

Vibeke Dahl

Fedme og Psykisk helse

En kvalitativ studie

(Obesity and Mental health- A qualitative study)

Masteroppgave i Klinisk Helsevitenskap- fedme og helse

Veileder: Tove Carstensen

Juni 2019

Vibeke Dahl

Fedme og Psykisk helse

En kvalitativ studie

(Obesity and Mental health- A qualitative study)

Masteroppgave i Klinisk Helsevitenskap- fedme og helse
Veileder: Tove Carstensen
Juni 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

 **NTNU**
Norwegian University of
Science and Technology

Førord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik og interessant prosess- både faglig og personlig, og i den forbindelse er flere mennesker som fortjener en takk for sine bidrag.

Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til informantene mine som muliggjorde denne studien ved å dele erfaringer og kunnskap med meg. Uten dere hadde ikke dette vært mulig.

Jeg vil takke hovedveileder Tove Carstensen for dine konstruktive og reflekterte tilbakemeldinger, og for at du har vært tilgjengelig for spørsmål gjennom hele prosessen. Din hjelp har vært veldig verdifull for gjennomføringen av denne studien. Jeg ønsker også å takke biveileder Trine Tetlie Eik-Nes for tanker og innspill under utviklingen av ideene i denne oppgaven, hjelp med rekruttering av informantene og veiledning. Jeg setter pris på din entusiasme, kunnskap og ditt glødende engasjement.

Jeg vil også takke foreldrene mine som har stilt opp som barnevakt gjennom hele studieperioden, og gjort det mulig for meg å delta på undervisning i permisjonstiden. Deres hjelp og støtte har betydd veldig mye! Til slutt en ekstra stor takk til min samboer Sivert, for din tålmodighet og støtte, og dine oppmuntrende ord når ting har vært krevende. Jeg setter utrolig stor pris på deg!

Trondheim, mai 2019

Vibeke Dahl

Sammendrag

Bakgrunn: Overvekt og fedme er et økende nasjonalt og globalt problem, og psykologiske aspekter av fedme har fått økt oppmerksomhet den siste tiden. Det ser ut til å mangle undersøkelser på hvordan helsepersonell opplever og erfarer psykologiske perspektiv i behandling av fedme.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få innblikk i hvordan helsepersonell opplever fedmebehandling, og deres erfaringer i henhold til pasientenes psykiske helse.

Metode: Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju ble gjennomført med seks personer som jobber med fedmebehandling om deres opplevelse og erfaring av behandling av fedme. Systematisk tekstkondensasjon ble anvendt for dataanalyse.

Resultater: Resultatene viser kompleksiteten ved behandling av fedme og helsepersonells utfordringer i ulike behandlingssituasjoner. Funnene i denne studien underbygger behov for kunnskap, samarbeid, flere behandlingstilnærminger og individualiserte behandlingsforløp i behandling av fedme, slik at helsepersonell skal kunne tilby pasienter med fedme og psykiske lidelser, som for eksempel overspisingslidelse, et bedre behandlingstilbud.

Konklusjon: Studiens funn indikerer behov for kunnskap og samarbeid på tvers av faggrupper, fagfelt og disipliner, slik at helsevesenet skal kunne gi et fullverdig behandlingstilbud til pasienter med fedme og psykisk uhelse.

Relevans: Resultater fra denne studien kan gi viktige bidrag til å forbedre helsetjenester og behandling for pasienter med fedme og psykisk uhelse. Spesielt gir funn fra denne studien innsikt i hvordan helsepersonell opplever og erfarer psykologiske perspektiv i behandling av fedme. For det andre kan denne studien bidra til å vektlegge behovet for økt kunnskap og kompetanse på tvers av fagfelt innen helsevesen og retningslinjer, samt bedre strategier for behandling av fedme.

Abstract

Background: Obesity is a growing national and global challenge, and psychological aspects of obesity have recently received increased attention. How health professionals experience psychological perspectives in the treatment of obesity seem to lack research.

Purpose: The purpose of this study is to gain insight into how health professionals experience obesity treatment and their experiences with patients' mental health.

Methods: A qualitative study using focus group interview was conducted with six people working with obesity treatment about their experience of treating obesity. Systematic text condensation was applied for data analysis.

Results: The results show the complexity of treating obesity in diverse contexts of obesity treatment. The findings of this study support the need for knowledge, collaboration, multiple treatment approaches, and personalized treatment in the treatment of obesity, so healthcare professionals can provide patients with obesity and mental disorders, such as binge eating disorder, better treatment options.

Conclusion: This study indicates a need for knowledge and collaboration across disciplines, so healthcare professionals can provide patients with obesity and mental disorders better treatment options.

Relevance: Findings from this study can give important contributions to improve health care services and treatment for patients with obesity and mental illness. Especially, findings from this study provide insight into how health professionals experience psychological perspectives in the treatment of obesity. Secondly, this study can contribute to emphasize the need for increased knowledge and expertise across disciplines within healthcare and guidelines, as well as better strategies for treatment of obesity.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
1.0 BAKGRUNN.....	6
1.1 Introduksjon	6
1.1.1 Formål og problemstilling.....	8
1.1.2 Oppgavens disposisjon.....	9
1.2 Teoretisk bakgrunn.....	9
1.2.1 Fedme	10
1.2.2 Tradisjonell behandling av fedme	10
1.2.3 Psykisk helse.....	12
1.2.4 Forskning på fedme og psykisk helse.....	13
2.0 METODE.....	14
2.1 Studiedesign.....	14
2.1.1 Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming.....	14
2.1.2 Fenomenologiens tilnærming.....	15
2.1.3 Hermeneutisk tilnærming.....	15
2.1.4 Forforståelse.....	15
2.2 Rekruttering/Utvalg	16
2.3 Datainnsamling.....	17
2.4 Analyse.....	18
2.4.1 Å få et helhetsinntrykk.....	18
2.4.2 Å identifisere meningsdannende enheter.....	18
2.4.3 Kondensering.....	19
2.4.4 Rekontekstualisering.....	20
2.5 Forskningsetikk.....	20
3.0 RESULTATER.....	22
3.1 Strukturert forløp.....	22
3.1.1 Grundig utredning.....	22
3.1.2 Felles informasjonsdag.....	23

3.1.3	Mye ansvar og få ansatte.....	24
3.1.4	Stort engasjement for å bistå.....	24
3.2	Samarbeid.....	25
3.2.1	Helhetlig tilnærming- psykisk og somatisk helse.....	25
3.2.2	Kommunale forskjeller i oppfølging.....	26
3.3	Fokus på psykisk helse.....	27
3.3.1	Mulighetene i dagens behandlingsforløp.....	27
3.3.2	Ønske om individualiserte forløp.....	28
3.3.3	Å styrke voksentemet.....	29
4.0	DISKUSJON.....	31
4.1	Utfordringer i tradisjonell fedmebehandling.....	31
4.2	Å falle mellom stoler.....	33
4.3	Behov for individualisert behandlingsforløp.....	35
4.4	Handlinger for å styrke tverrfaglig team.....	36
4.5	Metodiske betraktninger.....	37
4.5.1	Utvalg og rekruttering.....	37
4.5.2	Datainnsamling.....	38
4.5.3	Analyse og tolkning.....	39
6.0	AVSLUTNING.....	40
7.0	REFERANSER.....	40
VEDLEGG:		
Vedlegg 1: Intervjuguide		
Vedlegg 2: Informasjonsskriv		
Vedlegg 3: Samtykkeerklæring		
Vedlegg 4: Godkjennelse fra Norsk senter for forskningsdata AS (NSD)		

1.0 Bakgrunn

1.1 Introduksjon

Dette er en masteroppgave i klinisk helsevitenskap-fedme og helse, som springer ut fra min nysgjerrighet for helsepersonells søkelys på psykisk helse i fedmebehandling. Det eksisterer litteratur om psykisk helse og fedme, men så vidt jeg kan se er det ingen studier som undersøker hvilke erfaringer helsepersonell har vedrørende psykologiske faktorer i fedmebehandling. I dette delkapittelet vil jeg først belyse teori om fedme og psykisk helse, deretter beskrive sammenhenger mellom fedme og psykisk helse, samt vise til eksisterende litteratur som finnes på området.

Overvekt er et økende nasjonalt og globalt problem, og ifølge Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer (1) er det en mulig global epidemi med store samfunnsmessige konsekvenser. Body Mass Index (BMI) eller på norsk kroppsmasseindeks (KMI) er det viktigste måleverktøyet i forhold til kroppsvikt, og BMI over 30 regnes som fedme. 1 av 5 nordmenn har BMI over 30, og ifølge Drøyvold mfl. (2) er dette en fordobling av tilfellene de siste 20 årene. Studier viser at gjennomsnittsvekten og andelen unge med overvekt og fedme øker, og til sammen har 21% av unge kvinner og 28% av unge menn i alderen 18-20 år overvekt eller fedme (3; 4).

Globale tall viser at i 2016 var mer enn 1,9 billioner voksne fra 18 år og eldre overvektige, og av disse var det 650 millioner som led av fedme. Av barn og tenåringer mellom 5-19 år i 2016, var over 340 millioner overvektige eller led av fedme (5).

Fedme er en tilstand som anses å gi helsemessige konsekvenser, og individer med fedme har større risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og visse typer kreft (6). Vektreduksjon og/eller bedre livsstil kan redusere denne risikoen betydelig, og i tillegg redusere sykkeligheten hos de som har slik sykdom (1). For å oppnå god helsegevinst hos pasienter med fedme, er 5-10% vekttap tilstrekkelig for å redusere sykkelighet, men det kan være nødvendig med større vektreduksjon hos personer med fedmerelaterte følgesykdommer (1). En stor utfordring for helsevesenet er at de fleste som har forsøkt å gå ned i vekt erfarer i større eller mindre grad at vektreduksjon og opprettholdelse av vekt nivå etter en vektreduksjon er utfordrende. Fothergill mfl. (7) gjennomførte en studie på deltakere i tv-program om vektreduksjon, og fant at deltakerne i gjennomsnitt hadde lagt på seg om lag 70 prosent av vekt nedgangen samt hadde lavere forbrenning seks år etter deltakelsen. Funnet understøttes i en annen studie fra 2010 (8). Biologiske kompensatoriske mekanismer, som for

eksempel økt sultfølelse, jobber med andre ord mot vektreduksjonen, og det kan medføre sultfølelse, lavere metthetsfølelse, økt glede av energitett mat (sukker- og fettrik) og at forbrenningen faller (8).

Somatiske sykdommer forbundet med overvekt og fedme er for de fleste kjent, men psykologiske aspekter av fedme har derimot fått mindre oppmerksomhet, til tross for at forskning viser en sammenheng mellom fedme og psykisk helse. For eksempel viser flere studier at lav sosioøkonomisk status i oppveksten som for eksempel vold- og misbrukserfaring, kaotiske og dysfunksjonelle familier er assosiert med høy sannsynlighet for å utvikle risikofaktorer for de hyppigste dødsårsakene blant voksne (9; 10). Psykiske belastninger opplevd tidlig i livet står i et dose-respons-forhold til alvorlige somatiske sykdommer i den voksne befolkningen (10).

Psykiske lidelser har blitt diskutert som både årsak til og virkning av fedme. Noen studier indikerer at psykiske lidelser er en bidragende årsak til fedme, mens andre betrakter psykiske lidelser som ettervirkninger av fedme. En del betrakter overspising som en avhengighetssykdom på likt nivå med alkohol-, nikotin-, og spilleavhengighet (11). Er psykiske faktorer en bidragende årsak til fedme eller et resultat av fedme, og kan fedme behandles bedre ved å forstå utviklingen av fedme sett i et psykologisk perspektiv? I følge Lumeng (12) mangler et mer omfattende og integrert system av psykisk helsevern og tradisjonell helsetjeneste (offentlige og private virksomheter som forebygger, behandler og rehabiliterer sykdom), i forbindelse med forebygging og behandling av barndomsfedme. Forskning viser en dose-responssammenheng mellom en selvrapportert, vanskelig barndom og en rekke former for sykkelighet senere i livet, inkludert fedme (2). For eksempel kan «emosjonell bagasje» forstås som en sentral barriere for livsstilsendring hos pasienter med overvekt/fedme (13).

