

# LIVSHISTORIER OG FEDMEUTVIKLING

Ida Foyn Gundersen og Elin Stranden

Hovedoppgave i medisin, NTNU

Veiledere:

**Bente Prytz Mjølstad og Linn Okkenhaug Getz**

Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Samarbeidspartnere:

**Anna Luise Kirkengen**

Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,  
Allmenntedisinsk forskningsenhet, NTNU

**Kai Brynjar Hagen**

Regionalt senter for sykkelig overvekt i Helse Nord,  
Medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset HF, Bodø

Trondheim, 10.01.2019.

Revidert utgave 24.09.2020.





*Forfatternes anmerkninger før offentlig publisering av Hovedoppgaven i september 2020:*

*Opprinnelig, godkjent hovedoppgave har vært båndlagt (klausulert) siden innlevering i januar 2019. Arbeidet er senere bearbeidet til en vitenskapelig artikkel som i september 2020 ble godkjent for publisering i Tidsskrift for Den norske legeforening. I tråd med Tidsskriftets redaksjonelle linje, publiseres pasientmaterialet i artikkelen uten henvisning til enkeltpasienters kjønn eller alderskategori. I tillegg er enkelte epikrisesitater i artikkelen ytterligere noe redigert av personvernansvarlig. Vi har valgt å gjøre de samme endringer her i Hovedoppgaven, som dermed har status som «redigert» (se forsiden). Bortsett fra ovennevnte endringer knyttet til personvern, er oppgaven uendret.*

## Forord

Ettersom vår største medisinske interesse er innen allmennmedisin og folkehelse, kontaktet vi Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM) ved NTNU da vi skulle finne hovedoppgaveprosjekt høsten 2017. Der kom vi i kontakt med våre veiledere Linn Getz og Bente Prytz Mjølstad. Etter første møte var vi solgt for det spennende prosjektet de ønsket å komme i gang med: en studie av livshistorier blant en gruppe pasienter med fedme.

Det er mange som har bidratt til dette forskningsprosjektet og som fortjener en stor takk for innsats og engasjement:

Takk til Kai Brynjar Hagen, overlege med RSSO Bodø, for innsamling og tilrettelegging av det kliniske materialet.

Takk til forskningssykepleier Hilde Thunhaug ved RSSO Bodø for betydelig administrativ støtte til rekruttering av deltakende pasienter.

Takk til professor emerita i allmennmedisin Anna Luise Kirkengen som har delt av sin klokskap og innsikt i hvordan livshistorier former helse.

Takk til kolleger vi møtte under Fedmeforskningskonferansen i Bodø i Oktober 2018, for positive tilbakemeldinger og oppmuntring i prosessen. Spesielt takk til Åsne Ask Hyldmo, overlege ved Fedmepoliklinikken St. Olavs Hospital, som tok varmt imot oss ved hospitering.

Takk til våre eminente veiledere Linn Getz og Bente Prytz Mjølstad. Deres smittende engasjement og arbeid for et helsevesen som tar vare på hele mennesket har vært en stor inspirasjon for oss - både med prosjektet og for vårt fremtidige arbeid som leger. Takk for tett oppfølging gjennom hele arbeidet.

Den aller største takken går til pasientene som sa ja til å delta i studien. Det har vært sterkt å lese deres beretninger, og dere har minnet oss om at alle mennesker bærer på unike livshistorier som fortjener å møtes med åpenhet og respekt. Vi lover å bringe videre den innsikten dere har gitt oss.





# Sammendrag

Fedme er en av fremtidens store utfordringer i helsetjenesten. Årsaksmekanismene er komplekse og omhandler livsstil (matinntak, fysisk aktivitet), fysiologi, genetikk og epigenetikk i en globalisert verden, der tilgangen til energitett mat for mange mennesker er bortimot ubegrenset. Sterk dokumentasjon viser dernest at belastende livshendelser, og det de kan medføre av psykologisk, emosjonelt og fysiologisk stress, kan være sterkt bidragende årsaker til alvorlig fedme.

På tross av bred internasjonal dokumentasjon er dette siste aspektet lite innarbeidet i norsk klinisk praksis, og kun nevnt med vage anbefalinger i retningslinjer for helsepersonell. Det finnes også lite klinisk forskning på sammenhengene mellom livserfaringer og vektutvikling blant norske pasienter. Ettersom det kan være behov for både kunnskaps- og praksisutvikling på dette området, gir denne oppgavens innledende Del I en bred introduksjon av bakgrunnen for den empiriske studien.

I den empiriske studien (Del II) har vi analysert data fra 70 fedmepasienter henvist til Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO) i Bodø. Denne delen av rapporten er ment å danne utgangspunkt for en publikasjon, og er skrevet i et format som passer med det. I studien har vi undersøkt hvilken andel av studiedeltakerne som har fortalt behandlende lege om betydelige livsbelastninger, og deretter utformet 12 kategorier av belastende livshendelser basert på de samme pasientenes historier. 91 % av pasientene på fedmepoliklinikken forteller om belastende livshendelser som favner minst én kategori. 56 % av pasientene har opplevd belastende hendelser i tre eller flere kategorier. De vanligste kategoriene og deres forekomst i vår pasientgruppe er «alvorlige relasjonsbrudd» (66 %), «følelse av manglende omsorg fra foreldre» (41 %) og «opplevelse av vesentlig utrygghet» (39 %). Del II inneholder dernest en diskusjon av studiens styrker og svakheter, samt en overordnet konklusjon, basert på de empiriske funnene.

