att tro det kunde finnas underliggande information i det som informanten berättade. Informanterna bestämde själva var de ville att intervjuerna skulle äga rum. Några ville träffas på café, medan andra föredrog att träffas i hemmet. Intervjuerna tog mellan 55 minuter och 3 timmar. En provintervju genomfördes och är inkluderad i resultatet då den inte skiljde sig från övriga intervjuer innehållsmässigt.

Den metodologiska ansatsen var induktiv då de transkriberade intervjuerna analyserades förutsättningslöst från berättelserna om upplevelser kring livskvaliteten före och efter operationen (Lundman, Graneheim, 2008).

Analys

Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter och är applicerbar på olika texter inom samma område. Tolkningen av texter kan ske på olika nivåer och det gör metoden användbar, även om det i kondenseringen av meningsenheterna är viktigt att de behåller sin ursprungliga betydelse och inte separeras från kontexten. När en meningsenhet abstraheras lyfts den till en högre logisk nivå och kan på så sätt bindas samman med olika tankar om samma sak (Lundman, Hällgren Graneheim, 2008)

Meningsenheter identifierades ur fem analysenheter på mellan 7 och 12 sidor transkriberad text vardera. Texten lästes igenom flera gånger för en ökad förståelse för den underliggande meningen och därefter markerades meningsenheterna med färg så att de gick att skilja ur från texten. De markerade meningarna klipptes sedan ut och kategoriserades i domäner som svarade mot syftet. Allt eftersom analysprocessen fortskred kondenserades och abstraherades meningsenheterna och fick koder som placerades under lämplig kategori utifrån kontexten som de plockats från. Dessa slogs sedan ihop och bildade teman som blev rubriker i resultatdelen.

Exempel på analys:

Livskvalitet

Kondenserade meningsenheter	Kod	Kategori
..att våga..	Psykiska positiva förändringar efter operationen	Livskvalitet efter operation
..finns inga begränsningar..		
..orka ta konflikter..		
..handla vanliga kläder..		
..gå ut och träffa folk..		
..så pigg och glad..		
..fått en andra chans..		
..vågar söka jobb..		
..smärtan är borta..	Fysiska positiva förändringar efter operationen	
..orka jobba till pensionen..		
..att orka leka med barnen..		
..allt är så enkelt..		
..gå raska promenader..		
..jag har börjat rida..		
..förlängt mitt liv med flera år..		

Etiska överväganden

I all forskning finns det etiska överväganden som behöver göras innan studien genomförs. Ett informerat samtycke behövs för att informera informanterna om vad medverkan innebär, att de deltar frivilligt och kan avsluta sin medverkan när de önskar utan att uppge orsak.

Konfidentialitetskravet innebär att det inte ska vara möjligt att identifiera någon av deltagarna genom det innehåll eller resultat som presenteras i studien. Utgångsläget ska alltid vara från principen att alltid göra gott. Skadan får aldrig vara större än nyttan. Forskarens roll i studien är att göra kloka val där etik och vetenskap inte kolliderar. Resultaten ska representera och svara mot forskningsområdet. Metoder ska beskrivas och kunna valideras (Kvale, Brinkmann, 2009). I informationen som lades ut på sociala medier och forum framgick det att medverkan var helt frivillig och när som helst kunde avbrytas utan att informanten behövde uppge någon orsak. Eftersom deltagarna själva uppmanades att ta kontakt om de ville medverka ansåg författaren risken som eliminerad att någon kan känna sig tvingad. Inga namn eller andra uppgifter publiceras i studien. Kontaktuppgifter till informanterna sparades under arbetets gång i ett eget dokument på säker plats. Vid utskrifterna skedde en kodning av namnet som istället blev till ett nummer. Kodningen finns på ett separat dokument som kommer att destrueras när studien är slutförd. Referenser till facebookgrupper och forum på internet har medvetet uteslutits med tanke på konfidentialitetskravet.

På samhällsnivå är fetma ett socioekonomiskt problem och en redan svag grupp skulle kunna känna utsatthet. Det är vanligare att låginkomsttagare och personer med kort utbildning är feta. Risken finns att kulturen här i västvärlden ser anklagande på feta och att övervikten upplevs som skamlig och självförvållad vilket skulle kunna leda till svårigheter att hitta informanter som kunde tänka sig att medverka. Detta visade sig inte vara några problem med att hitta frivilliga medverkande. Vetenskapsrådets etiska riktlinjer för forskning pekar på vikten av en jämställd forskning som både innefattar män och kvinnor (Codex, 2013). I den här studien medverkar endast kvinnor. Det beror bland annat på att det endast var kvinnor som svarade på förfrågan om att medverka men det kan också bero att det är fler kvinnor som operationen genomförs på.

I en intervju kan frågor ibland väcka känslor och insikter hos informanten som inte kunnat förutses. Det kunde finnas en risk att intervjun tenderade att bli ett terapisaftal, speciellt om informanten inte hade pratat om operationen med någon förut och satt ord på känslor och tankar som dykt upp. Av anledningen att man har gått med på operationen frivilligt kan det finnas en rädsla som är svårare att erkänna för de risker en operation alltid för med sig. Vid uppkomsten av eventuella känsloutbrott hos informanten är författaren förtrogen med att hänvisa till vård genom sin yrkesutövning. Någon oförutsedd situation eller reaktion uppkom inte under intervjuerna.

Att inte referera till vilka sidor på internet eller grupper på facebook som informanter och information hämtats från är ett medvetet val för att tillgodose konfidentialitetskravet.

Resultat

Kategorierna som bildades utefter de kondenserade meningsenheterna blev Livskvalitet, Operationstankar, Fetman som hinder, Viktminskning, Omgivningen, Vårdens kunskap/patientens kunskap, Matvanor, Komplikationer, Önskan om hjälp och Plastikoperation. Dessa slogs sedan ihop och bildade teman: Viktnergång, Fångad i sin kropp, Självlärd i matvanor, Självlärda, Besvär och krämpor och Komplex och självkänsla. De här kategorierna har använts som rubriker i resultatdelen.