Redusert hverdagsaktivitet og næringstett kost får skylden for en stadig mer overvektig befolkning. Paradoksalt lever vi i ett samfunn hvor idealet om en slank og veltrent kropp, kan oppleves som svært problematisk for mange.

Ifølge Skårderud er kroppen et symbolsk redskap, for å kommunisere til seg selv og andre om identitet (14). Fedme kan i fattige kulturer fungere som et symbol på velstand, mens i dagens vestlige sammenheng tolkes fedme som mangel på selvkontroll (14).

I de senere år har spiseforstyrrelser (SF) fått økt oppmerksomhet i forbindelse ved forskning på fedme, og i 2013 fikk overspisingslidelse en selvstendig diagnosekategori i den amerikanske diagnosemanualen for psykiske lidelser (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (15). Det mest sentrale trekket ved en overspisingslidelse er objektiv overspising med en følelse av kontrolltap. Overspisingslidelser er preget av tilbakevendende store overspisingsepisoder og en følelse av mangel på kontroll over matinntaket med betydelige innslag av depresjon, skam og skyld (16). Lidelsen er assosiert med fedme og progressiv eskalering av BMI over tid, og er den mest utbredte formelle SF. Mennesker som lider av overspisingslidelse driver ikke med ekstreme former for vektkontroll i form av «renselsesadferd» (for eksempel oppkast) slik som de som lider av bulimia nevrosa. En stor andel av personer som har en overspisingslidelse lider også av overvekt eller fedme (16), og internasjonale studier viser at 30% av pasienter som søker behandling for fedme har en overspisingslidelse (17). I tillegg viser studier at en stor andel av pasienter med overspisingslidelser som søker fedmebehandling har belastende livserfaringer i barndommen (for eksempel omsorgssvikt, krenkelser, seksuelle og fysiske overgrep) (18).

Den største utfordringen med behandling av overvekt og fedme er vedlikehold av vekttap. I det neste delkapittelet vil jeg vise til studier som har gjennomført livsstilsintervensjoner som inkluderer diett og fysisk aktivitet, samt studier som har undersøkt effekt av fedmekirurgi.

Gjennom denne masteroppgaven ønsker jeg å undersøke helsepersonellens erfaringer med psykologiske faktorer i fedmebehandling. Studien søker å illustrere en variasjon av helsepersonells erfaringer med psykisk helse i behandling av fedme som kan åpne for ny og supplerende kunnskap.

1.1.1 Formål og problemstilling

Jeg har i dette prosjektet søkt kunnskap om tradisjonelle livsstilsintervensjoner og fedmekirurgi i behandling av fedme, og helsepersonells erfaring med pasienters psykiske helse som bidragende årsaker og virkninger til utvikling av fedme.

Hensikten med studien er å få innblikk i hvordan helsepersonell opplever og erfarer det psykologiske perspektivet i behandling av fedme.

Dette har ført meg til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsepersonell vedrørende fokus på psykisk helse i fedmebehandling?

1.1.2 Oppgavens disposisjon

Denne studien begynner med kapittelet *1.0 Bakgrunn*, hvor det beskrives bakgrunn for valg av tema, tidligere litteratur, studiens formål og problemstilling. Videre, teoretisk bakgrunn med redegjørelse av fedme, tradisjonell behandling av fedme, psykisk helse, samt forskning på fedme og psykisk helse. Kapittel *2.0 Metode*, beskriver grunnlag for valg av metode, redegjørelse for rekruttering/utvalg, forforståelse, datainnsamling, analysemetode og etiske overveielser. I kapittel *3.0 Resultater*, vil resultatene presenteres med utgangspunkt i de ulike kategoriene som jeg kom fram til gjennom analyseprosessen. *4.0 Diskusjon*, i dette kapittelet blir sentrale funn gått igjennom og deretter drøftet med bakgrunn i tidligere presentert litteratur, i tillegg vil styrker og svakheter av studiens metodevalg diskuteres, samt hvordan disse kan ha påvirket studiens resultater. Studien avsluttes med kapittel *5.0 Avslutning*, med noen betraktninger, og *6.0 Referanser*.

1.2 Teoretisk bakgrunn

For å kunne stille gode spørsmål til deltakerne i et intervju med fokusgruppe, er det viktig med bakgrunnskunnskap. En systematisk litteraturgjennomgang skal danne grunnlaget for studiens bakgrunn, og det er den teoretiske referanserammen som skal vise sammenhengen mellom temaet og tidligere forskning innenfor temaet. Det er gjort søk i ulike databaser som BIBSYS, PubMed og Cochrane library hvor jeg fant aktuelle forskningsartikler. Søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner var «Obesity», «Mental Health», «Treatment», Health Professionals», «Lifestyle interventions», «Binge eating». I tillegg søkte jeg etter litteratur som andre forfattere har brukt som primærlitteratur. Jeg har vurdert hvem som har skrevet forskningslitteraturen, om den er fagfellevurdert og om den er tidsmessig riktig.

I dette delkapittelet vil jeg presentere noe av den relevante litteraturen og tidligere forskning som er utført om helsepersonells erfaringer med psykisk helse i fedmebehandling. Jeg vil i tillegg i dette delkapittelet gjøre rede for hva fedme og psykisk helse er og vise til tidligere forskning på tradisjonell behandling av fedme, samt fedmekirurgi og sammenheng mellom fedme og psykisk helse, for å kunne se funnene i denne studien i sammenheng med tidligere litteratur. Selv om tematikken fedmekirurgi ikke ble særlig berørt i intervjuet, har jeg valgt å beskrive feltet og de mulige psykologiske utfordringene, da en betydelig andel av pasientene

mottar denne intervensjonen, til tross for at vi mangler god nok kunnskap om screening og postoperative komplikasjoner når det gjelder psykisk helse.

1.2.1 Fedme

Overvekt og fedme er en av verdens største helseutfordringer og blir definert av Verdens helseorganisasjon som overdreven eller unormal fettoppbygging som kan være helsefarlig (5). Ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk er den grunnleggende årsaken til overvekt og fedme. Miljø, levevaner, biologiske forutsetninger og individuell atferd er faktorer som kan forstyrre energibalansen og øke sårbarheten både individuelt og på befolkningsnivå. Overvekt og fedme gir som nevnt tidligere betydelig økt risiko for en rekke sykdommer, som Type 2-diabetes, hypertensjon, dyslipidemi, fettlever, insulinresistens, obstruktivt søvnapnesyndrom og galleblæresykdom (5).

Overvekt blir som nevnt innledningsvis vanligvis målt i Body Mass Index (BMI) eller på norsk kroppsmasseindeks (KMI). Et individs KMI beregnes på grunnlag av individets vekt (i antall kilogram) dividert på kvadratet av høyden (i antall meter). KMI beregnes på lik måte hos barn som hos voksne, men vurderingen av KMI er forskjellig. Normalområdet for KMI hos barn varierer med alder og kjønn, derfor brukes begrepet Iso-KMI for å definere barns fedme. Iso-KMI er et uttrykk for hvilken vektklasse den målte verdien hos et barn tilsvarer hos en voksen. En KMI på 25 eller over klassifiseres som overvektig mens en KMI på 30 eller over klassifiseres som fedme (6).

1.2.2 Tradisjonell behandling av fedme

Det er fortsatt en manglende forståelse av årsakssammenhenger til fedme, selv om det har vært investert en betydelig innsats for å identifisere disse. De sentrale elementene i behandling av fedme er diett og fysisk aktivitet, og i lang tid har man tenkt at fedme er forårsaket kun av mangel på kontroll over disse. Nyere forskning viser derimot at psykologi og genetikk har en vesentlig rolle ved utvikling av fedme, og at det fysiske, sosiale og politiske miljøet vi lever i stor grad påvirker evnen til å opprettholde atferd som er egnet for vektkontroll over tid (19).

Dagens fedmebehandling består i hovedsak av tiltak med anbefalinger om diett og fysisk aktivitet (livsstilsintervensjoner) og fedmekirurgi.

En studie viser at livsstilsintervensjoner for fedme gir gjennomsnittlig vekttap på opptil 8 kg i løpet av 6 måneder, og kan gi meningsfulle forbedringer i risikofaktorer for kardiovaskulære sykdommer og livskvalitet (20). Det er i stor grad få studier som har vist at opprettholdelse av vekt er mulig over tid, men studien av Peirson mfl. (21) viser at bedre resultat kan oppnås hvis man følger individer over tid.

Ved hjelp av nevnte intervensjoner er det vanskelig å redusere vekt og opprettholde redusert vekt, og 3-5 år etter behandling har 85% av pasientene med fedme gått opp i vekt eller overskredet sin vekt før behandling (22).

Behandling av fedme preges i stor grad av høyt frafall (23; 24), og med hensyn til utvikling av fedme viser kvalitative studier (25) at pasienters psykiske helse i liten grad har blitt utforsket eller hensyntatt. En studie av Amiranto mfl. (26) viser at psykologiske intervensjoner har mindre frafall fra behandling sammenlignet med tradisjonell fedmebehandling.

I en undersøkelse av pasienter med overspisingslidelse som hadde mottatt tradisjonell fedmebehandling fortalte samtlige informanter at det ble gitt liten eller ingen oppmerksomhet til følelser i deres behandling, selv om de fleste beskrev spisemønsteret sitt som «selvmedisinering mot vonde følelser» (25).

Pasienter med sykkelig overvekt som har hatt manglende effekt av livsstilsintervensjoner kan vurderes for fedmekirurgi (27). Pasienter med psykiske lidelser kan bli avvist for fedmekirurgi blant annet fordi man anser at risikoen er for stor i forhold til gevinst av inngrepet. I Norge har det vært en økning i antall fedmeoperasjoner de siste årene (28). Tall fra Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi viser at antallet pasienter som er opererte er mer enn tidoblet de siste ti årene (29). Årlig opereres rundt 3000 norske pasienter for sykkelig overvekt. Til tross for at fedmekirurgi er den behandlingsformen for fedme med best og varig vekttap (30), kan fedmeopererte pasienter oppleve komplikasjoner. For eksempel viser en ny studie basert på registerdata av fedmekirurgi i Norge, Sverige og Nederland at cirka 3% av de som mottok fedmekirurgi hadde alvorlige komplikasjoner etter inngrepet (31). Videre viser en av de største studiene på fedmekirurgi at de som ble behandlet kirurgisk hadde økt risiko for komplikasjoner som magesmerter, magesår og jernmangel sammenlignet med pasienter som ble behandlet med livsstilsbehandling etter cirka 6 års oppfølging (32). Denne studien viste i tillegg en 50% økt risiko for depresjon, angst og søvnforstyrrelser hos pasienter som hadde gjennomgått fedmekirurgi sammenlignet med pasienter som fikk livsstilsbehandling (32). En

stor bekymring ved fedmekirurgi er at pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi viser høyere selvmordsrate i forhold til befolkningen generelt (33; 34). Hovedutfordringen ved fedmekirurgi er at det ikke eksisterer enighet om screening av psykisk helse før eller etter kirurgi, og det blir derfor store variasjoner på bakgrunn av ressurser og muligheter hver enkelt enhet som utfører fedmekirurgi har (35). I tillegg eksisterer svært få gode oppfølgingsstudier med søkelys på psykiatriske komplikasjoner etter fedmekirurgi (36). Det er dermed manglende kunnskap om psykiatriske komplikasjoner før og etter fedmekirurgi.

1.2.3 Psykisk helse

Psykisk helse kan defineres som menneskets funksjon på det følelsesmessige, psykologiske og det sosiale plan. Menneskets psykiske helse påvirker hvordan man tenker, føler og fungerer, samtidig som det er med på å bestemme hvordan man håndterer stress, forholder seg til andre mennesker og hvilke valg man tar i livet. Psykisk helse er viktig i alle stadier i livet, fra barndom til ungdom og gjennom voksen alder (37).

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager kjennetegnes ved tilstander som er plagsomme og oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de kan betegnes som diagnoser (38).