I oppgavens Del III utvider vi perspektivet og går nærmere inn på praksis og holdninger til pasienter med fedme i helsevesenet. Her utforsker vi muligheter for at helsepersonell, i forbindelse med utredning av fedme, mer systematisk kan gi rom for å ta opp belastende livserfaringer og traumer, der dette viser seg aktuelt.

Vi har gjennom det empiriske, norske materialet fått økt innsikt i hvilke typer livshendelser som kan oppleves belastende og bidra til betydelig uhelse, og holdepunkter for at forekomsten av slike erfaringer kan være høy blant pasienter med fedme i dagens Norge. Vi har ingen fasit når det gjelder framtidens utvikling, men i tråd med internasjonalt ledende fagmiljø, er vi styrket i vår visshet om behovet for endringer i faglig tenkning og praksis.

Vi håper kunnskapen som presenteres i denne rapporten kan bidra til å gjøre det enklere og tryggere for klinikere, både innen primær- og sekundærhelsetjenesten, å opptre mer traumesensitivt, åpent og lyttende. Det bør dernest forskes på effekten av økt traumesensitivitet i utredning og behandling av

fedmeproblematikk: Vil økt rom for å dele vanskelige livserfaringer bidra til mer effektiv terapi for pasienter som allerede har utviklet fedme? Hvordan kan vi på best mulig måte invitere pasientene til å dele historier de selv mener har relevans? Hvilke implikasjoner kan og bør eventuelle, vonde livserfaringer få for det videre behandlingsforløp og terapeutiske samvalg? Bør livserfaringer tillegges betydning i overveielser av aktuelle intervensjoner, inkludert fedmekirurgi? Svaret på disse spørsmålene er ganske sikkert individuelle. For en god del pasienter kan det være tilstrekkelig å bli sett og møtt av en trygg fastlege, og dernest empatisk og kunnskapsrikt helsepersonell, for eksempel på en fedmepoliklinikk. Andre pasienter kan ha behov for langvarig, spesialisert traumebehandling, og kanskje bør kirurgi i slike tilfeller avventes.

Til sist vil vi understreke at kunnskapen som omtales i denne rapporten, både fra internasjonale miljø og vår egen studie, må antas å ha grunnleggende betydning for *forebygging*, både av fedme og andre alvorlige helseproblemer. Men det er ikke tema for denne oppgaven.

# Prosjektgruppe

**Linn Okkenhaug Getz:** Professor i medisinske atferdsfag og forsker ved Allmenntmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

**Bente Prytz Mjølstad:** Spesialist/førsteamanuensis i allmenntmedisin og forsker ved Allmenntmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

**Kai Brynjar Hagen:** Overlege ved Regionalt senter for sykkelig overvekt i Helse Nord, Medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset HF

**Anna Luise Kirkengen:** Spesialist/professor emerita i allmenntmedisin og forsker ved Allmenntmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU



# Innhold

Forord	3
Sammendrag	6
Prosjektgruppe	8
Innhold	9
Forkortelser	11
Del I: Bakgrunn og problemformulering	12
Fedme som helseproblem – et overblikk	12
Definisjoner og forekomst	12
Kombiditet	13
Pasienter med fedme og helsetjenesten	13
Årsaker til fedme	14
Belastende livserfaringer, traumer og fedmeutvikling	15
Utredning og behandling av fedme i Norge	21
Retningslinjer, oppgavefordeling og behandlingstilbud	21
Livsbelastninger og fedme – behov for klinisk fagutvikling	23
Oppsummering og motivasjon for vår empiriske studie	25
Del II: Belastende livserfaringer blant 70 pasienter utredet ved en norsk fedmepoliklinikk	26
Materiale og metode	26
Studiepopulasjonen	26
Behandlerne leges arbeidsmetoder	26
Datainnsamlingen	27
Etikk	27
Etisk godkjenning	27
Personvern	28
Særlige forskningsetiske vurderinger	28
Databearbeidelse	28
Uthenting av data fra epikrisene	28
Analyseprosessen – utvikling av kategorier	29
Resultater	30
Pasientgruppens karakteristika	30
Kategorier av belastende livserfaringer	32
Forekomst av belastende livserfaringer	32
Eksempler fra de ulike kategoriene	35
Diskusjon av den empiriske studien	40
Materiale og metode – styrker og svakheter	40