Informanternas livskvalitet och livsstilsförändringar och nya kroppsstorlek har efter operationen gett dem ett nytt liv, helt olikt det de hade som feta. Samtliga informanter uttrycker att de känner sig gladare och piggare och är väldigt nöjda med sitt beslut om att genomgå en operation. Ett resultat som var oväntat var att informanterna upplever att kunskapen inom hälso- och sjukvården är mycket begränsad. Det gör att kunskapen och svar på frågor och funderingar inhämtas av de opererade på andra ställe, fram för allt på internet i forum och intressegrupper med andra opererade.

Självlärda

Informanterna säger att den mesta informationen kring livet och förändringarna i livskvaliteten efter operationen har de tagit reda på själva. De tycker att vården är väldigt duktig på att ge information om själva operationsingreppet och det fysiska i direkt samband med operationen. Men det som händer sedan i vardagen och vad dem kan förvänta sig är upp till dem själva att ta reda på. Den mesta informationen har dem hämtat från olika facebookgrupper eller forum för magsäcksopererade på nätet. Där knyts kontakter med likasinnade som är i samma situation och erfarenheter och kunskap utbyts med andra. Förklaringar och goda råd kring problem kan diskuteras eller kan det inhämtas stöd när livet som opererad är allmänt motigt. Forumen har också medlemmar som ännu inte är opererade som söker information och kunskap för att vara väl förberedd inför vad som väntar dem efter operationen och hjälper dem att ta ett riktigt beslut. Informanterna berättar om personer som fått igenom operationen snabbt men då också råkar ut för komplikationer som de inte räknat med eller ens visste kunde drabba dem. Digitala medier är på så sätt väldigt värdefulla för att de opererade ska kunna få och förstå information kring vad de kan förvänta sig eller för att hitta förklaringar på problem som dyker upp. Det blir en lärandesituation för dem att läsa om hur andra som är i samma situation och delar med sig av sina upplevelser. En tacksamhet mot att få dela erfarenheter, få råd, hjälp och stöd av andra leder till att informanterna själva delar med sig av sina, vidare till nya intressenter.

”Det mesta jag vet om operationerna har jag tagit reda på själv. Jag har googlat till förbannelse, läst på forum och pratat med folk om det, jag har känt till de flesta komplikationer som kan bli av en...”

”Och många av de som blivit opererade kommer med frågor som man tycker det borde du vetat innan du blev opererad. ”Men det va ingen som sa det till mig.” Nä, men man har väl ett eget ansvar att ta reda på saker också...så mycket som möjligt. Det är ett så pass stort ingrepp att man sätter sej ner och läser på så mycket som möjligt.”

”Och jag läser fortfarande mycket om det och lär mej saker hela tiden och jag tycker om att kunna svara på andras frågor och hjälpa till i det här forumet. Och även förvarna en del om hur det skulle kunna gå.”

”Jag hade läst på väldigt mycket, vad de gör, vad det innebär, hur jag skulle leva efteråt. För det finns ju ett liv efter som inte kommer se ut som det gör innan. Vad händer om jag inte klarar av att äta som man ska? Vad händer om jag äter socker? Äter för mycket eller blir sjuk?”

De opererade informanterna har svårt för att få förståelse för problematik som uppstår efter en operation när de söker vård. De får ofta svaret att de själva vet bäst och att vården inte har någon erfarenhet. När de ringer sjukvårdsupplysningen för rådgivning upplever de ett helt annat bemötande än de fick innan operationen. Ibland blir de hänvisade till den opererande kliniken för åkommor som den vanliga vården ska ta hand om. En av informanterna drabbades av återkommande salmonellainfektioner och frågade sin läkare om hon var extra känslig på grund av sin operation. Läkaren svarade bestämt nej. Hon gick hem på sin kammare och läste och drog egna slutsatser kring hur hennes magsäck och tarm hade blivit opererade. När hon sedan presenterade detta för läkaren och denne hade fått konsultera med kollegor, kunde de inte se att det förhöll sig på något annat sätt än vad patienten kommit fram till. Det saknas kunskap och rutin för hur symptom och åkommor som drabbar de opererade ska tas om hand. En informant fick rekommendation att ta smärtstillande för smärtor som inte alls var relaterade till operationen och när hon då påpekade att hon var gastric bypass-opererad var det ingen som kunde svara på hur hon skulle dosera, då det inte fanns några studier på det.

Viktnergång

Informanterna berättar hur de har provat de flesta dieter och bantningstips som går att hitta och alla har lyckats gå ner i vikt tillfälligt med hjälp av några av dem. Metoder som beskrivs är bland annat Viktväktarna, Helsingörspiller, läkemedelsbehandling, kostbehandling, samtalsterapi i grupp, pulverdiet och svältkurer med intag av enstaka livsmedel, till exempel ananas. Några metoder beskriver de som kränkande där de inför andra ska vägas och i vissa fall bli bannade för att viktnergången inte varit tillräcklig just den veckan. Några uttrycker även att de mött vårdpersonal som haft ett otrevligt bemötande. Informanterna har inte haft några problem med viktnergången och de har kostkunskap och vet hur och vad de ska äta för att få till stånd viktnergången. Det är sedan när vikten ska hållas som den stora kampen börjar och som de flesta förlorar. En tolkning av deras uttalande är att den stora utmaningen i det hälsofrämjande arbetet för vården är att hjälpa gruppen feta och överviktiga att hålla sin normalvikt och utöka uppföljningsarbetet och inte avsluta behandlingen då de nått sin målvikt. Tolkningen av intervjuerna blir att det finns en känsla av övergivenhet från samhället och vården hos de opererade över att inte kunna få den hjälp de efterfrågar utan får hålla till godo med den som erbjuds, men inte räcker till. Samtliga informanter nämner operationen som ett verktyg som hjälp till viktnergång. Det dem saknar är en manual till verktyget.

”...så då blev det, ja jag kunde inte ta tag i nåt då utan gick bara upp mer och mer men mannen undrade om jag verkligen skulle operera mig för jag hade ju gått ner och visste hur man gjorde och så.”

”...jag hade kunnat gå ner, kanske inte till normalvikt, men nästan men jag hade aldrig kunnat stanna där. Jag hade fått gå hungrig resten av livet och det är inte livskvalitet för mig.”