En psykisk lidelse kjennetegnes av tydelige psykologiske og/eller atferdsmessige endringer og kan beskrives som problemer på to nivå. Mentale avvik som emosjonell smerte, forstyrrede tanker og lav selvfølelse på det ene nivået, og atferdsmessige avvik som fører til vansker i forhold til familie, utdanning og arbeidsliv på det andre (39).

Spiseforstyrrelser defineres som psykiske lidelser og kjennetegnes av vansker med å forholde seg til mat, tanker og følelser (40). Overopptatthet av kropp, vekt, figur og utseende er gjennomgående trekk ved SF og symptomene kan i et psykologisk perspektiv forstås som uhensiktsmessige mestringsstrategier i møte med vanskelige følelser og livsbelastninger (40).

Som nevnt innledningsvis viser internasjonale studier at anslagsvis 30% av pasienter som søker behandling for fedme har en overspisingslidelse (17). Forekomsten av overspisingslidelse blant voksne er anslått til å være 2,8 % i USA, og på grunn av tilstandens innvirkning på psykisk, fysisk og sosial funksjon er overspisingslidelse et betydelig folkehelseproblem (41; 42). Barndomstraumer og helseplager med utspring i stigmatisering og gjentatte krenkelser kan bidra til utfordringer i ulike deler av hverdagen, og en god del av mennesker som lider av overspisingslidelse og fedme opplever vesentlige vansker med å

beherske dagliglivets utfordringer (41; 42). Mangel på kunnskap om overspisingslidelser kan føre til at pasientene ikke identifiseres med overspisingslidelse og dermed ikke får behandlingsintervensjoner rettet mot deres til grunnleggende psykiske lidelse.

1.2.4 Forskning på fedme og psykisk helse

Flere studier finner sammenheng for at fedme er forbundet med økt sannsynlighet for dårligere psykisk helse (43).

Fedme blir ikke ansett som en psykisk lidelse, men de som allerede har en psykisk lidelse, som for eksempel depresjon, har økt sannsynlighet for å utvikle overvekt og fedme. Medikamenter som antidepressiva og betablokkere har ulike bivirkninger og vektøkning er en av dem (44).

Pasienter som ikke var fysisk aktive i tråd med anbefalingene ett år etter fedmekirurgi, skåret høyt for skam og selvvurdering basert på vekt og kroppsform, ifølge en norsk studie om sykkelig overvekt og psykisk helse (45). To studier viser klinisk relevante sammenhenger mellom lav selvfølelse, skam, unnvikende mestringsstrategi og hjelpeløshet knyttet til følelsen av å ikke kunne regulere verken kroppsvekt eller skamfulle følelser relatert til overvekt (46; 47). En annen studie indikerer at de som bygger selvvurderingen på vekt og kroppsform i større grad legger på seg etter vektreduserende behandling (48).

Ifølge Taylor mfl. (49) er det viktig at helsepersonell som er involvert i behandling av personer med psykiske lidelser blir kjent med tiltak som er tilgjengelige for å behandle fedme. Å ha en psykisk lidelse krever ofte økt kunnskap og flere verktøy enn kun anbefalinger om kosthold og mosjon.

Det synes å eksistere studier som belyser sammenhengen mellom fedme og psykisk helse, men så vidt jeg kan se er det ingen som har etterspurt helsepersonells synspunkter og erfaringer med psykisk helse i fedmebehandling. Dette danner grunnlaget for min studie.

2.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere grunnlag for metodevalg, og deretter redegjøre for utvalg, rekruttering, datainnsamling og analysemetode. Kapitlet avsluttes med en redegjørelse for de etiske overveielserne som ligger til grunn for gjennomføring av denne studien.

2.1 Studiedesign

I denne masteroppgaven er det gjennomført en kvalitativ studie av seks informanter som arbeider med fedmebehandling. Informantenes erfaringer vedrørende fokus på psykisk helse i behandling av fedme er studert ved bruk av fokusgruppeintervju.

Kvalitative metoder egner seg godt for forskning som ønsker å sette nye spørsmål på dagsordenen, eller ved problemstillinger der vi på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativer (50).

Ifølge Dalland (51) gir kvalitative metoder muligheter til å få nærhet til feltet og å gå i dybden. Fremstillingen av meninger og opplevelse skal formidle forståelse, og få frem sammenheng og helhet.

Denne studien ble gjennomført med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, som søker å beskrive og tolke helsepersonells erfaringer med fedmebehandling, og hvordan de forstår og opplever behandlingstilbudet. Begrepet «fenomenologi» brukes ved forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet, og «hermeneutikk» når det handler om tolkning av meninger (50).

2.1.1 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Fenomenologien bygger på den subjektive opplevelsen av menneskets erfaringer i sin egen livsverden (52). Det fenomenologiske perspektivet rundt intervjupersonenes livsverden var i denne studien deres opplevelser av psykologiske aspekt som helsepersonell i behandling av fedme. I denne studien betyr det å få presentert synspunkter og erfaringer helsepersonellet har vedrørende psykologiske perspektiv i fedmebehandling. For å oppnå forståelse gjennom tolkning av datamaterialet forholdt jeg meg til hermeneutiske prinsipper omkring tolkning av tekstmaterialet. Ifølge Kvale og Brinkmann (53) er fenomenologer typisk interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, men hermeneutikere er

opptatt av fortolkningen av mening. Videre i dette kapittelet vil jeg redegjøre for fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming.

2.1.2 Fenomenologiens tilnærming

Fenomenologiens grunnlegger er Edmund Husserl (1859-1938). Husserl studerte menneskers bevissthet, og i det ligger grunnlaget for fenomenologien, at verden kun kan studeres gjennom menneskers bevissthet. Det er altså subjektet som erfarer verden og ikke verden uavhengig av subjektet (52; 54). Fenomenologi er mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver i kvalitativ forskning, og ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter, skal verden beskrives slik den oppleves av informantene (53). Begrepet livsverden blir innenfor fenomenologien brukt for å beskrive hvordan menneskers hverdagsliv fortoner seg og «slik den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse, uavhengig av og forut for alle forklaringer» (53).

2.1.3 Hermeneutisk tilnærming

Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap og handler om å nå frem til gyldige fortolkninger ut fra meningsinnholdet til en tekst (53). For å komme frem til meningen i en tekst må man veksle mellom å se teksten ut fra flere vinkler.

Aadland (52) mener at vi vil aldri kunne ha en forståelse av verden uten vår egen forforståelse, dette er en forutsetning for hermeneutisk tankegang. For å kunne bringe kunnskap videre til andre, må senderen av kunnskapen først ha fått en forståelse om hva kunnskapen er. «Øyet som ser» blir brukt for å beskrive hermeneutikk. Det betyr at det er subjektet som former objektet, og objektet sender tilbake til subjektet. Subjektet bruker hermeneutikk for å fortolke det som subjektet ser (52).

2.1.4 Forforståelse

Som forsker vil man på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultat, uansett hvilke forskningsstudier man skal gjennomføre, eller forskningsmetode man bruker (52). Spørsmålet er ikke hvorvidt man påvirker forskningsprosessen, men hvordan, derfor er det viktig at man som forsker identifiserer sin forforståelse og eget ståsted i forkant av studien (52). I forkant av studien ble derfor min forforståelse nedskrevet, og vil i neste avsnitt presenteres.

Grunnlaget for å gjennomføre denne studien var en interesse for menneskers psykiske helse, fedmebehandling og det helhetlige synet på menneskekroppen. Jeg hadde i tillegg et ønske

om at studien kunne bidra til å sette enda større søkelys på behovet for tilbud av psykologisk utredning og behandling i fedmebehandlingen. Til tross for min mangel på egenerfaring, verken som pasient eller helsepersonell selv, hadde jeg en tanke om at menneskers psykiske helse ikke ble særlig tematisert i behandlingstilbudet for fedme. I bachelorutdanningen min i bevegelsesvitenskap var fysisk aktivitet og endring av kostholdsvaner hovedfokus ved utfordringer med overvekt- og fedme, men gjennom masterutdanningen i klinisk helsevitenskap- fedme og helse, har jeg forstått at forståelsen og «løsningen» på behandling av overvekt- og fedme er mye mer kompleks.

Kompleksiteten når det gjelder fedmetematikken og pasienters utfordringer med å gjennomføre og å opprettholde et varig, tilfredsstillende vekttap, har vekket min interesse for menneskers psykiske helse ved fedmebehandling, samt vært avgjørende for valg av denne studiens problemstilling. I tillegg til bakgrunn i de ulike fagene i masterutdanningen hadde jeg også en forforståelse om at det å lide av fedme stikker dypere enn kun det å spise for mye og være for lite fysisk aktiv. Min forforståelse blir preget av dette, og har ledet meg til tanken om at fokuset i en behandlingssituasjon bør være mer helhetlig, man bør se på mennesket i sin helhet, både den somatiske og den psykiske helsen.

Ved gjennomførelsen av fokusgruppeintervjuet og videre i studien har jeg som forsker bevisst forsøkt å legge denne forforståelsen til side. Kunnskapsgrunnlaget forventes å stamme fra det empirien representerer, derfor er det viktig å ikke la forforståelsen overdøve budskapet fra det empiriske materialet (50). For å styrke studiens troverdighet ble det i tråd med Malterud (50) utøvd refleksivitet hvor jeg vurderte egne fremgangsmåter og konklusjoner aktivt gjennom hele studien, slik at resultatene i studien skal reflektere informantenes erfaringer.

2.2 Rekruttering/Utvalg

I denne studien ble det gjort et strategisk utvalg av informanter fra nettverket til biveileder. Det betyr at informantene er valgt strategisk i forhold til forskningsspørsmålet, med en målsetting om at materialet best mulig kan belyse studiens problemstilling (50). Utvalget i denne studien besto av seks helsepersonell som daglig arbeider med fedmebehandling. Biveileder tok kontakt og informerte om studien, og de responderte raskt at de kunne tenke seg å delta og stille opp til fokusgruppeintervju. Videre avtalte veileder tidspunkt og sted for gjennomføring av fokusgruppeintervjuet, som ble avholdt på et møterom på helsepersonellens

arbeidsplass. Helsepersonellet besto av tre sykepleiere, en lege, en fysioterapeut og en ernæringsfysiolog, som hadde fem til fjorten års erfaring fra arbeid med fedme.

Tabell 1- Skjematisk fremstilling av informantene

Kjønn	Alder	Erfaring
1. Kvinne (K1)	35+	11 år +
2. Kvinne (K2)	45+	8 år
3. Kvinne (K3)	60+	12 år
4. Kvinne (K4)	40+	7 år
5. Kvinne (K5)	40+	5 år
6. Kvinne (K6)	40+	14 år

2.3 Datainnsamling

Det empiriske materialet i denne studien er basert på et fokusgruppeintervju av seks informanter. Intervjuet ble gjennomført den 20. november og hadde varighet på ca. 1 og ½ time. Intervjuet ble spilt inn på lydfil og etter transkribering tilsvarte intervjumaterialet 17 dataskrevne sider med tekst. Som nevnt tidligere ble intervjuet gjennomført på informantenes arbeidsplass.

Med fokusgrupper kan man nyttiggjøre seg verdien av samhandlingen mellom informantene, for å få innsikt på en annen måte enn hva man kan få ved et intervju av enkeltindivider. Når man ønsker å lære om erfaringer, synspunkter eller holdninger i et miljø hvor flere mennesker samhandler, er fokusgrupper spesielt godt egnet (50). I et fokusgruppeintervju skal moderatoren ha en mer styrende rolle og sørge for at deltakerne kommer til orde, følge med på dynamiske prosesser innad i gruppen som kan være med på å styre kunnskapsutvekslingen og bidra til at samtalen får mest mulig konkret forankring til det temaet som skal belyses (50).

Informantene var godt informert på forhånd om samtalens formål og opplegg, og at hensikten med intervjuet var utveksling av erfaringer og utvikling av kunnskap (50). Innledningsvis informerte jeg om at samtalen ble tatt opp på lydopptak og at jeg kom til å ta notater underveis. Ifølge Malterud (50) er det nyttig med notater underveis som fanger opp

hovedmomenter fra stemninger i samtalen, samtidig som man kan få med tilleggsinformasjon som ikke kommer frem på lydopptaket.