Komorbiditet hos pasientene	42
Forekomst av livsbelastninger og traumer sammenliknet med andre studier	43
Kategoriseringen av livsbelastninger og traumer	43
Konklusjon og implikasjoner	48
Del III: Helsepersonells forståelse og håndtering av pasienters belastende livserfaring og traumer – status og veien videre	49
Hvorfor drøftes ikke belastende livshendelser med pasienter?	49
Legens perspektiv	50
Pasientenes perspektiv	51
Hvordan nærme seg belastende livserfaring og traumer i klinikken	51
Traumesensitiv praksis	52
Spørreskjema vs. åpen samtale	52
Sluttord	55
Kilder	56
Vedlegg	63
Vedlegg 1: Øvrige sitater fra hver kategori	63
Vedlegg 2: Brev til pasientene	69
Vedlegg 3: Vedtak fra REK	72

# Forkortelser

ACE: Adverse Childhood Experiences

AFE: Allmenntmedisinsk Forskningsenhet

APP: Arbeidsavklaringepenger (ytelse fra NAV)

BMI: Body Mass Index ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )

DSM: Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (amerikansk diagnosesystem)

HUNT: Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

ICD: International Classification of Diseases (Europeisk diagnosesystem for sekundærhelsetjenesten)

MoBa: Den Norske Mor og Barn- undersøkelsen

NFA: Norsk Forening for Allmenntmedisin

NOVA: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

NKVTS: Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder

RSSO: Regionalt senter for sykkelig overvekt i Bodø

SSB: Statistisk Sentralbyrå

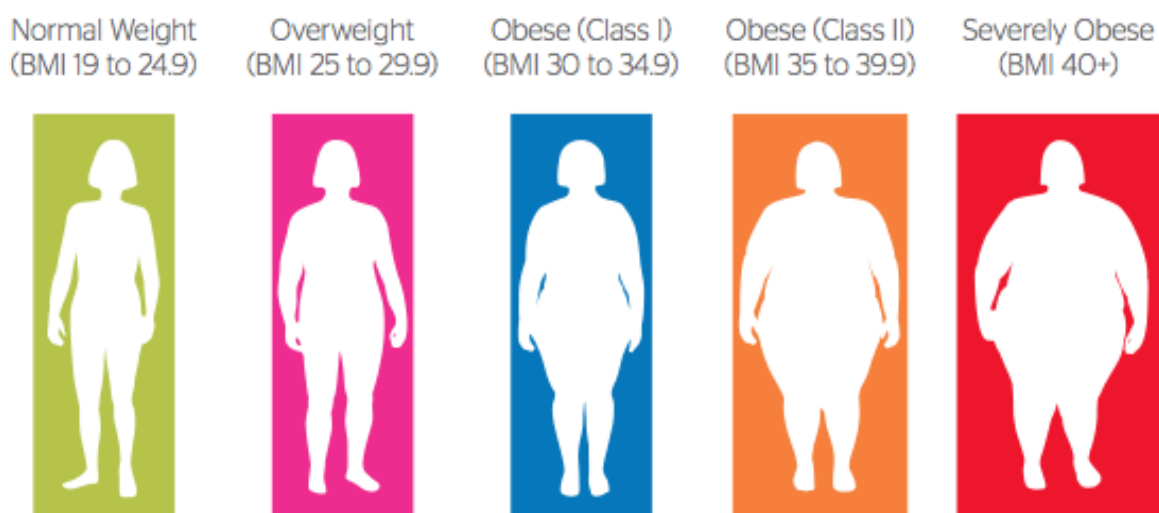
WHO: World Health Organization

# Del I: Bakgrunn og problemformulering

## Fedme som helseproblem – et overblikk

### Definisjoner og forekomst

Globalt og nasjonalt regnes overvekt og fedme som en av de største utfordringene i helsetjenesten (1, 2). Andelen voksne med fedme har økt i Norge de siste 40-50 årene, slik man har sett en økende prevalens på globalt nivå (3). Med utgangspunkt i BMI, klassifiserer Verdens helseorganisasjon (WHO) henholdsvis overvekt og fedme slik “A person with a BMI of 30 or more is generally considered obese. A person with a BMI equal to or more than 25 is considered overweight (..). Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health” (4). Videre klassifiseres fedme i grad I-III basert på BMI (se Figur 1), med gradvis økende sykdomsrisiko, som følger (5):



Figur 1: Klassifisering av fedme (6)

Begrepet «sykelig fedme» tilsvarer en BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> eller BMI  $\geq 35$  kombinert med minst én følgesykdom (3). På norsk brukes begrepene «sykelig overvekt» og «sykelig fedme» om hverandre. I denne oppgaven bruker vi noen ganger begrepet «alvorlig fedme» uten å henviser strengt til fedmeklassene, men for å kontrastere til mildere former for overvekt som ikke er fokus for denne oppgaven.

Av Norges befolkning har i dag 25% av menn og 20% av kvinner i 40-50 årene fedme, ifølge Folkehelse rapporten fra 2017. Omtrent ett av seks barn, og én av fire ungdommer, defineres med overvekt eller fedme. Man har sett en avflatning av kurven for barnefedme. For ungdommene er det tegn til fortsatt økende forekomst (3).

Ifølge tall fra SSB i 2016, er forekomsten av fedme og overvekt høyere på landsbygda enn i byene, og forekomsten er betydelig høyere i lavere sosioøkonomiske grupper (7).