”Nja, det var ju den här dietisten. Men hon var så otrevlig, lite nedlåtande som att hur kunde du låta det gå så här långt? Och hade det gått dåligt någon vecka jag va där fick jag mest skäll och ingen uppmuntran eller tips på att jag kanske skulle prova det här eller något annat istället.”

En av informanterna berättade om en kvinna som fått komplikationer som gör att hon kräks varje dag, har svårt med maten och mår konstant illa. Kvinnan har gått ner 70 kilo och räknas i statistiken därför som en lyckad operation.

Fångad i sin kropp

Fetma kan ses som ett funktionshinder, då en stor och tung kropp upplevs begränsa ett normalt liv för den drabbade.

”Jag grät nästan när jag tänkte på att jag skulle ta mig upp, ända upp för den flotta trappan. Jag orkade inte. Och inte nog med det, jag skulle ner också sen för att vi skulle äta i restaurangen som låg där nere och jag tänkte först att om jag kommer upp så skiter jag i att gå ner, jag ska inte ha nån mer mat idag!”

Av informanternas berättelser tolkar författaren det som att vara fet kan upplevas som att vara fånge i sin egen kropp. Livet begränsas och de mest vardagliga saker som en normalviktig gör utan problem eller besvär kan upplevas mycket besvärligt och ansträngande. Citatet ovan handlar om en semesterresa där det visar sig att rummet ligger på våning två i ett hotell utan hiss. Det handlar inte om att inte orka bära upp väskorna, utan att faktiskt orka ta sin egen kroppshydda dit man vill. Att boka handikappanpassat var inte ett alternativ då det fanns en skam i att inte kunna förflytta sig på grund av sin stora kropp som man själv hade ätit sig till.

”Som att bara träffa en väninna och tänka att ni ska gå en runda i skogen eller var som helst, för mig, det fanns inte på min karta, jag kunde aldrig göra det. Och det är ett handikapp, ett stort handikapp.”

”Sen kan man inte röra sig längre och då äter man för att döva men i den storleken kan man inte röra sig och ...möjligen i vatten men då är vi inne på det psykiska. Du tar inte på dej en baddräkt. Jag hade inte varit i en simhall på 12 år så det är andra saker som också spelar in.”

Det framkom i intervjun att det fanns en önskan från informanten om att kunna följa med sin man och barnen till badhuset, men att det fanns en sorts tyst överenskommelse mellan de vuxna att badhuset var en ”pappa-grej”. Varför mamma aldrig följde med uttalades aldrig högt, inte ens inför varandra erkändes fetman som ett hinder för ett besök i simhallen som en vanlig familjeaktivitet. Tolkningen blir att det är av största vikt att förebygga övervikt och fetma då det är som en funktionsnedsättning för individen. En identitet skapas inom relationen där vissa aktiviteter inte blir tillgängliga. Följden blir en ökad belastning på eventuell partner eller annan närstående, till exempel arbetskollegor, som får gå in och utföra uppgifter eller aktiviteter i den fetmadrabbades ställe. På grund av att det anses skamligt och karaktärlöst att vara fet uttalas det inte högt varför man agerar som man gör i situationer. En informant beskriver hur hon började ett nytt jobb precis efter operationen innan hon hunnit gå ner så

mycket i vikt. Undan för undan upptäckte hon sedan hur många fler arbetsuppgifter hon orkade genomföra ju fler kilo hon tappade. Hon beskrev det som ren och skär lycka som gjorde att hon kunde ta för sig bättre på arbetet. Samtliga informanter har bytt arbetsuppgifter eller arbetsplats eller sökt arbete de aldrig skulle vågat tidigare, efter operationen och beskriver det som en direkt följd av viktminskningen för att självförtroendet stärkts efter en viktnergång.

Att vara fet i rätt sammanhang, i rätt kultur är en framgångsfaktor hos de fetmadrabbade. Det är där de kan slippa stigmatiseringen och få vara den de är utan att vara utanför och udda. Deras sociala status förändras bland ”likasinnade”. När majoriteten av umgänget också är feta eller överviktiga kan det vara mer tillåtande att ta en kaka till på kalaset eller ta en portion mat till fast man inte borde. Efter operationen kan det vara svårt att hitta sin nya roll i sitt nya sociala kapital som man får med den nya kroppen. Helt plötsligt måste man tacka nej till den där extra kakan. Det är inte bara vanan som måste ändras utan även en ny strategi för att bemöta och hantera omgivningen behöver utarbetas.

Komplex och självkänsla

Den överflödiga huden som blir effekten vid en kraftig viktnergång nämner alla informanter. Någon har opererat bort överflödig hud på magen som de fått bekostat med offentliga medel. Någon ville hemskt gärna ha överarmar och lår korrigerade också men skulle inte bekosta det själv. En av informanterna hade väldiga komplex för sina armar som försämrade hennes livskvalitet då hon inte ville använda t-shirt så dem syntes. De psykologiska förändringarna som informanterna nämner handlar om självkänsla och att våga. En ambivalens inträder då den nya livskvaliteten med att orka mer och känna sig gladare ibland överskuggas av kroppens utseende. Det är bra att kroppen börjat fungera, men eftersom samhället är utseendefixerat finns en förtvivlan över hur den ser ut när skinnet blir slapt och ett nytt komplex för kroppen utvecklas.

”... jag hade ju kommit till den gränsen där jag hade börjat isolera mig. För att jag inte mådde bra i mig själv och jag såg ju bara att... bara de här hemska blickarna som bara dömde mig.”

Stigmatiseringen kan till viss del förklaras som självuppfyllda profetior och det uttrycks av informanterna. Många blickar uppfattas som att de fås på grund av kroppsstorlek och utseende men vad blicken egentligen beror på vet bara den som utdelar den. Det behöver ju inte vara för att personen är stor och tjock, det kan lika gärna bero på en snygg jacka, halsduk, frisyr eller väska.

”Bemötandet... ja... men sen kan det va lite självuppfyllande också hur man blir bemött, om jag går in i en klädaffär och mitt huvud säger åt mig att de kommer se ner på mig för att jag är tjock då ser jag ju bara såna blickar. Om någon tittar på mig nu så är det mer vilken fräck jacka hon har eller hahaha.... men det är ju skillnad, jag tror det är tänket. Ja inte så mycket hur man faktiskt blir bemött utan mer hur man tänker själv att man själv ska bli bemött.”