Det ble brukt intervjuguide (vedlegg 1) med åpne spørsmål, som jeg benyttet for å lede diskusjonen inn på spesielle deler av temaene for å få best mulig svar på problemstillingen.

2.4 Analyse

De innsamlede dataene ble analysert med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering, som er modifisert av Malterud med inspirasjon fra Giorgis fenomenologiske analyse (50). Denne analysemetoden egner seg godt for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper (50). Metoden kan i tillegg være hensiktsmessig for nybegynnere, fordi analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte (50).

Hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering gjennomføres i fire trinn: 1) få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene (kondensering) og 4) å sammenfatte betydningen av dette (rekontekstualisering) (50). Videre vil jeg beskrive de fire trinnene og hvordan jeg gikk frem i hvert enkelt trinn.

2.4.1 Å få et helhetsinntrykk

Første trinn i analysen besto av å lese nøye gjennom transkripsjonen av intervjuet flere ganger for å danne seg et helhetsinntrykk av materialet. I følge Malterud (50) skal vi på dette trinnet arbeide aktivt for å sette vår forståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes. Ved denne prosedyren er det viktig å stille seg åpen for de inntrykkene materialet formidler for å sikre at deltakernes stemmer er gjeldende, samt å omsette materialet til foreløpige temaer. Da fokusgruppeintervjuet var gjennomført ble lydfilen transkribert og lest i sin helhet flere ganger med fortløpende kommentarer og refleksjoner i teksten underveis. Dette gav et inntrykk av hovedområdene for helsepersonellens erfaring, og jeg skrev ned noen foreløpige tema som jeg kunne skimte i teksten. Deretter drøftet jeg temaene med veileder og vi kom frem til fem foreløpige temaer som vi mente representerte min problemstilling: 1) Tradisjonelt/konservativt løp 2) Fokus på psykisk helse 3) Psykisk og somatisk helse-samarbeid 4) Forskjeller på tilbud i kommunene 5) Ønsket kompetanse/forløp.

2.4.2 Å identifisere meningsdannende enheter

Det andre analysetrinn besto av å sortere materialet videre og identifisere meningsbærende enheter som kunne tenkes å belyse studiens problemstilling. Med utgangspunkt i de foreløpige temaene fra forrige trinn ble materialet organisert og sortert ved en systematisk gjennomgang av transkripsjonen, linje for linje, for å identifisere meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble deretter markert og kodingen kunne begynne. Jeg skrev ut transkripsjonen, klippet ut og flyttet tekstbiter tilhørende hvert av mine foreløpige temaer og limte de på hver sin plakat, slik at jeg fikk bedre oversikt. Denne prosessen var tidkrevende, men jeg synes den var nyttig ettersom jeg da ble enda bedre kjent med materialet. Underveis viste det seg at noen av temaene som: psykisk og somatisk helse og forskjeller på tilbud i kommunene, fokus på psykisk helse og ønsket forløp/kompetanse hadde endel dobbeltkoding. Derfor vurderte jeg det som riktig å justere temaene og da fikk jeg tre koder med meningsbærende enheter: «Strukturert forløp», «Samarbeid» og «Fokus på psykisk helse». Underveis i arbeidet beholdt jeg en komplett versjon av materialet som verken var kodet eller dekontekstualisert, da det er opp mot denne helheten funnene til slutt skal vurderes opp mot (50).

2.4.3 Kondensering

På analysetrinn tre ble de meningsbærende enhetene fra analysetrinn to omskrevet og sammenfattet til en mer generell form for kondensering. Jeg lette etter mening og kunnskap innen kodegruppene, og delte kodegruppene inn i flere subgrupper som blir analyseenheten på dette trinnet. Subgruppene ble justert etter hvordan de komplementerer hverandre. Det empiriske materialet var til slutt redusert til tre hovedgrupper; «Strukturert forløp», «Samarbeid» og «Fokus på psykisk helse» og ni subgrupper; «Grundig utredning», «Felles informasjonsdag», «Mye ansvar og få ansatte», «Stort engasjement for å bistå», «Helhetlig tilnærming- psykisk- og somatisk helse», «Kommunale forskjeller i oppfølging», «Mulighetene i dagens behandlingsløp», «Ønske om individualisert forløp» og «Å styrke vaksenteamet». I denne fasen lager vi et kondensat, det vil si et kunstig sitat, som bærer med seg innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i subgruppen, fortrinnsvis med bruk av informantenes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. Her brukes jeg-form for å minne om at den skal representere hver av informantene (50). I tråd med Malterud (50) valgte jeg å starte med en av de meningsfulle enhetene som jeg oppfattet som rik og uttrykksfull og skrive inn tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene omkring denne teksten. Det samme ble gjort med de

andre sub-gruppene under hver kodegruppe. I tillegg valgte jeg ut enkelte sitater som var beskrivende for temaene og som både kunne underbygge studiens funn, samt fremheve informantenes stemmer (50).

2.4.4 Rekontekstualisering

I analysens fjerde og siste trinn ble innholdet i kodegruppene og subgruppene med de meningsbærende enhetene og kondensatene satt sammen igjen. Sammenfatningen er nå blitt til en analytisk tekst som formidler studiens resultater, dette kommer jeg tilbake til i neste kapittel. I tråd med Malterud (50) ble det lagt vekt på at sammenfatningen skulle formidles på en måte som var lojal i forhold til informantenes stemmer og i tillegg gi leseren innsikt og tillit. Hver subgruppe får sitt eget avsnitt hvor de meningsbærende enhetene anvendes og noen fremheves som særlig viktige. Som for eksempel:

(K5): Det er litt som det vi har snakket mye om det her med de dørene som vi åpner som vi ikke får til å lukke igjen, fordi at vi har på en måte ikke noe å tilby pasienten. Dette sitatet passer godt inn i subgruppen «Helhetlig tilnærming- psykisk og somatisk helse» under hovedgruppen «Samarbeid», fordi det viser informantens bekymring ovenfor pasientene de ikke har nok kompetanse til å tilby behandling.

Når deler blir løsrevet fra det opprinnelige materialet på denne måten, er det viktig å bevare informantenes utsagn og meninger uten å fordreie opplysningene. Dette ble gjort ved å sammenligne beskrivelser og begreper opp mot råmaterialet og helheten i det transkriberte intervjuet. I tillegg ble de inkluderte sitatene sett i sammenheng med konteksten i intervjuet. Til slutt ble overskrifter som sammenfattet innholdet i hovedgruppene og subgruppene utformet, dette kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

2.5 Forskningsetikk

I forkant av studiens gjennomføring ble det søkt godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) for studiens registrering, håndtering og oppbevaring av personopplysninger. Godkjenning fra NSD ble mottatt 1.november (vedlegg 4).

Forsvarlig forskningsetisk framgangsmåte krever skriftlig informasjon og informert samtykke (50). Derfor mottok alle deltakerne skriftlig informasjonsbrev (vedlegg 2) som forklarte

studiens overordnede formål og framgangsmåte, samt en erklæring om informert samtykke som måtte signeres før deltakelse (vedlegg 3).

For at deltakerne ikke skulle føle seg bundet til noe ble det gitt informasjon om at det var frivillig å delta i studien, og at de når som helst kunne trekke sitt samtykke til å delta. Det ville ikke gi noen konsekvenser og de behøvde ikke å oppgi noen grunn for eventuelt hvorfor.

Ettersom det ble brukt lydopptaker gjennom intervjuet var det viktig å gi informasjon om hva som skulle skje med datamaterialet mens jeg jobbet med det, hvordan det skulle oppbevares og lagres, og hvordan det ville bli håndtert i ettertid av studien. I tillegg var det viktig å få frem at deltakerne ble omtalt som informanter, slik at ingen kunne gjenkjennes i studien. Informasjonen ble kun delt mellom meg og veileder.

Det at jeg ikke hadde noen bakgrunn eller erfaring med å lede en fokusgruppe kan ha påvirket prosjektet. For å løse dette på best mulig måte ble veileder inkludert i den styrende rollen underveis i fokusgruppeintervjuet. Samtalen hadde en god flyt og informantene pratet løst med jevnlig innspill fra meg og veileder for å sikre at alle spørsmålene i intervjuguiden ble besvart. Gjennomføringen av mitt første fokusgruppeintervju ga både lærdom og mersmak. Biveileder tok på seg fullt ansvar med rekrutteringen.

3.0 Resultater

Utgangspunktet for min studie var å undersøke *hvilke erfaringer helsepersonell har vedrørende fokus på psykisk helse i fedmebehandling?* I dette kapitlet presenteres resultatene fra min undersøkelse. Resultatene vil bli presentert ved at jeg tar utgangspunkt i de ulike kategoriene jeg kom fram til gjennom analyseprosessen og resultatene illustreres med eksempler på direkte sitat fra informantenes uttalelser. Således kommer informantenes subjektive oppfatninger og perspektiv til uttrykk.

Tabell 2- Oversikt over hoved- og undergrupper

Hovedgruppe	Undergruppe	Undergruppe	Undergruppe	Undergruppe
Strukturert forløp	Grundig utredning	Felles informasjonsdag	Mye ansvar og få ansatte	Stort engasjement for å bistå
Samarbeid	Helhetlig tilnærming- psykisk- og somatisk helse	Kommunale forskjeller i oppfølging		
Fokus på psykisk helse	Mulighetene i dagens behandlingsløp	Ønske om individualiserte forløp	Å styrke voksentemet	

3.1 Strukturert forløp

Resultatdelens første hovedgruppe har jeg valgt å navngi «Strukturert forløp», fordi det kommer tydelig frem gjennom intervjumaterialet hvordan en standard utredning av sykkelig overvekt foregår, hvilken informasjon som blir gitt i forkant av videre behandlingsløp, samt informantenes ansvar og engasjement for å bistå.

3.1.1 Grundig utredning

Informantene begynner med å fortelle at dette er primært en enhet for utredning av fedme og igangsetting av videre behandling, hvor pasientene stort sett blir henvist fra fastlege eller internt i sykehuset.

Videre sa de at standard utredning foregår ved en kartleggingsamtale med sykepleier, medisinsk vurdering hos lege med vurdering av blodprøver, samt bred screening på prøver og måling av symptomer på angst og depresjon ved hjelp av HADS (Hospital Anxiety and

Depression scale). I tillegg spørres det også om psykisk helse, om opplevde traumer, hvordan pasienten selv opplever sin egen psykiske helse og om de har hatt noen oppfølging innenfor psykiatrien. Deretter forklarer de at man sammen med pasienten blir enige om hva som kan være aktuell behandling, enten følger de opp pasienten litt i påvente av riktig tid for behandling eller så henvises pasienten videre. Henvisning kan være tilbake til fastlege, frisklivstilbud, fysikalsk medisinsk poliklinikk, dagrehabilitering, døgnrehabilitering eller videre i forløp for et kirurgisk behandlingstilbud ifølge informantene. De legger også til at de har et samarbeid med konsultasjonspsykiatri for vurdering av sårbarhet i forkant av kirurgi, fordi de i teamet ikke har personell med kompetanse til vurdering av psykisk helse. Denne utredningsenheten har et strukturert og organisert tilbud. Dette understrekes ved en av informantenes uttalelse om de ukentlige henvisningsmøtene og at de innhenter ytterligere opplysninger hvis det er henvisninger de er usikre på:

(K1): Det er jo henvisningsmøter en gang i uken, der hvor vi er flere som diskuterer, det er jo stort sett legen vår som vurderer henvisningene, men hvis det er henvisninger legen er usikker på, så hender det at hun både innhenter opplysninger, ytterligere opplysninger fra fastlege eller fra behandler i psykiatrien, eller at vi diskuterer de da, litt mere tverrfaglig, i forhold til om det er noe vi kan tilby.

Informantene kan også formidle at hvis pasientenes psykiske helse er for utfordrende er det ikke sikkert at de er i stand til å gjennomføre noe konservativt behandlingsløp eller kirurgisk løp. Da er mulighetene at de enten henvises tilbake til fastlege, videre til psykiatrisk behandling eller avvises med en tilbakemelding.