## Komorbiditet

Med fedme følger økt risiko for mange komorbide sykdommer og helseplager, inkludert diabetes type 2, hjerte- og karsykdom, enkelte kreftformer og muskel- og skjelettlidelser (1, 8-10). Ved økende BMI øker risikoen (8). Man har også funnet en sterk korrelasjon mellom fedme og dårlig tannstatus/munnhelse, i form av manglende tenner og periodontitt (11-13).

Av dødsfall knyttet til høy BMI, utgjør kardiovaskulær sykdom den største gruppen på verdensbasis, og er også den årsaken som bidrar mest til helsetapsjusterte leveår (eng: disability adjusted lifeyears, DALY) (1).

I HUNT studien fra 2013 fant man at symptomer på angst og depresjon var assosiert med større vektendringer, og en kumulativt økende insidens av fedme blant deltakere med angst eller depresjon (14). I tillegg oppleves overvekt og fedme for mange som en psykisk belastning i seg selv (3, 15).

## Pasienter med fedme og helsetjenesten

Stigmatisering av personer med overvekt og fedme er utbredt i samfunnet, også innen helsevesenet. Dette påvirker kvaliteten av helsetjenestene som ytes (16, 17). Flere med overvekt og fedme rapporterer om vonde historier fra møte med helsepersonell i primær- og sekundærhelsetjenesten. Videre kan mange oppleve at det ikke er kompetanse i helsevesenet til å ta opp vektproblematikken. Det synes å være en ganske utbredt holdning, selv blant fagfolk, at fedme er selvpåført og i hovedsak uttrykk for manglende viljestyrke. Mange helsearbeidere opplever pasientene som emosjonelt krevende, grunnet deres sårbarhet og annerledeshet. I tillegg er hjelpetrengende pasienter med stor fedme også rent fysisk utfordrende å håndtere i helsetjenesten. Dette kan skape ambivalens, der man ønsker å yte god helsehjelp, men samtidig preges av praktiske og holdningsmessige utfordringer (16-20).

## Årsaker til fedme

Årsakene til overvekt og fedme er komplekse. På et overordnet nivå handler vektøkning om en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Mye taler for at endringer på samfunnsnivå med økt inntak av energirik mat i kombinasjon med økende inaktivitet, kan forklare en generell vektøkning i befolkningen. Men på individnivå er sammenhengene ikke like entydige.

Ifølge den evidensbaserte nettressursen UpToDate skyldes fedme en kombinasjon av lite fysisk aktivitet, stor tilgang på mat, uryddig spisemønster, søvnmangel, endokrine forstyrrelser, genetik, psykologiske faktorer og sosioøkonomiske forhold. Livsstil og diett er trukket frem som de mest slagkraftige årsakene. Blant mulige psykologiske faktorer nevnes vinterdepresjon som eneste konkrete eksempel (21).

Norske retningslinjer for håndtering av pasienter med fedme og overvekt i helsevesenet nevner de samme store linjene, men har i tillegg et kortfattet avsnitt om psykososiale forhold: «Utvikling av overvekt og fedme kan ha sammenheng med oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold, reaksjoner og opplevelser. Mobbing, traumer, overgrep og nederlagsfølelser kan gi psykologiske belastninger som igjen kan føre til forstyrret spising og overvekt (...)» (7).

Økende dokumentasjon viser at en forestilling om at pasienter med fedme enkelt og greit spiser for mye og beveger seg for lite, kan representere en grov forenkling (22-29). Matinntak, livsstil og fysiologi må ses i sammenheng med både genetiske og epigenetiske forhold i et livsløpsperspektiv. Blant annet er det god dokumentasjon for at belastende livshendelser og det de medfører av psykologisk, emosjonelt og fysiologisk stress, kan være sterkt bidragende årsaker (9, 23, 24, 27-34). De ulike etiologiske faktorene henger tett sammen, og de tenderer til å forsterke hverandre (24).

Det finnes mange studier av genetisk disposisjon for overvekt. Flere gener assosieres med BMI og midjemål (26), og det er vist at gener som disponerer for overvekt interagerer med pasientens miljø slik at behandlingsresponsen påvirkes (25). Det finnes også studier som viser ulik epigenetisk profil (metyleringsmønster) mellom slanke og overvektige individer (35).

I denne oppgaven forutsetter vi at det sannsynligvis foreligger betydelige genetiske forutsetninger for utvikling av fedme. Imidlertid tyder solid forskning fra ulike hold på at miljøeksponeringer og livserfaringer som innebærer langvarig stress og traumer, kan bidra signifikant til utvikling av fedme, og det er fokus for denne oppgaven.

## Belastende livserfaringer, traumer og fedmeutvikling

Ved et uformelt søk i litteraturløst PubMed, fant vi en første observasjon av sammenhenger mellom belastende livshendelser og dramatisk vektøppgang fra 1949 (36). Om vi beveger oss nærmere nåtiden, kom i 1998 den banebrytende, amerikanske Adverse Childhood Experiences Study (ACE-studien) (29). Der fant forskerne en dose-respons sammenheng mellom tidlige traumatiske livserfaringer og sykkelig fedme. I Boks 1 har vi listet opp de hendelsene/erfaringene som ble inkludert i ACE-studien.