Negativa upplevelser från omgivningen kan även handla om att omgivningen tycker att en operation är en genväg, ett enkelt sätt att ta sig ur något som man själv är orsak till. Det är mer den allra närmsta vänkretsen som egentligen sett det stora arbete det ligger bakom en

viktnergång efter en operation. Operationen blir ett verktyg som används i arbetet med att lägga om vanor i livet. Det är också deras allra närmaste familj som varit positiva och stöttat i beslutet att genomföra operationen.

Självinsikt i matvanor

På vårdcentralen kan man få hjälp av en dietist både före operationen som en hjälp till viktminskning men även efteråt berättar informanterna. Då är det information och fakta kring vad kosten ska innehålla och vilka sorters livsmedel som bör ingå för att slippa näringsbrist. Det finns det säkert ett stort värde i för många som inte har den kunskapen. Men även den som är väl insatt i kostkunskap kan ha vanor och beteende som man omöjligt själv kan ändra på och den viktigaste behandlingen efter kunskap kring kosten är en beteendeförändring i sin syn på mat och hur och när man äter. Att äta kan bli ett missbruk. En av de intervjuade kvinnorna uttryckte det väldigt tydligt:

”Man blir opererad i magen men det sitter egentligen i huvudet.”

Operationen gör det fysiskt omöjligt att äta de mängder och även i viss mån vissa sorters livsmedel som önskas. Missbruket av mat blir tvingande att förändra. Ju längre tiden gått mellan beslut till operation och operation ju mer förberedd inför en kostomläggning har de opererade varit och de har också färre komplikationer.

”Jag kan sakna ätandet ibland. Inte själva ätandet i sej men känslan det gav. Man va så nöjd när man satt mitt i ett svullande. Och det vet jag att jag aldrig kommer att få uppleva igen. På ett sätt är det skönt på ett annat sätt sörjer jag det för det va en stor del av mitt liv.”

”Smörgåstårta kan jag sakna och cola. Jag kunde äta hur mycket som helst men nu går det inte alls. Och det kommer jag att sörja men ...det var ju också därför jag valde detta.”

Ambivalensen i resonemangen för och emot operation tyder på att man inte alltid resonerar logiskt. Ena sidan finns intresset för att bli smal, må bättre och orka mer, medan det som talar mot är att inte kunna äta vad som helst i vilken mängd som helst. Det blir motsägelsefullt eftersom det andra är det enda alternativ som finns för att nå den första önskan, både med en operation och utan. Operationen blir på så sätt ett verktyg som du tvingas att lära dig hantera. Matvanorna förändras och informanterna upplever sig själva som mer normala och måttliga i sitt ätande mot före operationen. De kan äta det mesta av det de vill men inte i den mängden som innan. Dessutom upplever de att kroppen själv reglerar mättnad och hunger. De behöver inte vara så medvetna i sina handlingar och val utan de har en tydlig gräns som sätter stopp för ätandet genom att de mår fysiskt dåligt om de äter för fort, för mycket eller fel sorts mat.

Besvär och krämpor

Flera av informanterna nämner krämpor och besvär de blivit av med efter operationen. Det är främst ledvärk och trötthet men även inkontinensproblem har försvunnit. Informanterna upplevs ha fått stärkt självförtroende och mer ork till att ta tag i andra pusselbitar i livet också. Någon har lyckats sluta röka och ser det som en present till sig själv och det tyder på en förändrad självbild där man istället för att unna sin kropp med onyttigheter belönar sig själv med hälsofrämjande aktiviteter. Även fysisk aktivitet har blivit en stor del av livet och det

finns en glädje i att faktiskt kunna röra sig igen. Den fysiska aktiviteten sträcker sig från enkla promenader till spinning och löpträning. En andra chans till ett nytt liv som verkligen tas till vara på fullt ut.

”...jag tar ju inga tabletter för migrän längre och inga problem med astman eller allergin längre och ingen ledvärk...”

”Jag har ju varit rökare i 45 år och det här har ju gjort att jag orkat ta tag i detta också. Och jag trodde ju inte att jag skulle kunna må så här mycket bättre och få...kraft.”

”Jag hade lite problem med inkontinens och det har ju faktiskt försvunnit helt och det förstår jag inte riktigt men det är ju skönt. Men det hade jag ju inte en tanke på att man skulle kunna slippa från sånt också.”

Diskussion

Samtidigt som samhället visar på en större acceptans för feta/överviktiga finns en motsägelse i att man ökar antalet operationer. Det är estetiskt tillåtet att vara fet men inte fysiologiskt inom hälso- och sjukvården och tvärtom i samhällsdiskursen. Överviktiga och feta ses ofta av omgivningen som personer med svag karaktär vilket gör dem extra utsatta. Samhället har de senaste åren öppnat upp för en ökad acceptans genom att ha avdelningar med kollektioner i klädbutiker med extra stora storlekar, skobutiker har skor för breda fötter, flygbolagen har en ständigt pågående diskussion kring sätesbredd och viktillägg etc. Faktum kvarstår dock att fetma och övervikt är en av de största orsakerna till sjukdom och ohälsa och det är viktigt att behandla fetman utifrån ett medicinskt perspektiv (SBU, 2002). Syftet med den här studien var att ta reda på hur de som genomgått en magsäcksoperation upplever att de kan hantera sin nya livskvalitet och hur de lär sig göra det.