3.1.2 Felles informasjonsdag

Av de henviste pasientene blir flesteparten innkalt til en generell informasjonsdag til å begynne med, hvor det blir informert om utredning og de aktuelle behandlingstilbudene som finnes.

Følgende ble sagt om informasjonsdagen:

(K1): Gjennomsnitt, i fjor så hadde vi i underkant av 1000 henviste pasienter da både barn, ungdom, unge voksne og voksne. Når det gjelder de voksne pasientene, så vet ikke om vi skal si 80 % jeg, men flesteparten blir kalt inn til en generell informasjonsdag først, der vi informerer om utredning og de aktuelle behandlingstilbud som finnes her i byen. Der vi har et

generelt innlegg om fedme, årsaksforhold, mekanismer, behov for vektreduksjon, ja litt om kost og informasjon om hva fedmekirurgi er.

Ifølge informantene blir informasjonsdagen gjennomført seks ganger i løpet av ett år, hvor det møter opp ca. 80 +- pasienter. Informantene mener at en slik informasjonsdag er hensiktsmessig fordi pasientene blir bedre forberedt og kan få en slags formening om hva man trenger støtte til i prosessen videre. Deretter sa informantene at det blir gjort en individuell utredning etter deltakelse på informasjonsdag og innlevering av egenrapportskjema.

3.1.3 Mye ansvar og få ansatte

I dette teamet som hovedsakelig jobber med voksne kan informantene informere om at de per i dag er fem ansatte. Ved en individuell utredningssamtale skal de oppnå tillit til alle de forskjellige pasientene, og prøve å fange opp alt som kan ha innvirkning på videre behandlingsløp. En av informantene beskriver dette på følgende måte:

(K2): Hvis vi da har 700 pasienter da, så har vi jo 700 forskjellige pasienter, det er jo selvfølgelig veldig krevende dette her, og det også ha en samtale, en bli-kjent samtale, det er jo litt lite med den ene samtalen for å skal oppnå tillit da, den tilliten som selvfølgelig er nødvendig for at pasienten skal åpne seg. Hvis det er noe som, de holder jo gjerne kortene tett til brystet, de vil jo ikke nødvendigvis komme ut med all informasjonen under første samtalen, så der må det jo en tillit, det må jo liksom da for eksempel for å kartlegge overspising eller hva som helst annet.

Informantene sammenligner utfordringene flere av pasientene opplever som et slags tempel med livssøyler. I etterkant av behandlingsløp kan det være vanskelig å opprettholde livsstilsendringer uten noen form for støtte. Hvis det skjer det noe i livet som vipper oss litt ut av balanse, mener informantene at det er lett å komme tilbake til gamle vaner igjen. Det de uttrykker bekymring for i en slik situasjon er at det er mangel på form for støtteapparat hvis noe slikt skulle skje etter avsluttet behandlingsløp.

3.1.4 Stort engasjement for å bistå

Informantene forteller at det er flere pasienter som de har definert behov for annen type behandling enn den de kan tilby, og likevel får komme på oppfølging fordi de vet at de trenger støttespillere og de ønsker så gjerne å hjelpe de. Det kan være pasienter som har prøvd annen behandling uten effekt eller pasienter som rett og slett ikke har noe annet tilbud.

Dette beskrives av en av informantene slik:

(K5): Jeg tror kanskje at vi av og til føler at vi er de eneste som egentlig ser de på et eller annet vis.

I tillegg vet de også at det ikke er så mange andre plasser de som veier over 250 kg kan gå for å veie seg, noe som gjør det enda vanskeligere å la være å forsøke å hjelpe dem.

3.2 Samarbeid

Resultatdelens andre hovedgruppe jeg kom fram til i analyseprosessen er «Samarbeid», dette på bakgrunn av tolkning ut ifra samtalen hvor informantene savner en helhetlig tilnærming samt at den kommunale oppfølgingen har for stor variasjon. Når jeg leste gjennom den transkriberte teksten fant jeg flere temaer som handlet om og grenset opp mot samarbeid i helsevesenet.

3.2.1 Helhetlig tilnærming- psykisk og somatisk helse

Informantene opplever at det er mange pasienter som henvises som allerede har et behandlingsforløp i psykiatrien der vekt aldri har blitt tematisert, og notater i pasientenes journal kan bekrefte dette.

En av informantene beskriver at det er en ting å prate om psykiske problemer, men en annen ting å føle seg kompetent i forhold til tiltak.

Det man ikke holder på med kan man føle seg utrygg på støttes av flere og understrekes ved:

(K5): Det er litt som det vi har snakket mye om det her med de dørene som vi åpner som vi ikke får til å lukke igjen, fordi at vi har på en måte ikke noe å tilby pasienten.

Likevel så ser det ut til at informantene er opptatte av å avdekke vanskelige ting som har skjedd i livet, og ofte vet de hvilken behandling pasienten skulle ha hatt, men føler at de ikke har noe behandlingstilbud. Slik jeg oppfattet det som ble sagt, vet informantene at enkelte pasienter ikke vil få innpass i psykiatrisk behandling, samtidig som de ser at fedmebehandling kanskje ikke vil være bra for dem ettersom de strever med de psykiske utfordringene som er avdekket.

De fleste av pasientene som blir henvist til fedmebehandling har som mål å gå ned i vekt, men fordi vektreduksjon over tid er så vanskelig, er de opptatte av å spørre om hvorfor de må ned i vekt og/eller om de kan være der de er?

En av informantene forklarer videre:

(K5): Også er det dette her med at, i forhold til psykisk helse, det er at det kan jo være en sperre for å få den vektreduksjonen, ikke sant, at du, det kan være sperre for å få den behandlingen, for eksempel fedmekirurgi, men det kan også være et hinder, sånn mentalt hinder for å gjøre endringer i livet sitt. Derfor så tenker jeg det at disse pasientene får ikke den hjelpen de trenger på flere plan, for de får ikke den psykiske helsehjelpen de trenger, men de får heller ikke den fysiske.

(...)

(K5): Man må ha to tanker i hodet samtidig.

Ved den medisinske vurderingen kan det avdekkes medikamentutløst vektøkning, og informantene opplever ofte at pasientene er satt på ulike medikamenter i forhold til psykiske lidelser, som gjør at vekten øker uten at det har blitt tematisert i den psykologiske/psykiatriske behandlingen.

Andre tilfeller de opplever er alle former for følelsesregulert spising, som for eksempel småspising gjennom hele dagen, nattspising, overspisingsepisoder og at man regulerer kjedsomhet og angst. Det er også flere pasienter som selv er tydelige på at de overspiser, men at det er vanskelig å få hjelp.

3.2.2 Kommunale forskjeller i oppfølging

Ifølge informantene er de flinke til å henwise til kommunale tjenester der det er hensiktsmessig, men de opplever ofte at pasienter faller litt imellom, og at de muligens ikke er syke nok. I tillegg blir det nevnt at det kan være store forskjeller i tilbudet fra kommune til kommune. Informantene er usikre på de minste kommunene, men de tror at alle kommuner i alle fall har en enhet for psykisk helse. De større kommunene har et bredere tilbud innenfor psykisk helse, det blir nevnt friskliv- og mestringskurs, KID kurs (kurs i mestring av depresjon), KIB kurs (kurs i mestring av belastning), dagrehabilitering, døgntilbud og oppfølgingsenheter.

Kommunal oppfølging oppleves av teamet på følgende måte:

(K2): Vi kan jo bruke den kommunale, vi kan jo anbefale de å ta kontakt med den kommunale enhet for psykisk helse og rus, i (...) kommune som et lavterskeltilbud ja, hvis det er sånne lettere ting da ja. (...) friskliv har jo mestringskurs og.

(K1:) *Av og til så, ja av og til så anbefaler vi dem de altså KIB og KID kursene, hvis det er litt på sånn generelt grunnlag da, men ellers så sender jo legen vår henvisning til DPS.*

(K2:) *Det er ikke så enkelt å få komme inn til DPS heller da.*

(K1:) *Nei, det er akkurat det, det skal jo være i samråd med pasienten, også skal det jo være ganske sånn spesifikt om hva det er behov for eventuelt utredning og behandling av da. Ikke så lett har vi inntrykk av å få innpass.*

En av informantene kan også fortelle at det er en psykolog i barneteamet som bistår med vurdering av pasienter de er usikre på i forhold til psykisk belastning, hva som må henvises og hvem som kan få tilbud på et lavere nivå, som for eksempel ulike kurs gjennom kommunen.

3.3 Fokus på psykisk helse

Resultatdelens tredje og siste hovedgruppe ble naturlig å kalle «Fokus på psykisk helse», på bakgrunn av informantenes utsagn. I løpet av intervjuet ble det gitt bred informasjon om hvilke muligheter som finnes i dagens behandlingsløp, og informantene reflekterte godt rundt ønsker de har for framtiden som kan bidra til å gi teamet økt muligheter.

3.3.1 Mulighetene i dagens behandlingsløp

Informantene forteller at psykisk helse er et tema i kartleggingen for fedme ved denne utredningsenheten, og en god del av pasientene er plaget med den psykiske helsen i form av dårlig selvbilde, angst og depresjon. Informantene sier at de føler det er flere av pasientene som muligens har et urealistisk bilde av akkurat det å gå ned i vekt, og i tillegg er det utfordrende å finne ut hva som kan være årsaken til at pasientene begynner å gå opp i vekt i utgangspunktet. Videre forklarer informantene at det kan være hjelp i enhetens egenrapportskjema, men i enkelte tilfeller kan det være at pasienten selv ikke er bevisst mulige årsaksforhold til sin egen vektøkning.

En av informantene forteller:

(K2): *Og vi er jo ikke, husk på at vi sykepleierne her vi er jo ikke, vi har ikke etterutdanning innen psykisk helse, vi har selvfølgelig lang erfaring som sykepleiere og klinikere, men akkurat på ja så, vi skal jo ikke drive noen behandling vi, vi kartlegger jo bare.*

Utredningsenheten har et eget barne- og ungdomsteam, der har de en psykolog i 20 % stilling tilknyttet teamet, som den ene informant legger frem som en styrke i miljøet:

(K6): I barne- og ungdomsteamet så har vi jo en psykolog tilknyttet, så det tenker jeg er en veldig styrke, for vår del, i forhold til at vi kan ha muligheten til å gjøre vurderinger sammen, samtaler sammen, at hun får til å kartlegge noe mere enn det vi har kompetanse til eller trygghet til å gjøre og, sånn sett da, så det er jo en veldig styrke i miljøet vårt.

Informanten føler også at når man jobber tett sammen en annen fagperson så er det lettere å tilegne seg noe av den kunnskapen personen innehar, som kan føre til at man føler seg litt tryggere på andre felt enn kun sitt eget fagområde. Man kan for eksempel lære seg ulike spørsmålsformuleringer og hva man kanskje kan tenke rundt ulike problemstillinger.

Informantene legger det frem som at det muligens er mer fleksibelt i barne- og ungdomsteamet, hvor de ofte kan være to eller flere samtidig i møte med pasientene. En av informantene opplever at det blir flere komplekse problemstillinger, og at det derfor kan være godt å være to slik at man kan spille litt på hverandre.

3.3.2 Ønske om individualiserte forløp

Behandling av fedme innebærer standardiserte pasientforløp, og informantene uttrykker at det er behov for økt kompetanse for å kunne tilby pasientene individualiserte behandlingsforløp:

(K1): Vi har, men det er jo klart at vi har jobbet fra at vi har de her standardiserte pasientforløpene, så tenker igjen at vi må ha mere individualiserte forløp, altså fordi at det er enkeltindivider, og ingen er like, så man har behov for tilpasset behandling, og det å kunne gjøre en mer sånn spesialisert individuell vurdering, da trenger man mer kompetanse rett og slett.

(K3): Mhm, det er alltid snedig å ha flere forskjellige øyer å se på pasienten, sant, en sykepleier, en lege, også klinisk ernæringsfysiolog, men også hatt da en som kunne ha sett med psykiske briller da for å si det sånn.