Adverse Childhood Experiences (ACE) - kategoriene:

- Fysisk barnemisbruk
- Psykisk barnemisbruk
- Seksuelt barnemisbruk
- Fysisk neglekt
- Emosjonell neglekt
- Psykisk syk person i hjemmet
- Rusmisbruker i hjemmet
- Vitne til familievold mot mor
- Familiemedlem i fengsel
- Skilsmisse

*Boks 1: ACE-kategorier (29)*

ACE-studien knyttet også traumer til økt risiko for utvikling av en rekke andre sykdommer enn alvorlig fedme; både fysisk og psykisk sykdom, samt risikofaktorer som utgjør en stor trussel for folkehelsen, nemlig røyking og rusavhengighet. I kjølvannet av ACE-studien har det kommet en rekke andre studier som, fra ulike perspektiv, belyser samme fenomen. Janet Rich-Edwards, epidemiolog ved Harvard, fant blant en gruppe på over 67 000 voksne kvinner en dose-responssammenheng mellom fysisk mishandling og seksuelt misbruk i barndommen på den ene siden, og type 2 diabetes i voksen alder på den andre. Den økte risikoen syntes delvis å bli mediert via økt BMI (37). I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3, 2006-8) fant forskerne ved AFE Trondheim en dose-responssammenheng mellom en selvrappertert, vanskelig barndom og en rekke former for sykkelighet senere i livet, fedme inkludert (30). Det er også dokumentert en signifikant sammenheng mellom erfart mellommenneskelig vold og økt BMI blant ungdom (31). I sin doktorgrad fra NTNU i 2016 viste Ingrid Følling at «emosjonell bagasje» kan være en viktig barriere til livsstilsendring hos pasienter med overvekt/fedme (9).

Flere metaanalyser har de siste årene bekreftet og utdypet sammenhengene mellom traumatiske erfaringer i barndommen og fedme i voksen alder (32-34). I tillegg til at man har funnet en dose-respons sammenheng, finner forskere også at det kan være en kronologisk sammenheng mellom belastende livserfaringer og starten på overvektsproblemet (23, 38).

### Belastende livserfaringer og traumer - definisjoner og forekomst

Tema for denne oppgaven er sammenhengen mellom belastende livserfaringer og traumer på den ene side, og utvikling av fedme på den andre. Dette bringer oss inn på definisjoner av hva slags livserfaringer og/eller hendelser det kan dreie seg om. Ordet *trauma* stammer fra gresk og betyr opprinnelig et fysisk sår. Senere har definisjonen blitt utvidet til å omfatte også mentale belastninger. Traume er et begrep det er knyttet mange assosiasjoner til, og definisjonen har vært mye omdiskutert. For eksempel har det amerikanske diagnosesystemet DSMs definisjon endret seg flere ganger. Under arbeidet med denne oppgaven har vi funnet definisjonen fra DSM-IV relevant. I definisjonen av diagnosen Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) defineres et traume som: «*an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others. The person's response involved fear, helplessness or horror*» (39).

Når vi i denne oppgaven skal undersøke pasienters livshistorier knyttet til fedmeutvikling, ønsker vi å se på belastende og traumatiske hendelser i vid forstand: det kan dreie seg om enkeltstående hendelser eller langsgående situasjoner som pasienten oppgir som en betydelig «stressor» i sitt liv. For å unngå å sette alle disse hendelsene i samme bås som «traumer» – inkludert alle assosiasjoner det trekker med seg – bruker vi ofte begrepet «belastende livserfaringer» som betegnelse på de vanskelige erfaringene pasientene har rapportert.

Hvilke hendelser/erfaringer som oppleves som sterkt belastende og endog traumatiske kan variere fra person til person. En erfaring er et subjektivt fenomen som alltid er knyttet til en spesifikk hendelse for en spesifikk person, i en gitt kontekst (40, 41). Det kan således spille avgjørende rolle hvilken kontekst en hendelse/erfaring skjer innenfor, hvem som er involvert, hva som står på spill, hvilke tidligere erfaringer den rammede personen bærer med seg, hvilke ressurser og støtte som er tilgjengelig, med mer (41-43). Mange studier er basert på forhåndsdefinerte kategorier der informanten skal svare ja eller nei på aktuelle opplevelser. Det er viktig å merke seg at det å passe inn i en potensielt traumatisk hendelseskategori ikke nødvendigvis trenger å innebære stor skadevirkning. På den annen side kan mennesker ha opplevd store belastninger uten at erfaringene nødvendigvis fanges opp av skjematiske kategorier.

I den senere tid har også traumbegrepet utviklet seg i lys av denne kompleksiteten. Spesielt i forhold til barn og ungdom skiller vi i dag mellom enkle og komplekse traumer. *Enkle traumer* skyldes enkeltstående hendelser, der livet er rimelig trygt og godt, både før og etter hendelsen. Begrepet



*komplekse traumer* beskriver vedvarende eller repeterte påkjenninger, noe som typisk kan involvere manglende omsorg eller direkte skade fra viktige omsorgspersoner (44, 45).