Viktnergång och matvanor

Den här studien visar att de som genom operation som viktminskningsmetod har fått ett friskare liv med bättre livskvalitet har svårt efteråt i sin strävan att hålla sig friska och få information och hjälp från vården. Kan man utifrån studier som gjorts kring upplevelserna och hur livskvaliteten påverkats av en magsäcksoperation hitta område som genom små medel kan stöttas bättre eller annorlunda från vad som görs idag, är mycket vunnet för den växande gruppen individer som genomgår magsäcksoperationer. Det kan vara farligt att förlita sig på operation som enda och bästa metoden som behandling. Den tar resurser från övrig vård och hamnar i prioriteringslistan. Det finns ett behov av att se över de metoder som finns idag inom vården för att främja och förebygga fetma/övervikt. Detta påtalar informanterna och de tycker inte de fått tillräcklig stöttning i sina försök att själva gå ner i vikt och sedan behålla den. Även om de flesta är väldigt nöjda med sin operation och resultatet av den ser alla det som en sista utväg, ett sista halmstrå att greppa. De pratar om missbruk och beteendestörning eller ärftlighetsfaktorer som de behöver hjälp med att bryta i ett längre perspektiv. Kostkunskap och näringslära finns redan hos de drabbade och det är inte de insatserna de behöver. Istället behöver vården ta reda på den drabbades sociala kontext innan en behandling mot fetman

sätts in. Det är viktigt att kartlägga bakgrunden för att kunna hitta rätt metod (Ogden och Clementi, 2010). Informanterna nämner olika metoder som de provat men misslyckats med och de flesta är standardmetoder som utgår ifrån att alla människor fungerar på samma sätt. SBU:s rapport som visar att magsäcksoperation är den metod som ger längst hållbar viktminskning tar enbart hänsyn till hur många kilo som försvinner under en viktminskningsperiod och hur länge den består. Metoder SBU undersökt är de traditionella som finns inom vården med kostrådgivning, fysisk aktivitet på recept, läkemedelsbehandling och beteendeterapi i kombination med fysisk aktivitet och kostomläggning som bara är verksamma under själva viktnergången (SBU, 2002). Informanterna i den här studien visar på att det är tiden efter viktnergången, när vikten ska behållas, som är den svåraste. Vården borde se över vilka metoder som används och satsa på att införa innovativa metoder för att fetmadrabbade ska kunna behålla sin nya lägre vikt eftersom det är just att förbli viktstabil som visat sig vara den svåraste utmaningen för någon som tappat vikt utan att ha genomgått en operation. En satsning på motiverande samtal för att klara av att gå igenom hela processen i stages of change skulle kunna få fler att ändra sitt beteende och förbli viktstabla utan att behöva genomgå en operation.

Livsmedelsbranschen och handeln kan också tillskrivas ett visst ansvar i den ökande fetmaepidemin då det ständigt utvecklas nya produkter som inte innehåller näring som en människa har behov av. Tillgängligheten ökar med längre öppettider och det är inte frukt och grönsaker som finns i serveringarna på offentliga arenor. Det är lättare att få tag i en kaka eller en korv med bröd än en banan eller ett äpple. Men lättillgängligheten kan inte ensam bära skulden för ökad fetmaproblematik från 80-talet och fram till nu. Nya matvanor och syn på ätande förändras inte så fort. Ärvda matvanor tar några decennier att förändra genom generationerna. Argument mot fenomenet att tillskriva nutidens snabbmatskedjor som en bov i fetmaepidemin är att mena på att 60-talets korvmojor som stod på torgen och serverade pulvermos, majonnäs dressing och korv nu har ersatts av en McDonalds restaurang. Tillgängligheten var i stort sett den samma och näringsmässigt är det inte mycket som skiljer rätterna åt. Det som har förändrats är portionsstorlekar, ett ökat intag av sötade drycker och en förändring i den fysiska aktiviteten (Nilsson, 2011). Resultatet visar att ätandet är en stor del av informanternas personlighet och att beteendeförändringen som krävs för att kunna förändra matvanorna på lång sikt inte kunde genomföras av egen kraft.

Sjävlärda

Kostnaden för en magsäcksoperation med några dagars efterföljande vård kostar hos vårdföretaget Aleris 110 000 kr. I den kostnaden ingår inte produktionsbortfall vid sjukskrivningen som i snitt är 4 veckor eller en eventuell plastikoperation för borttagning av överflödigt hud. Vården erbjuder feta människor en operation som en sista utväg som hjälp bort från fetmans skadeverkningar och livskvalitetsänkning. Men hur magsäcksopererade ska leva livet och vardagen som opererad läggs på patienten. Den här studien visar på hur individen själv ska vara expert på sina egna krämpor och finna egna lösningar på dem. I SOReg, ett register som 98 % av de magsäcksopererade i Sverige registreras i, finns även uppgifter om hur livskvaliteten upplevs efter en operation. Men hur de opererade löser sina problem och hämtar kunskap kring vad de kan förvänta sig för biverkningar, både positiva

och negativa, sker på forum eller i grupper på internet. Detta bygger klyftor mellan dem som ”borde” informera, det vill säga vårderna, och de som egentligen är experter inom området, det vill säga de opererade själva. För att kunna erbjuda den hälsofrämjande vård som regeringen antog i sin proposition med de 11 målområdena kring sitt övergripande folkhälsomål borde det satsas på en samordning kring kunskap och information innan en ökning av resurser sker för att genomföra operationerna. Fortsätter ökningen av operationer som de gjort de senaste åren med 3000 operationer om året skulle det om tio år finnas, grovt uppskattat, 250 000 magsäcksopererade individer i samhället. Det motsvarar 2,8 % av hela befolkningen i Sverige. Vet vi tillräckligt mycket om deras förändrade livskvalitet, både den positiva och negativa, för att uppmuntra ökningen? Det främjande folkhälsoarbetet med att förhindra fetma och övervikt brister någonstans då fetman ökar (Hagman, Samuelsson, 2012).

Hälsopedagogiken och hälsovården fokuserar på att främja det friska och förebygga sjukdom och utgår ifrån ett salutogent perspektiv som vill stå separerat från det patogena. En särskild roll i det framtida folkhälsoarbetet har verksamheter som förebygger sjukdom, förlänger liv och främjar hälsa med främst icke-medicinska åtgärder utanför hälso- och sjukvården (Olsson, 2001). Det blir problematiskt om man inte kan integrera det främjande arbetet med att bevara hälsa inom de offentliga medicinska verksamheterna. Fetman anses som patogen som ska behandlas inom den medicinska verksamheten medan viktnergång tillhör det förebyggande arbetet som ska främja den nyvunna hälsan i livet efter operation. Det är förvirrande för patienterna att inte känna en tillhörighet och få ett flöde i processen de går igenom. De magsäcksopererade som inte mår bra och har funderingar och frågor kring sitt vardagliga leverne för att fortsätta må bra efter sin viktnergång får främjande information från andra opererade och inte från den behandlande vårderna i den utsträckning som önskas. En integrering av det salutogena synsättet inom den patogena disciplinen är en förutsättning för att få en tydlig struktur på hur de opererade kan få så bra hjälp som möjligt för att förbli viktstabla och kunna bevara den nya förbättrade livskvaliteten de upplever efter en operation (Sears, Fillmore, Bui, Rodriguez, 2008; Ogden, Clementi, 2010; Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström, Sullivan, 2007).