Som nevnt tidligere kommer det ca. 80 nye pasienter hver annen måned som skal utredes og inn i videre behandlingsforløp, og med et team bestående av 3 sykepleiere som ikke har fulle stillinger, en ernæringsfysiolog og en lege kan tiden blir minimal på hvert enkelt individ.

3.3.3 Å styrke voksteamet

Informantene beskriver teamet for voksne som tverrfaglig sammensatt og består av 2.3 årsverk for sykepleier, 1 stilling for lege (1, 6 for øyeblikket pga. ekstra behov) og 1,2 stilling for klinisk ernæringsfysiolog. De forteller samtidig at barne- og ungdomsteamet er litt annerledes sammensatt og består av lege, helsesøster, psykolog, klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapeut.

Informantene legger det frem som at de har et veldig godt samarbeid i teamene, og at de er gode til å spille på hverandres kunnskap og kompetanse.

Voksteamet har reflektert en god del rundt hva de har av styrker og svakheter, og det kommer tydelig fram hva de ser for seg kunne gjort arbeidshverdagen enklere:

(K1): Også kunne vi ønsket oss mer spesialisert behandling med tanke på følelsesregulert matinntak og overspising. For det, det er kanskje det vi savner mest da.

Informantene tenker også at det burde vært bedre tilbud av lokal støtte der pasientene bor med tanke på oppfølging i etterkant av behandling, og at støttespillere er en viktig del av prosessen med den livsstilsendringen de har startet på, som understrekes ved:

(K2): De trenger oppfølging, ikke bare en periode vet du, de trenger oppfølging i mange år, sant.

Informantene kan fortelle at de har jobbet for å få en fast psykolog inn i teamet over flere år, men at det er vanskelig å få ressurser til nye stillinger. Samarbeidet med konsultasjonpsykiatrien handler hovedsakelig om det kirurgiske forløpet. De ønsker seg en psykolog som kan være med å gjøre vurderinger av pasientene, som teamet kan diskutere med på tverrfaglige møter og som muligens kan bidra til å øke kompetansen til de andre og sammen som et team.

Dette kommer tydelig fram i følgende utsagn:

(K5): Jeg tenker at det, at i en del saker så kunne vi gjort en del selv, og blant de som henger lenge hos oss. At hvis vi hadde fått inn en psykologressurs eller liknende så kunne kanskje kompetansen blant oss andre økt, sånn at vi sammen som et team da kunne gitt enkelintervensjon da, til noen pasienter. De som ikke vil få inntak andre plasser.

I løpet av intervjuet kunne informantene også fortelle at en stor andel har arbeidsavklaringspenger eller en gradert uførhet, som fedme ofte er bidragsytende til. Det er

en god del som jobber fullt og fungerer godt i jobb, men også noen som står i fare for å falle ut. De yngre pasientene har kanskje aldri kommet seg inn på arbeidsmarkedet, enkelte kan ha falt ut av skole på grunn av dårlig døgnrytme, og har en forskjøvet aktivitetsbalanse. Derfor tenker de at en arbeidskonsulent kunne vært nyttig, men for å bli prioritert framfor andre avdelinger må det være en psykolog i teamet.

Avslutningsvis blir teamets mangel på psykolog understreket ved:

(K5): Og det er ganske ironisk det her, for det at i møte med andre faggrupper og folk flest når man beskriver hva gjør du i jobben din, og jeg forteller om hva vi gjør her, folk blir helt rystet over at vi ikke har psykolog, folk forstår ikke det, tar det som en selvfølge at det har vi, men det har vi altså ikke.

En annen yrkesgruppe som informantene tenker kunne vært en god ressurs er sosionom, for å være hjelpelig i den endringsprosessen pasientene ønsker å igangsette. De forteller at det ofte kan være en del faktorer som kanskje står i veien for å komme i gang, som for eksempel bekymringer i forhold til økonomi, sykdom i nær familie og liknende.

4.0 Diskusjon

Formålet med denne studien var å få innsikt i hvordan helsepersonell opplever behandling av fedme, og hvilke erfaringer de har i henhold til pasientenes psykiske helse.

Resultatene viser kompleksiteten ved behandling av fedme og spesielt beskriver helsepersonell utfordringer i ulike behandlingssituasjoner.

Gjennom analysen av fokusgruppeintervjuet kom det frem tre hovedtemaer; «Strukturert forløp», «Samarbeid» og Fokus på psykisk helse», med ni undergrupper, som hovedsakelig illustrerer at utredning av pasienter med fedme er en sammensatt og utfordrende oppgave. Studien viser et behandlingsteam med mye ansvar, med stort engasjement, og som i enkelte tilfeller føler at de ikke har tilstrekkelig kompetanse om psykisk helse i forhold til videre behandlingstiltak.

I dette kapitlet blir sentrale funn gått igjennom og deretter drøftet med bakgrunn i tidligere presentert litteratur. Det er tatt utgangspunkt i det jeg mener er de viktigste funnene i min studie, og som på best mulig måte vil bidra til å besvare studiens problemstilling. Det første underkapitlet er «Utfordringer i tradisjonell fedmebehandling», fordi det tydelig kommer fram at informantene støter på krevende utfordringer i behandling av fedme og som enkelte ganger oppleves uløselige. «Å falle mellom stoler» er det andre underkapitlet, og beskriver følelsen informantene har om en del pasienter som ikke får tilbud i hverken psykiatrisk behandling eller fedmebehandling. Det tredje underkapitlet er «Behov for individualiserte behandlingsforløp» på bakgrunn av komplekse problemstillinger som dukker opp i utredning og behandling, og et standardisert tilbud som ikke fungerer godt nok for alle. Kapitlet avsluttes med underkapitlet «Handlinger for å styrke tverrfaglig team», fordi informantene beskriver behov for mer kompetanse for å kunne gi alle som kommer til utredning et helhetlig behandlingstilbud.

4.1 Utfordringer i tradisjonell fedmebehandling

Mine resultater viser at det kan være utfordrende å finne årsaker til vektutviklingen hos pasienter i tradisjonell fedmebehandling, og i enkelte tilfeller er mulige årsaksforhold til vektøkning uklart for pasienten selv. Selv om livsstilsintervensjoner for fedme kan gi meningsfulle forbedringer i risikofaktorer for kardiovaskulære sykdommer og livskvalitet (20), viser imidlertid annen forskning at behandling av fedme i stor grad preges av høyt frafall

(23; 24). Det kan tenkes at pasienters og helsepersonells manglende kunnskap om komplekse årsaksforhold til vektøkning kan forklare hvorfor flere velger å ikke gjennomføre behandlingen. Det kan være krevende å finne motivasjon til å gjøre endringer i livet, spesielt når både helsetjenesten og man selv ikke forstår bakgrunnen til vektøkning og fedme. Det kan også tenkes høyt frafall skyldes at pasienter finner det meningsløst å følge anbefalinger om diett og fysisk aktivitet, da de vet at utfordringene sitter i hodet. Det kommer i intervjuet frem at informantene er opptatte av å spørre pasientene hvorfor de ønsker å gå ned i vekt, og/eller om de kan opprettholde den vekten de har ved utredning. Informantene begrunner dette med egne erfaringer hvor vektreduksjon over tid er vanskelig. Dette understøttes av tidligere litteratur som viser vanskene med å redusere vekt og opprettholde redusert vekt ved hjelp av livsstilsintervensjoner (7; 8; 22). Majoriteten av pasienter med fedme har gått opp i vekt eller overskredet sin vekt før behandling (22), og studier (8; 21) viser at vektreduksjon over tid er en betydelig utfordring og man kan tilskrive dette biologiske kompensatoriske mekanismer.

Å behandle fedme er komplekst, og samfunnets tynnhetsideal kan bidra til utfordringer for helsepersonell som skal behandle fedme. Dette understøttes i flere tematiske områder i min studie, som for eksempel «Samarbeid» og «Fokus på psykisk helse». Mange forstår ubevisst eller bevisst fedme som mangel på selvkontroll (14). Er det slik at 1 av 5 nordmenn (2) strever med mangel på selvkontroll, eller kan det tenkes at det ligger en dypere forklaring bak dette stadig økende globale problemet? I min studie antydes det at en god del av pasientene er plaget med psykisk uhelse i form av dårlig selvbilde, angst og depresjon, samt at informantene opplever at flere av pasientene har et urealistisk bilde av vektnedgang, som kan sees i sammenheng med den «fettfobiske» kulturen vi lever i som idealiserer tynne kropper. I tillegg opplever informantene i denne studien at pasientene ofte er satt på ulike medikamenter for psykiske lidelser ved medisinsk utredning av fedme, noe som kan påvirke vektøkning uten at dette har blitt tematisert i deres psykologiske behandling. Dette understøttes av en studie (44), som viser at vektøkning er en av bivirkningene av medikamenter som antidepressiva og betablokkere. Det kan tenkes at utfordringer som dette kan løses organisatorisk med bedre kommunikasjon og samarbeid på tvers av faggrupper, fagfelt og disipliner. Eksempelvis kan en pasient oppsøke psykiatrisk behandling for å bedre sin psykiske helse, samtidig som det fører til utfordringer med vekt og den fysiske helsen. Motsatt kan en pasient ønske hjelp med vektnedgang og den fysiske helsen, samtidig som den psykiske helsen skaper komplikasjoner for å beherske endringer som kreves for å redusere vekt og opprettholde redusert vektnedgang.

Et annet vesentlig punkt i behandling av fedme er fedmekirurgi. Fedmekirurgi blir presentert som et av de aktuelle behandlingstilbudene ved denne enheten, og blir kun vurdert hvis man ikke lykkes med gjentatte forsøk av livsstilsintervensjoner, samt ved fravær av psykiske utfordringer. Den sterke økningen av fedmekirurgi det siste tiåret er en utfordring hva det gjelder psykisk helse (27; 28; 29), til tross for at fedmekirurgi er den behandlingsformen med best og varig vekttap (30). Det er muligens et paradoks at økningen av fedmekirurgi er økende til tross for usikkerhet om psykologiske senskader og alvorlige komplikasjoner etter inngrepet (31; 32). Manglende kunnskap og enighet om utredning forut for fedmekirurgi kan muligens ha påvirket den økte risikoen for depresjon, angst og søvnforstyrrelser etter kirurgi (32). Ønske om rask vekt nedgang og en såkalt «quick fix» for å passe inn i samfunnets normer for kropp og utseende, kan tenkes har bidratt til den sterke økningen av fedmekirurgi de siste årene. Informantene i min studie forteller at de har et samarbeid med et team som kalles «konsultasjonspsykiatri» ved sykehuset for vurdering av sårbarhet i forkant av fedmekirurgi. Hvis det av dette teamet (konsultasjonspsykiatri) antas at pasientenes psykiske helse er for utfordrende, henvises de tilbake til fastlege, videre til psykiatrisk behandling eller avvises for fedmebehandling. Jeg tenker at dette samarbeidet bekrefter at informantene i min studie ikke har den kompetansen eller tryggheten til å gjennomføre vurdering av psykisk helse, som igjen understøtter behov for psykolog i deres tverrfaglige team. Det er vist høyere selvmordsrate blant pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi sammenlignet med befolkningen generelt (33; 34). En av hovedutfordringene med fedmekirurgi er at det ikke eksisterer enighet om screening av psykisk helse før kirurgi (35), eller gode oppfølgingsstudier hvor psykiatriske komplikasjoner undersøkes tilstrekkelig i etterkant av fedmekirurgi (36). Dette kan potensielt medføre høyere forekomst av postoperative psykiatriske og somatiske komplikasjoner etter fedmekirurgi enn nødvendig. Felles retningslinjer om screening av psykisk helse før fedmekirurgi, samt bevissthet om kroppsideal og bedre oppfølgingsstudier kan muligens begrense både somatiske og psykiatriske komplikasjoner.