Undersøkelser fra NOVA (Norsk institutt for forskning, oppvekst, velferd og aldring), MoBa (Den norske mor og barn-undersøkelsen), NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress) og Helsedirektoratet gir oss til sammen et bilde på forekomsten av en del potensielt traumatiske hendelser i norske sammenheng (46-49):

- Utsatt for fysisk vold: 5-10 % jenter og 6-9 % gutter
- Utsatt for psykisk vold: 13-14 % begge kjønn
- Seksuelle krenkelser: 12-28 % jenter og 5-7 % gutter
- Voldtekt (før 18 år): 5-9 % jenter og 1-2 % gutter
- Voldtekt (etter 18 år): 10 % kvinner og 1 % menn
- Vitne til fysisk vold mellom foreldre: 10 % begge kjønn
- Barn som lever med foreldre med klart alvorlig psykisk lidelse i Norge: 115 000
- Barn som lever med foreldre med klart alvorlig rusproblemer i Norge: 30 000

Som diskutert over, er dette prevalenstall for definerte typer av hendelser. Det er all grunn til å ta tallene alvorlig. Samtidig er det viktig å ikke bidra til en kultur der det å ha opplevd en eller flere slike livshendelser automatisk definerer personen som et offer eller en pasient. Til tross for ovenstående høye prevalensdata, anga kun 4,1 % av de voksne deltakerne i HUNT3-studien (2006-8) at de hadde hatt en «vanskelig» eller «svært vanskelig» barndom (30), hvilket kan tyde på at vanskelige livshendelser ikke alltid kaster like lange skygger, vurdert i ettertid.

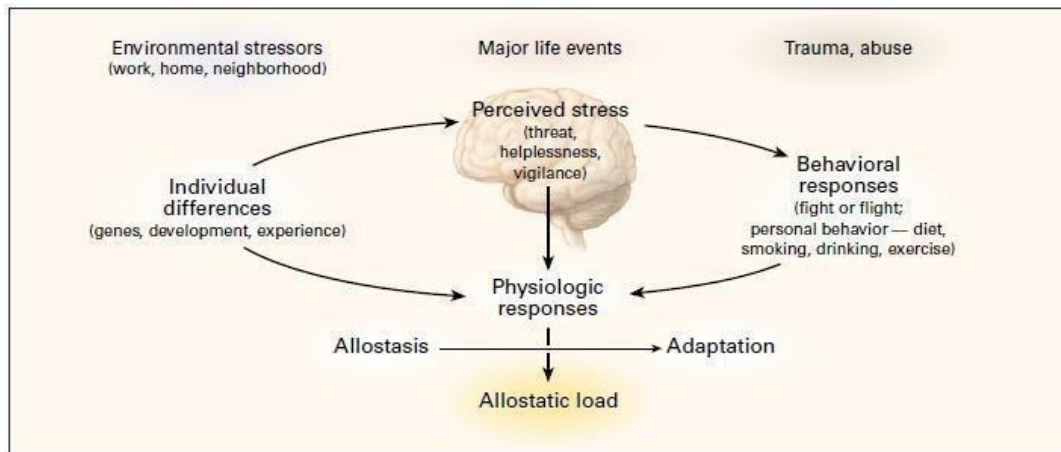
#### Hvordan kan belastende livserfaringer bidra til fedme?

Som før omtalt, har høyt matinntak og manglende fysisk aktivitet åpenbar betydning for utvikling av overvekt. At belastende livserfaringer kan lede til høyt matinntak, er velkjent «folkekunnskap» som gjenspeiles i begrepet «trøstespising». Imidlertid er sammenhengene mellom belastninger (stress) og utvikling av overvekt både individuelle og komplekse. Det finnes flere ulike teorier og årsaksmodeller. Disse kan vektlegge litt ulike aspekter, men behøver ikke stå i motsetning til hverandre (se nedenfor).

Vår forskningsgruppe tar utgangspunkt i modellen om allostatisk overbelastning, utviklet av neuroendokrinolog Bruce McEwen og medarbeidere ved Rockefeller University i New York (50-53). Allostase betyr opprettholdelse av stabilitet gjennom forandring. Allostatisk belastning involverer psykologiske, nevrologiske, endokrine og immunologiske prosesser, som sørger for fysiologisk og atferdsmessig tilpasning til forutsette og uforutsette utfordringer og påkjenninger (Figur 2).

Overbelastning av de fysiologiske tilpasningssystemene vil på sikt lede til dysregulering, som i neste omgang baner vei for sykdom. Både mentale og fysiske påkjenninger kan lede til allostatisk overbelastning av de samme fysiologiske systemene. Genetiske faktorer antas å spille en rolle på flere

nivå i de involverte prosessene, men de subjektive livserfaringene («perceived stress») står sentralt i modellen. Forskerne bak allostasemodellen knytter dette blant annet til opplevelser av å føle seg truet, alltid å være i alarmberedskap, eller å føle seg prisgitt og avmektig (Figur 2).