Informationen kring operationen som vårderna ger till magsäcksopererade är inriktad på hur operationen går till rent praktiskt och vad som händer i kroppen fysiskt vid operationstillfället och de närmsta dagarna därefter. Viktig kunskap för den opererade om hur vardagen efteråt kommer se ut, vilka förväntningar som finns och problem som kan uppstå inhämtas och ges mellan opererade på olika sociala nätverk och i forum. De tre elementen som Egidius (1999) skriver om, lärmiljö, lärare och elev kan sättas in i kontexten men blir utan lärare i de här forumen och peer to peer lärandet innehåller inte alltid kunskap som är bra för alla. Internet med de sociala medierna, bloggar och forum som används kan ses som lärandemiljö. De magsäcksopererade agerar elever. Den tredje parten som borde vara läraren, eller ledaren för lärandet saknas som huvudman, men rollen tas i det här sammanhanget över av en självutnämnd medlem i forumet eller bloggskrivaren, som tycker sig ha kunskap i ämnet eller erfarenhet av det aktuella problemet. Det finns flera olika grupper på facebook för magsäcksopererade och även större forum med olika kategorier där frågor och svar samlas upp i olika trådar och blir som små databaser som går att söka i. Informationen som ges och

fås är inte alltid kontrollerad av sakkunniga eller har stöd i empiriska studier. Individernas lärande av varandra blir ändå en kunskapsbank som man kan ösa ur för att få svar på det som inte vården, som borde agerat lärare, kan svara på. De sociala medierna fungerar som en sorts lärobok för opererade och de som funderar på att genomgå en. SOReg, skulle kunna analysera materialet i en del trådar för att på så sätt jämföra om deras slutsatser stämmer överens med de opererades. Kvinnan som gått ner 70 kilo i vikt men kräks och mår illa dagligen räknas till de lyckade operationerna i registret men tillfrågas hon själv är kanske svaret inte att hon tycker det är en lyckad operation. De sociala medierna blir som ett lärverktyg som finns för de opererade som får problem och inte får gehör från vården. De sociala forumen innehåller hela spektra av känslor och allt som innefattas i det positiva och negativa med en operation. Även de största ytterligheterna blir beskrivna och får i vissa fall förklaringar.

Besvär och krämpor försvinner

Viktminskning är inte den enda positiva effekten av en magsäcksoperation. Även symtom på sjukdomar har visat sig försvinna och informanterna har uppgett flera av dem, så som minskad ledvärk, sänkt blodtryck och stabilare blodsockernivå. Positiva biverkningar som till exempel försvinnande av inkontinensbesvär, som en av informanterna nämner, är också vetenskapligt klarlagd. De främsta riskfaktorerna för inkontinens är barnafödande, fetma och stigande ålder. Urininkontinens berör ungefär en halv miljon svenskar, de flesta kvinnor, och är förutom ett individuellt lidande en ekonomisk belastning för samhället. Det är dubbelt så vanligt med inkontinens hos feta kvinnor och dessa har också ett sämre sexliv och en sämre livskvalitet än normalviktiga. Detta innebär att fetmaoperation som även tar bort inkontinensbesvär är en mycket stor hälsovinst, både samhällsekonomiskt och för individen (Altman, Falconer, Melin, Rössner, 2009).

Behandling och förändringsteori

Informanterna pratar om en ambivalens med att vilja gå ner i vikt och ändå fortsätta äta som tidigare. En operation tvingar dem att lägga om sina kostvanor och det är för de flesta det enda sättet för att kunna behålla en viktnergång. I teorin States of Change är den ambivalente överviktige i fas två, begrundan, där du blir medveten om problemet att vara fet/överviktig. Individen vet egentligen vilka förändringar som krävs men kan inte eller vet inte hur hen ska genomföra dem. Det beskrivs som en sorg att inse att man inte kommer kunna äta som innan. Känslor av skam och nervärdering av sin person upplevs också i det här stadiet. Samtidigt vill man må bättre och är rädd för de negativa hälsoeffekterna av fetman. I nästa fas, beslut- och förberedelsefasen, kan en lättnad över att en förändring är på gång infinna sig. En plan upprättas för hur det ska gå till, till exempel bestämmer man sig för att prata med en läkare om en operation eller skickar man en egenremiss till opererande klinik. När beslutet är taget är det viktigt att förändringen, eller ett första steg i förändringen, sker inom en månads tid för att inte rinna ut i sanden (Barth, Näslund, 2006). I beslutet finns det också en förväntan på hur framtiden blir och individen kan se sig själv som smal och längta efter de positiva effekterna det kommer att ge. Risken finns att de även ser det negativa med allt jobb som kommer behövas kring ätandet och matvanorna och här är det viktigt att motivationen hålls vid liv. Handlingsfasen i förändringsmodellen innebär själva operationen och den övergår sedan i stabiliserings- och upprätthållandefasen. Den sista fasen är den som innebär mest arbete i

samband med en magsäcksoperation. Det är i denna fas de flesta informanter behöver information och stöd i hur de ska äta, vilka mängder och vad de kan förvänta sig för upplevelser. Informationen och stödet förväntar de sig från vården men upplever inte att det är tillräckligt och hämtar det på andra platser, som forum och facebookgrupper. Det här kan problematiseras då kunskapen de opererade skaffar sig inte är empirisk och skulle kunna leda till en ökad belastning för vården i form av felaktiga egenvårdsbehandlingar som leder till ökade komplikationer. Den kunskap som finns och som är användbar förblir odokumenterad för hälso- och sjukvården och kan således inte heller omsättas i praktiken på ett fördelaktigt vis.