4.2 Å falle mellom stoler

Resultatene i min studie indikerer at en del pasienter hverken får psykiatrisk behandling eller fedmebehandling. Dette fordi mottagere av henvisninger ikke mener de er «psykisk syke nok» til å passe inn i psykiatrisk behandling, samtidig som tradisjonell fedmebehandling ikke vil oppleves å være passende for pasienter som har utfordringer med psykisk helse. Dette

resultatet kan sees i samsvar med tidligere litteratur (3; 13) som viser at psykiske helse påvirker endringsatferd hos pasienter med overvekt/fedme, og at det mangler et mer omfattende og integrert system av psykisk helse og tradisjonell helsetjeneste, i forbindelse med forebygging og behandling av barndomsfedme (12).

I forhold til psykisk uhelse, sier en av informantene (K5) at de mener det kan være en sperre eller et mentalt hinder for å gjøre endringer i livet sitt. Informanten (K5) tenker at disse pasientene ikke får den hjelpen de trenger på flere plan; ikke den psykiske helsehjelpen de trenger og heller ikke den fysiske. Studier viser at «emosjonell bagasje» kan være en viktig barriere for livsstilsendring hos pasienter med overvekt/fedme (13), og ifølge andre studier (9; 10) er belastende livserfaringer opplevd tidlig i livet, som vold- og misbrukserfaring, assosiert med alvorlige somatiske sykdommer og risikofaktorer for de hyppigste dødsårsakene blant voksne. Basert på resultat i min studie og tidligere litteratur synes det å tyde på et bilde av at man ikke lykkes godt nok med dagens intervensjoner for fedme. Pasienters sterke ønske om vektreduksjon kan i enkelte tilfeller overskygge deres psykiske lidelser. Pasienter kan velge å holde tilbake informasjon om psykologiske utfordringer hvis de for eksempel vet at de ikke vil bli vurdert for fedmekirurgi. I tillegg kan det være tilfeller der pasientene selv ikke er bevisste eller er i stand til å erkjenne sine psykiske utfordringer eller tidligere belastninger i livet som årsak til fedmeutvikling. Dette kan muligens skape negative følelser som skyld og skam hvis de ikke oppnår ønsket vektreduksjon. Manglende vektnedgang kan muligens også føre til negative følelser i helsepersonell i form av frustrasjon, noe som kan føre til en negativ spiral både for helsepersonell og pasienter.

I det tematiske området «Samarbeid» i min studie, beskriver informantene at de også opplever at følelser som kjedsomhet og angst, blir håndtert og regulert med spiseforstyrret matadferd (for eksempel småspising, nattspising og overspisingsepisoder). Dette samsvarer med teori og kliniske erfaringer hvor uhensiktsmessige mestringsstrategier i møte med vanskelige følelser og livsbelastninger kan vise seg som overopptatthet av kropp, vekt, figur og utseende, noe som kan resultere i vansker med å forholde seg til mat, tanker og følelser (40). Dette er gjennomgående trekk ved spiseforstyrrelser. Til tross for at overspisingslidelse er en type spiseforstyrrelser anerkjent i DSM-systemet (15), forstås sjeldent overspising som en måte å regulere følelser på.

Ifølge informantene var flere pasienter bevisst sine spisemønstre og var ofte tydelige på at det var overspising de strevde med, men at de opplevde at det var vanskelig å få riktig hjelp. En stor andel av personer som har en overspisingslidelse lider også av fedme (16), og

internasjonale studier viser at 30% av pasienter som oppsøker behandling for fedme har en overspisingslidelse (17). Mangel på kunnskap kan forklare hvorfor pasientene ikke identifiseres med denne spiseforstyrrelsen. Dette kan muligens forklare informantenes beskrivelser av at pasientene ikke får behandlingsintervensjoner som inkluderer og rettes mot deres psykiske lidelse. Dette resultatet understøttes også av flere tidligere studier (25; 41; 42). Pasienters psykiske helse har i liten grad blitt utforsket i forbindelse med fedmeutvikling, og mennesker med overspisingslidelse hevder at det blir gitt liten eller ingen oppmerksomhet til følelser i tradisjonell fedmebehandling, selv om de beskriver spisemønsteret sitt som «selvmedisinering mot vonde følelser» (25). To studier belyser utfordringer med å beherske dagliglivet på bakgrunn av barndomstraumer, helseplager med utspring i stigmatisering og gjentatte krenkelser for mennesker med overspisingslidelse og fedme (41; 42). Å innføre flere behandlingstilnærminger for pasienter med fedme og overspisingslidelse kan derfor være hensiktsmessig fremfor livsstilsintervensjoner alene.

4.3 Behov for individualisert behandlingsforløp

Mennesker er ulike, og et individs atferd påvirkes av biologiske forutsetninger, gener, psykologi, samt det fysiske og sosiale miljøet man lever i, og som tidligere beskrevet kan kroppen sees som et symbolsk redskap, for å kommunisere til seg selv og andre om identitet (14). Forskning viser at psykologi og genetikk har en sentral rolle ved utvikling av fedme, og miljøet vi lever i påvirker i stor grad evnen til å opprettholde atferd som er egnet for vektkontroll over tid (19). I det tematiske området «Folkus på psykisk helse» i min studie, bekrefter informantene denne kunnskapen om komplekse årsaksforhold og uttrykker et behov for økt kompetanse for persontilpasset behandling av fedme. Dette understøttes videre av studier som viser en sterk sammenheng mellom «emosjonell bagasje» og sykелighet senere i livet (3; 9; 10).

Årsaksforhold til at et menneske utvikler fedme er sammensatt, og det krever tid og ressurser for at helsepersonell kan tilby individualisert og persontilpasset behandling i et langsiktig perspektiv. Informanten (K6) fra barne- og ungdomsteamet mener det er en styrke å ha psykologressurs i teamet, spesielt for å kunne vurdere sammen. Kompetanse og trygghet til å gjøre vurderingene ble spesielt fremhevet i denne studiens tematiske område «Fokus på psykisk helse». At pasienter har vansker med å følge livsstilsanbefalinger i etterkant av vektreduserende behandling, blant annet grunnet psykisk uhelse, samsvarer med flere studier

som også anser psykisk uhelse som vektleggende årsaksforhold til fedme (45; 48). Dette kan også sees i sammenheng med pasienters følelse av skam og selvvurdering basert på vekt og kroppsform etter fedmekirurgi (45). Videre, de som bygger verdien av seg selv på bakgrunn av vekt og kroppsform, legger i større grad på seg etter vektreduserende behandling sammenlignet med de som ikke bygger selvvurderingen på vekt og kroppsform (48). Spesialisert behandling med tanke på følelsesregulert matinntak og overspising er noe informantene i min studie savner mest i dagens behandlingsforløp, og ytterligere to studier (46; 47) understøtter dette funnet. Disse studiene viser klinisk relevante sammenhenger mellom lav selvfølelse, skam, unnvikende mestringsstrategi og hjelpeløshet knyttet til følelsen av å ikke kunne regulere verken kroppsvekt eller skamfulle følelser relatert til vekt (46; 47), noe som igjen underbygger behovet for individualiserte behandlingsforløp i behandling av fedme.

4.4 Handlinger for å styrke tverrfaglig team

Informantene i min studie er et tverrfaglig sammensatt team med godt samarbeid. Til tross for at bred forskning som viser sammenhenger mellom fedme og psykisk helse, er det ikke en psykolog tilknyttet dette teamet. Flere studier finner sammenheng for at fedme er forbundet med økt sannsynlighet for dårligere psykisk helse (43). Videre viser en annen studie (49) viktigheten av at helsepersonell som behandler personer med psykiske lidelser er kjent med tiltak som er tilgjengelige for å behandle fedme. Å ha fedme og samtidig en psykisk lidelse krever ofte at flere verktøy benyttes i tillegg til tradisjonell livsstilsbehandling. Som jeg forstår av resultatene i min studie er fedme ofte bidragsytende til at pasienter faller ut av arbeidslivet i ulik grad (for eksempel sykemelding, arbeidsavklaringspenger eller en gradert uførhet), og informantene ser derfor behov for en arbeidskonsulent og en sosionom i teamet. Videre forstår jeg av resultat i min studie, for å bli prioritert med en arbeidskonsulent framfor andre avdelinger, må det være en psykolog tilknyttet informantenes team. På bakgrunn av dette kan det virke som økt fokus på aktivitet og struktur i hverdagen kan være et virksomt element i behandling av fedme, fordi deltagelse i arbeidsliv kan føre til følelser av mestring og motivasjon. For mennesker som har vært borte fra arbeidslivet i en lengre periode og som kanskje har hatt en del problemer, kan det være en lang og tung prosess å komme tilbake til arbeidslivet. En arbeidskonsulent kan avklare spørsmål som har med jobben til den enkelte å gjøre, slik som arbeidssituasjon, utdanning, ergonomiske forhold og prøve å kartlegge

eventuelle problemer og konflikter på arbeidsplassen. Ulike faktorer i livet, som for eksempel bekymringer i forhold til økonomi eller sykdom i nær familie, kan være forstyrrende, derfor kan en sosionom være behjelpelig i en slik tilpasningsprosess. Studier (13; 14; 17; 25; 41; 42) som viser at overspisingslidelser og fedme er relaterte, kan understøtte behovet for tverrfaglig tilnærming.

Et lite utarbeidet forskningsfelt og få forskningsdokumenterte behandlingsformer, kan være medvirkende til utfordringer for helsepersonell å yte et godt helsetjenestetilbud for pasienter med fedme og psykiske lidelser. Funn fra min studie underbygger behov for kunnskap og samarbeid i behandling av fedme, slik at helsepersonell skal kunne tilby pasienter med fedme og psykiske lidelser, som for eksempel overspisingslidelse, et bedre behandlingstilbud.

4.5 Metodiske betraktninger

I vitenskapelig forskning er spørsmål om refleksivitet, relevans og validitet viktig, og vil være med på å definere studiens kvalitet (50). Refleksivitet innebærer at forskeren har vurdert egne fremgangsmåter og konklusjoner underveis i studien, relevans handler om hva studiens kunnskap kan brukes til og validitet hva forskeren i studien egentlig har funnet gyldig kunnskap om (50).

I dette delkapittelet diskuterer jeg styrker og svakheter av studiens metodevalg, samt hvordan disse kan ha påvirket studiens resultater.

4.5.1 Utvalg og rekruttering

Utvalget av informanter man velger å inkludere i studien avgjør hvilke sider av et tema man kan si noe om, og har stor betydning for studiens overførbarhet (50). I denne studien ble det gjort et strategisk utvalg av informanter, som betyr at informantene er valgt strategisk i forhold til forskningsspørsmålet, med en målsetting om at materialet best mulig kan belyse studiens problemstilling (50). Rekrutteringen gikk raskt, da biveileder benyttet seg av sitt nettverk og de potensielle informantene meldte seg frivilling til å delta i fokusgruppeintervjuet. Studien inkluderer et fokusgruppeintervju med seks informanter som arbeider med fedmebehandling, noe som muligens kan anses som en svakhet ved at datamaterialet kan være lite og begrenset. På en annen side er det viktigere å ta utvalgets informasjonsstyrke i betraktning framfor utvalgets omfang (50). En mulighet kunne også vært

å gjennomføre individuelle (semistrukturerte) intervju, da kunne muligens de som var mindre deltakende enn andre sagt mer, men da kunne vi mistet merverdien av samhandlingen mellom informantene (50). Kravet om metning kan likevel være oppnådd da temaet i studien er presist, og det kan i tillegg gjøre det enklere å få oversikt over materialet og gjøre analysearbeidet lettere (50).

4.5.2 Datainnsamling

Kunnskap fra tidligere utdanningsbakgrunn, lest litteratur og egne tanker preger valget av studiens tema og intervjuguiden. Utformingen av intervjuguiden ble validert ved å gjennomgå spørsmålene med veiledere.