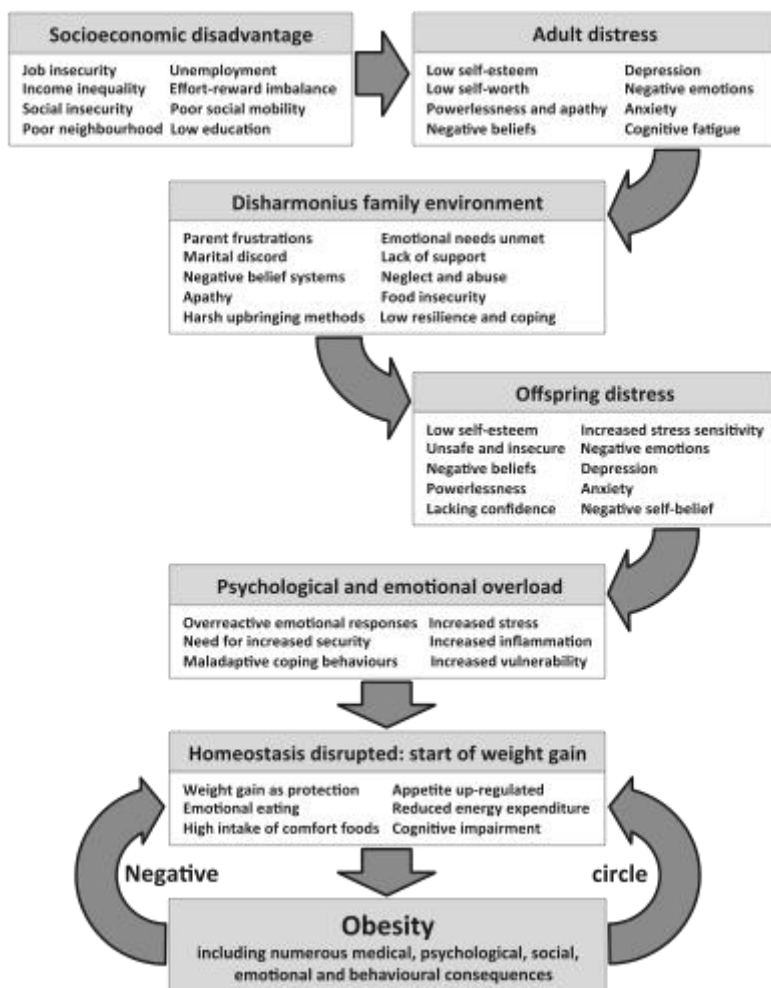


Figur 2: McEwen BS. *Brain on Stress: How the social environment gets under your skin* (50)

Her følger noen andre relevante modeller/teorier vi har funnet i forskningslitteraturen, knyttet til sammenhengene mellom stressende belastninger og overvekt/fedme. Vi har ikke hatt som mål å gi noen komplett oversikt over feltet. Perspektivene er forøvrig delvis overlappende, og de ser alle ut til å være forenlige med den grunnleggende tankegangen knyttet til allostatisk overbelastning.

**Kronisk stress og fysiologiske endringer:** Ved stress, både fysisk og mentalt, frigis glukokortikoider og katekolaminer som stimulerer cytokinfrigjøring, virker immunmodulerende, interagerer med en rekke metabolske hormoner, samt binder til reseptorer i hjernen og bidrar til å påvirke hjernens plastisitet (50). Kronisk stress er vist å øke sårbarheten for abdominal overvekt, insulinresistens og oksidativt stress når det kombineres med en diett med mye fett og sukker. Her er kortisol og neuropeptid Y sentrale mediatorer (27).

**Psykologisk og emosjonelt stress:** Erik Hemmingssons forskergruppe ved Karolinska Institutet lanserte i 2014 en modell for hvordan psykologisk og emosjonelt stress fremmer fedme (24). Lav sosioøkonomisk status, ufordelaktige personlige egenskaper og belastende livshendelser gir til sammen en psykologisk og emosjonell overbelastning som fremmer økt stress, økt inflammasjon og maladaptive forsvarsmekanismer. Resultatet blir en forstyrret energihomeostase med oppregulert appetitt, redusert energiforbruk, kognitiv svekkelse og forstyrret spisemønster. Hemmingssons modell er gjengitt i Figur 3 på neste side.



Figur 3: A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention (24).

**Settpunktteorien:** En endokrinologisk forskningsgruppe fra Greenwich hospital i USA har forsket på reguleringen av kroppsvekt, og beskriver kroppsvekt som et resultat av metabolske mekanismer og belønningsmekanismer. Reguleringen styres av et neuroendokrint nettverk bestående av kjerner i ulike hjerneregioner, og et endokrint feedbacksystem med mediatorer som leptin, insulin, FFA, glukose, aminosyrer, ghrelin, CCK, GLP-1, med mer. Reguleringsystemet sørger for at kroppsvekten oscillerer rundt et «settpunkt», på samme måte som kroppstemperatur, og settpunktet påvirkes både av genetikk og miljø. Et fedmefremmende miljø, som kronisk stress eller/og stort matinntak, vil kunne påvirke feedbackmekanismene og neurologien i dette reguleringsystemet. På denne måten kan settpunktet økes slik at vekten holdes homeostatisk på et høyere nivå enn tidligere (28).