Metoddiskussion

Att informanterna själva fick lämna sitt intresse till medverkan kan ha påverkat resultatet. Informanterna var starka i sin personlighet och upplevde sig förbisedda i information från vården. Ett annorlunda resultat skulle kunna vara möjligt med ett annorlunda urval. En konsekvens av urvalet var att endast de som redan söker hjälp och information via nätet har medverkat i intervjuerna och en intressant vinkling skulle kunna vara hur de som inte uppehåller sig i forum eller grupper på internet skaffar sin kunskap.

Kontakten med informanterna över nätet har varit en fördel då det gått snabbt att ta kontakt vid följdfrågor.

Några av intervjuerna skedde på café där det fanns störande inslag. Även de intervjuer som genomfördes i hemmet hade störande inslag då telefoner ringde och barn kom för att de ville föräldern något. Det har dock inte påverkat ljudkvaliteten och allt som sägs på inspelningarna gick att höra vid transkriberingen. Hemmiljön hade den positiva effekten att intervjun blev som ett vardagligt samtal mer än som en intervju vilket fick informanterna att slappna av och berätta öppet om sin situation.

Några av intervjuerna blev tillfälligt väldigt värderande då informanterna valde att berätta om personer de hört talas om eller kände som också genomgått operationen. Från informantens sida finns en personlig inställning till operation som fenomen och även en normativ värdering. En tidigare uppfattning om intervjuens riktning borde uppmärksammas av författaren och informanten borde fått hjälp med att ledas in på rätt spår igen då informationen var irrelevant för studien. Informationen som sådan var väldigt intressant att lyssna på och kunde haft ett värde i en studie med ett annat syfte. Nu blev informationen tidsödande i transkribering eftersom den inte hade något värde för den här studien.

Att inte referera till facebookgrupper, internetsidor eller forum kan påverka överförbarheten negativt. Författaren övervägde noga men tog beslutet att konfidentialitetskravet väger tyngre för att behålla trovärdigheten inför informanterna.

Informanternas socioekonomiska status är inte undersökt. Deras olika sätt att söka hjälp för fetman skulle kunnat undersökas närmare och deras förmåga att köpa hälsotjänster och produkter som Korp (2004) skriver om.

Konklusion

Den här studien visar att magsäcksopererade upplever att deras livskvalitet ökat även om det uppkommit andra problem i deras vardag som inte fanns tidigare. Det fanns ett stort behov hos de opererade av ökad kunskap inom vården kring livet efter operation. För att kunna hjälpa människor som drabbas av fetma behövs en ökad förståelse för främjande fetmavård, nytänkande inom metodutformning och en djupare pedagogisk kunskap hos vårdpersonal. Studien visar också att de feta lever i en stigmatisering i samhället, som fångar i sina egna kroppar och att de efter operation med följande viktnergång får ett ökat självförtroende och vågat ge sig ut i arbetslivet igen. Dietister har stor kunskap kring kost och näringslära men de magsäcksopererade upplever att de inte blir bemötta med respekt och förståelse i sin kontakt med vården. Den information och kunskap de skulle behöva få och vill ha inhämtas inte från empirisk data vilket kan leda till felkällor i deras strävan efter hjälp att behålla sin nya vikt och kunna nyttja sitt nya liv fullt ut. Att vara fet är ett sjukdomstillstånd, något patogent, som behandlas med hjälp av viktnergång med olika metoder inom vården, men sedan när patienten lyckas nå sin målvikt slutar vården ge stöttning i det fortsatta arbetet med att behålla den nya vikten. Att behålla en normalvikt är ur det salutogena perspektivet en främjande åtgärd. Detta gör att en ökad integrering av det salutogena perspektivet inom vården skulle utveckla det hälsofrämjande arbetet till gagn för hela befolkningen.

En vidare studie skulle kunna göras kring sambandet mellan beslut att genomgå en magsäcksoperation och stigmatiseringen i samhället. Hur mycket påverkar skönhetsideal och skrämselfpropaganda för fetmans hälsoeffekter ett beslut till förändring?

Referenser

- Altman, D. Melin, I. Falconer, C. Rössner, S. (2009) Viktreduktion som behandling vid urininkontinens. *Läkartidningen* 28–29;106, 1826-1828.
- Andersson, I. Ejlertsson, G. (2009). Hälsa – några begreppsdefinitioner I Andersson, I. Ejlertsson, G. *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur
- Barth, T. Näsholm, C. (2006) *Motiverande samtal – MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*, Lund: Studentlitteratur
- Baum, C. Ruhm, C. (2007) Age, Socioeconomic Status and Obesity Growth, *Journal of Health Economics*, 28:635-648.
- Blomqvist, U. (2006) *Mediated peer (to peer) learning*. Royal Institute of Technology. Lärarhögskolan, Stockholm.
- Bolander, L. (1998). *IT och framtidens lärande*. Stockholm: Kommunikationsforskningsberedningen.
- Broadly, D. (1988). Kulturens fält. Om Pierre Bourdieus sociologi, *Masskommunikation och kultur*, NORDICOM-Nytt/Sverige, 1-2, 59-88
- Codex (2013). [Elektronisk] <http://codex.vr.se/index.shtml> Läst: 130524
- Dewey, J. (1985). *Demokrati och utbildning*. Göteborg: Daidalos
- Egidius, H. (1999). *Problembaserat lärande – en introduktion för lärare och lärande*. Lund: Studentlitteratur
- Ejlertsson, G. (2009) Statistik: hälsostatistik speglar i huvudsak ohälsa I Andersson, I. Ejlertsson, G (red). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur
- Hagman, A. Samuelsson, C. (2012) *Välfärd*, 3. Statistiska Centralbyrån [Elektronisk] <http://www.scb.se> läst:121101
- Illeris, K. (2007). *Lärande*. Lund: Studentlitteratur
- Jarlbro, G.(1999). *Hälsokommunikation – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur
- Karlsson, J. Taft, C. Rydén, A. Sjöström, L. Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity*. 31;1248-1261
- Korp, P. (2004) *Hälsopromotion*. Lund: Studentlitteratur
- Kullberg, B. (2004). *Lust- och undervisningsbaserat lärande – ett teoribygge*. Lund: Studentlitteratur