Konteksten omkring samtalen vil være en viktig ramme for kunnskapsutvikling når en forsker samler kvalitative data gjennom samtaler (50). En forutsetning for det kvalitative forskningsintervjuet er en gjensidig påvirkning mellom intervjuer og den som intervjues, og denne kontakten er helt grunnleggende for utviklingen av intervjuet (51). Fokusgruppeintervju er spesielt godt egnet når man ønsker å lære om erfaringer, synspunkter eller holdninger i et miljø hvor flere mennesker samhandler (50), og er nyttig for å samle beskrivelser av deltakernes livsverden, med sikte på å få en forståelse av det beskrevne fenomenet (53). For å lykkes med fokusgruppeintervju er det en viktig forutsetning at man som moderator sørger for at deltakerne kommer til ordet og bidrar til at kunnskapsutvekslingen styres og gir samtalen mest mulig forankring til det temaet som belyses (50). Det er det menneskelige samspillet i intervjuet som vil gi kunnskap om et fenomen (53) I interaksjonen mellom informantene og meg som forsker, ble kunnskap om deres livsverden skapt i vår gjensidige påvirkning av hverandre (53). Jeg som forsker tolker informantenes opplevelser og erfaringer ut fra min livsverden, noe som igjen kan ha påvirket analyseprosessen.

Informantene var godt informert på forhånd om samtalens formål og opplegg, og innledningsvis informerte jeg om at samtalen kom til å bli tatt opp på lydopptak og at jeg kom til å ta notater underveis. Jeg forsøkte å legge opp til en samtale som var så fri som mulig, men det kan ikke garanteres for at jeg klarte dette uten å påvirke materialet ved at ledende spørsmål ble stilt. Det kan heller ikke garanteres for at det var mangel på oppklarende spørsmål, noe som kan føre til bias i tolkninger og antakelser både i intervju- og analysefasen (50). På bakgrunn av min fraværende erfaring ved gjennomføring av fokusgruppeintervju, ble som nevnt tidligere veileder inkludert i den styrende rollen i intervjuet. Veileders erfaring fra psykisk helsevern kan ha påvirket samspillet i intervjuet, samt produsert en annen kunnskap

og tolkning enn jeg alene som moderator kunne gjort. Umiddelbart etter intervjuet startet jeg med transkripsjon av materialet, som var en utfordrende og krevende prosess. Ved transkripsjon må man mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, det er viktig for å vise hvordan deltakernes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (50). Likevel kan tolkning og analyse i min studie være påvirket av veileders rolle i intervjuet og min forforståelse. Transkripsjonen av intervjuet ble til slutt gjennomgått flere ganger med et kritisk blikk for å prøve å unngå at materialet i stor grad ble påvirket av min forforståelse.

I hermeneutisk fortolkning kreves det at man lytter og lar forforståelsen bli konfrontert, som kan føre til at man går tilbake og endrer sin opprinnelige forforståelse (53). Forforståelsen kan være en begrensning, men er også vår forutsetning for å forstå andre mennesker (53).

4.5.3 Analyse og tolkning

Dette er første gang jeg gjennomfører en slik analyse og det må tas i betraktning ved vurdering av svakheter og styrker i denne analysen. Jeg forsøkte å sikre en grundig analyse av studiens materiale ved å nøye følge trinnene i systematisk tekstkondensering gjennom hele analyseprosessen (50). Materialet opplevdes stort og uoverkommelig til å begynne med, men da jeg klippet ut og flyttet tekstbiter tilhørende hvert av mine foreløpige temaer og limte de på hver sin plakat, fikk jeg etterhvert bedre oversikt. I følge Malterud (50) skal man på dette trinnet arbeide aktivt for å sette egen forståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes, og i tillegg er det viktig å stille seg åpen for de inntrykkene materialet formidler for å sikre at deltakernes stemmer er gjeldende. Det kan være utfordrende å forholde seg kritisk på grunn av min nærhet til stoffet som forsker, derfor har jeg kontinuerlig hatt diskusjoner med veileder for å kunne unngå bias (50). Diskusjon og kritiske spørsmål fra veileder underveis i analyseprosessen har bidratt til at jeg har reflektert over funnenes pålitelighet og om jeg har klart å få frem informantenes stemmer uten påvirkning fra egen forforståelse.

5.0 Avslutning

Denne studien kan bidra til økt innsikt og forståelse av krevende utfordringer helsepersonell kan møte på i behandling av fedme. Studien kan belyse at en del pasienter blir gående uten behandlingstilbud på bakgrunn av fraværende helhetlig behandlingstilnærming. Når det kommer til behandlingsinnhold, indikerer min studie at det psykologiske aspektet er tilstedeværende ved utredningsfasen, men manglende kunnskap og trygghet på fagfeltet skaper hindringer for videre oppfølging og behandling. For at helsevesenet skal kunne gi et fullverdig behandlingstilbud til pasienter med fedme og psykisk uhelse, indikerer min studie et behov for kunnskap og samarbeid på tvers av faggrupper, fagfelt og disipliner.

6.0 Referanser

1. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Rapport IS-1735. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme> Lest 20.9.2018.
2. Drøyvold WB, Nilsen TIL, Krüger Ø et al. Change in height, weight and body mass index: Longitudinal data from the HUNT Study in Norway. *International Journal of Obesity*. 2006; 30:935-9.
3. Evensen E, Emaus N, Kokkvoll A et al. The relation between birthweight, childhood body mass index, and overweight and obesity in late adolescence: a longitudinal cohort study from Norway, The Tromsø Study, Fit Futures. *BMJ Open*. 2017; 7:e015576.
4. Midthjell K, Lee CMY, Langhammer A et al. Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical Obesity*. 2013; 3(1-2):12-20.
5. Obesity and Overweight-fact sheet. World health organization, 2018.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Lest 10.6.2018.
6. Folkehelse rapporten om overvekt og fedme i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/> Lest 10.6.2018
7. Fothergill E, Guo J, Howard L et al. Persistent metabolic adaptation 6 years after "The Biggest Loser" competition. *Obesity (Silver Spring)*. 2016; 24(8): 1612-9.
8. K.D., Brownell. The humbling experience of treating obesity: Should we persist or desist? *Behaviour Resarch and therapy*. 2010; 48(8):717-9.
9. Caspi A, Houts RM, Belsky DW et al. Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature Human Behaviour*. 2016; 1: 005.
10. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14:245-8.
11. Ardelt-Gattinger E, Ring-Dimitriou S, Damon S et al. Psychological, Nutritional and Sports-Scientific Aspects of Obesity in Adolescence. [bokforf.] Widhalm K. og Prager G. *Morbid Obesity in Adolescents*, Springer Vienna. 2015;159-171, 978-3-7091-0968-7.
12. Lumeng JC. Associations between obesity and comorbid mental health, developmental, and physical health conditions. *Academic Pediatrics*, 2013; 1:1-2.

13. Følling, I. Participants at Healthy Life Centre`s presumption for lifestyle change. Doctoral Thesis. Trondheim: Høgskolen i Nord-Trøndelag og Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), 2017.
14. Skårderud F. Den kommuniserende kroppen –spiseforstyrrelser og kultur. Tidsskrift Norsk Legeforening. 2004;18.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). Washington D.C: American Psychiatric Association, 2013.
16. Fairburn C. Få bukt med overspising-hvorfor overspiser man, og hvordan slutter man med det? Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2014; 978-82-05-46793-4
17. Zwaan MD. Binge eating disorder and obesity. International Journal of Obesity. 2001; 25:51-5.
18. Becker DF, Grilo CM. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. Eating and weight disorders:EWD. 2011; 16(2): e113-e120
19. Gill TP. Introduction: an overview of the key drivers of obesity and their influence on diet. Managing and Preventing Obesity, Behavioural Factors and Dietary Interventions. Woodhead Publishing 2014;1-14.
20. Webb VL, Wadden TA. Intensive Lifestyle Intervention for Obesity: Principles, Practices and Results. Gastroenterology 2015; 152:1752-64.
21. Peirson L, Douketis J, Ciliska D et al. Treatment for overweight and obesity in adult populations: a systematic review and meta-analysis. CMAJ Open 2014.
22. Stunkard AJ, Wadden TA. Handbook of obesity treatment. New York: Guilford Press, 2002; 978-15-93-85094-4.
23. Colombo O, Ferretti VV, Ferraris C et al. Is drop-out from obesity treatment a predictable and preventable event? Nutritional Journal. 2014; 13.
24. Miller BM, Brennan L. Measuring and reporting attrition from obesity treatment programs: A call to action! Obesity Research & Clinical Practice. 2015; 9(3):187-202.
25. Raavand RM. Brukererfaringer med norsk helsevesen hos personer diagnostisert med overspisingslidelse. Trondheim: Det Medisinske Fakultet. Institutt for Samfunnsmedisin: NTNU, 2017.
26. Amianto F, Ottone L, Daga GA et al. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. BMC Psychiatry. 2015; 15.
27. Utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten, Voksne. Rapport. Helse- og omsorgsdepartementet 2007. Lest 20.4.2019

28. Hofsø D, Aasheim ET, Søvik TT et al. Oppfølging etter fedmekirurgi. Tidsskriftet den norske legeforening. 2011; 131:1887-92.
29. Hafstad A. Fedmekirurgi trumfer livstilsintervensjon mot alvorlig fedme. Dagens medisin, 2019. www.dagensmedisin.no/artikler/2019/05/07/fedmekirurgi-trumfer-livsstilintervensjoner-mot-alvorlig-fedme/ Lest 13.5.2019
30. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E et al. Surgery for weight loss in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; 8:Cd003641.
31. Poelmeijer YQM, Liem RSL, Våge V et al. Perioperative Outcomes of Primary Bariatric Surgery in North-Western Europe: a Pooled Multinational Registry Analysis. Obesity Surgery. 2018; 28(12):3916-22.
32. Jakobsen GS, Småstuen MC, Sandbu R et al. Association of Bariatric Surgery vs Medical Obesity Treatment With Long-term Medical Complications and Obesity-Related Comorbidities. JAMA Network. 2018; 319(3):291-301.
33. Castaneda D, Popov VB, Wander P et al. Risk of Suicide and Self-harm Is Increased After Bariatric Surgery—a Systematic Review and Meta-analysis. Obesity Surgery. 2018; 29(1):322-33.
34. Peterhänsel C, Petroff D, Klinitzke G et al. Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. Obesity Reviews. 2013; 14(5):369-82.
35. Flores CA. Psychological assessment for bariatric surgery: current practices. Scielo. 2014; 27(1).
36. Szmulewicz A, Wanis KN, Gripper A et al. Mental health quality of life after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Clinical Obesity. 2019; 9(1): e12290.
37. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. BMJ open. 2015; 5.
38. Rapport om psykisk helse i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/> Lest 25.6.2018
39. Helgesen LA. Menneskets dimensjoner, lærebok i psykologi. Oslo: Cappelen Damm AS, 2017; 978-82-02-53797-5
40. Skårderud F. Sterk/Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug, 2013; 978-82-03-39109-5.
41. Ágh T, Kovács G, Pawaskar M et al. Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. Eating and Weight Disorders. 2015; 20(1):1-12.

42. Fairburn CG, Wilson GT. Binge-eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1993.
43. Tevie J, Shaya FT. Eur Child Adolesc Psychiatry. Springer Berlin Heidenberg. 2015; 24:497-502.
44. Fock KM, Khoo J. Diet and exercise in management of obesity and overweight. Gastroenterol Hepatol. 2013; 4:59-63.
45. Lier HØ, Biringer E, Bjørkvik J et al. Shame, psychiatric disorders and health promoting lifestyle after bariatric surgery. Journal of Obesity & Weight Loss Therapy. 2012; 2:113.
46. Conradt M, Dierk JM, Schlumberger P et al. Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt and weight loss. Journal of Clinical Psychology. 2008; 64(10):1129-44.
47. Goss K, Allan S. Shame, pride and eating disorders. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2009; 16(4): 303-316.
48. Byrne, S, Cooper Z and Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. International Journal of Obesity. 2003; 27(8): 955-62.
49. Taylor VH, Stonehocker B, Steele M et al. An overview of Treatments for Obesity in a Population With Mental Illness. The canadian Journal of Psychiatry. 2012; 57(1):13-20.
50. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 4. utg. 2017; 978-82-15-02828-6
51. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 6.utg. 2017; 978-82-05-50070-9
52. Aadland E. Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget, 2011; 978-82-15-01788-4.
53. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo : Gyldendal Akademisk, 2015; 978-82-05-46354-7.
54. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2008; 82-7674-913-5.