- Kvale, S. Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur
- Lundman, B. Hällgren-Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys i Granskär, M. Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Maclaren, L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews* 29 (1): 29-48.
- Mauro, M. Taylor, V. Wharton, S. Sharma, A. (2008). Barriers to obesity treatment. *European Journal of Internal Medicine* 19, 173–180
- Mathias, F. Hoil, L. Ronald, H. DeGaulle, C. (1998). Gastric Bypass Operation for Obesity, *World Journal of Surgery*, 22:925-935
- Molarius, A. (2003). The contribution of lifestyle factors to socioeconomic differences in obesity in men and women – a population-based study in Sweden, *European Journal of Epidemiology* 18:227-234
- Muldoon, M. Barger, S. Flory, J. Manuck, S. (1998). What are quality of life measurements measuring? *Education and debate*. 316, 542-545
- Myers, A. Rosen, JC (1999) Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*. 23, 222-230
- Nilsson, G. (2011) Den fetmadrivande miljön. Kulturella föreställningar om samhället i populärmedicinska texter om övervikt och fetma. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3, 88
- Ogden, J. Clementi, C. (2010) The Experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma, *Journal of Obesity*, 2010:1-9
- Olsson, U. (2009) Pedagogik: folkhälsoarbetare som reflekterande praktiker i Andersson, I. Ejlertsson, G (red). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur
- Olsson, U. (2001) Om folkhälso pedagogikens historia i Svederberg, E. Svensson, L. Kindeberg, T. (red). *Pedagogik i hälsfrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Ottosson, J. Näslund, I. (2011) SOReg – Scandinavian Obesity Surgery Registry. *Svensk Kirurgi*, 3, 69:142-144
- Persson, U. Ödegaard, K. (2011) Fetma ett ekonomiskt samhällsproblem – kostnader och möjliga åtgärder för Sverige, *Ekonomisk debatt*, 1, 39:41-49
- Prochaska, J. DiClemente, C. Norcross, J. (1992) In Search of How People Change. *American Psychologist*. 47, 9;1102-1114.
- Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet

SBU, 2002, *Fetma – problem och åtgärder*. En systematisk litteraturoversikt, Stockholm. Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Sears, D. Fillmore, G. Bui, M. Rodriguez, J. (2008). Evaluation of Gastric Bypass Patients 1 Year After Surgery: Changes in Quality of Life and Obesity-Related Conditions, *Obesity Surgery*, 18:1522-1525.

Socialstyrelsen. (2003). *Behandling av fetma vid vårdcentraler och medicinkliniker - Redovisning av en kartläggning med komplettering av statistiska uppgifter från sjukvårdsregistret och läkemedelsregistret*. Artikelnr: 2003-131-19

Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och landsting, Svenska Läkarsällskapet. (2009). *Nationella Indikationer för Obesitaskirurgi: Expertgruppsrapport till uppdragsgivarna 2:a versionen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOREG, (2013). *Årsrapport 2011/12*, [Elektronisk] läst: 130214, <http://www.ucr.uu.se/soreg/>

Statens Folkhälsoinstitut, (2010). *Levnadsvanor Lägesrapport 2009*. R 2010:01. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut, (2013). <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/6-Halsoframjande-halso--och-sjukvard/> läst: 130501

WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion 1986*. [Elektronisk] läst: 130307, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

Zvar Hurtig, R. 2011. Mäns erfarenheter och värderingar av fetma och fetmakirurgi – en intervjustudie i Västmanlands län. Västerås. Mälardalens Högskola.

Bilaga 1

Informationsbrev

Hej på er!

Jag är en student från Kristianstad Högskola där jag går sista året på det folkhälsovetenskapliga programmet. Jag ska nu skriva mitt examensarbete och skulle behöva er hjälp med det. Det finns mycket undersökningar kring själva magsäcksoperationen, statistik och rapporter kring det samhällsekonomiska och vilka fysiologiska vinster som finns att göra. Jag hittar dock inte så mycket om den enskilda individens upplevelser av sin operation och det är det jag skulle vilja att mitt examensarbete handlar om. Jag undrar om det finns någon/några här i gruppen som skulle kunna tänka sig att ställa upp som informanter för en intervju? Intervjun kommer att ta mellan 1-2 timmar och all medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas utan att du behöver ange orsak. Du kommer att delta anonymt och i min rapport kommer du inte att kunna identifieras. Ingenting av det som skrivits här tidigare i gruppen kommer att användas utan ert personliga medgivande.

Är du intresserad av att hjälpa mig? Skicka ett pm (personligt meddelande) så hörs vi!

Med vänlig hälsning

Diana Welin

Bilaga 2

Samtyckesblankett

Samtycke

Härmed ger jag mitt samtycke att delta i intervjustudien kring upplevelser av magsäcksopererades livskvalitet och upplevda värde av sin operation.

Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst under studietiden. Uppgifter som lämnas i intervjun som spelas in, kommer enbart att behandlas och användas i den här studien och jag kommer inte att kunna identifieras i det färdiga arbetet.

Namn, datum

Bilaga 3

Intervjuguide

Syfte/frågeställning

Vilket värde har magsäcksoperationen för respondenten?

Frågeställningar:

Hur gammal är du?

När blev du opererad?

Beskriv hur ditt liv är just nu?

Vilken annan metod till viktreducering har du provat/fått hjälp med?

Hur resonerade du kring magoperationer innan din operation?

Vilka förväntningar fanns på livet efter operationen?

Vilka har visat sig vara sanna?

Vilka upplevelser har du haft som du inte förväntade dig?

Vad ser du som det mest positiva med din magoperation?

Vad ser du som mest negativt med din magoperation?

Hur upplever du att omgivningen reagerat? Vilka känslor väcker det? Hur hanterar du det?

På vilket sätt har du fått stöttning efteråt?

Om du fick önska fritt; vilken hjälp och på vilket sätt skulle du vilja att samhället gav till överviktiga/feta?

Skulle du göra om operationen om du fick välja? Varför? Varför inte?

Stödord:

(Quick fix, personlighetsförändring, glädje, skam, livskvalitet, identitet, biverkningar, följsjukdomar, ålderskris, ensam, i grupp, hälso-sjukvård, tryck från omgivningen, bukplastik)