**Forstyrret spiseatferd:** I diagnosesystemet DSM-V beskrives «Binge Eating Disorder» (No: overspisingslidelse) (54). Tilstanden er assosiert med traumer i barndommen (55). Fra et klinisk perspektiv kan det handle om at man døyver følelser ved å spise, eller at man bygger opp en barriere mellom seg selv og verden gjennom fedme (personlig meddelelse, psykiater Miriam Gustafsson ved Enhet for Spiseforstyrrelser, Tiller DPS, St. Olavs hospital). Ikke alle med fedme fyller kriteriene for overspisingslidelse, og ikke alle med overspisingslidelse har fedme. Følgende atferdsmønstre kan imidlertid bidra til å forklare sammenhengene mellom stress/traumer og fedme:

**Emosjonell spising:** Emosjonell spising er tendensen til å overspise som en respons på negative følelser. Denne måten å takle følelser på er i litteraturen assosiert med traumer i barndommen, traumer i voksen alder, depresjon og PTSD (56, 57). Graden av emosjonell spising har vært vist å øke i takt med alvorlighetsgraden av PTSD-symptomer hos voksne (57). Emosjonell spising er videre assosiert med økt BMI hos både menn og kvinner (58).

**Fedme som beskyttelse:** Vincent Felitti, en av hovedforfatterne bak ACE-studien, etablerte på 1980-tallet *Positive Choice Weight Loss Program* i San Diego, som behandlet over 30 000 fedmepasienter. Klinikerne oppdaget at mange av pasientene med fedme utviklet angst, og noen ganger ble suicidale, ved stor vekt nedgang. Flere av de pasientene som lyktes aller best i vekt nedgang droppet ut av programmet. I denne sammenhengen innså behandlerne at en betydelig andel av fedmepasientene hadde svært belastende livshendelser i «bagasjen». Det viste seg at fedme kunne ha en beskyttende effekt for dem, både fysisk, sosialt og seksuelt. Den store kroppen ga økt trygghet mot fysiske trusler, personene opplevde mindre forventninger fra folk rundt seg, og de slapp seksuelle tilnærminger. Stort vekttap ble en direkte trussel mot denne beskyttelsen (23).

**Matavhengighet (eng: *food addiction*):** Matavhengighet er et nyere begrep i litteraturen. Idéen bak begrepet er at mat kan fungere som et rusmiddel på linje med alkohol. Fenomenet kartlegges ved hjelp av Yale Food Addiction Scale. Ikke uventet overlapper begrepet delvis med diagnosen overspisingslidelse (59). Enkelte forskere hevder at matavhengighet kan anses å være en indikator (eng: proxy), ikke bare for alvorlighetsgraden av diagnosene overspising og fedme, men også for komplekse traumer, PTSD og annen psykiatrisk komorbiditet (60). For eksempel ser man at kombinasjonen av overspisingslidelse og matavhengighet er assosiert med mer alvorlige barndomstraumer, mer psykiatrisk komorbiditet og høyere BMI, enn hvis man bare har én av forstyrrelsene (55).

## Utredning og behandling av fedme i Norge

### Retningslinjer, oppgavefordeling og behandlingstilbud

Norske retningslinjer for håndtering av pasienter med overvekt og fedme legger klare føringer for hvem som skal utredes og behandles, og om dette skal gjøres i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Det anbefales en standardisert vurdering av helserisiko basert på pasientens BMI, midjemål, vurdering av øvrige risikofaktorer, kosthold, fysisk aktivitet og røykestatus. Ved BMI  $\geq 30$ , samt økt midjemål eller overvektsrelaterte sykdommer, skal man vurdere oppfølging. De fleste personer med sykkelig fedme, altså ved BMI  $\geq 40$  eller  $\geq 35$  med vektrelaterte følgesykdommer, bør tilbys oppfølging/behandling (7).

### Primærhelsetjenestens rolle

I primærhelsetjenesten anbefales et program med kostholdsendringer, fysisk aktivitet og mestringspsykologisk støtte. Ved indikasjon kan vektreduserende medikamenter forsøkes. Som regel er det fastlegen som koordinerer behandlingstilbudet, der andre helseaktører som fysioterapeuter og ernæringsfysiologer kan være sentrale (7).

Retningslinjene legger stor vekt på å spise riktig og å øke den fysiske aktiviteten. De påpeker samtidig at behandling av overvekt og fedme må individualiseres, og anbefaler grundig kartlegging av pasientens vekthistorie, inkludert livssituasjoner som kan ha bidratt til vektoppgang. Herunder nevnes psykisk belastning, traumer og overgrep i sammenheng med en plutselig vektøkning hos pasienter med tidligere stabil vekt. Det gis imidlertid ingen spesifikke råd om hvordan slike tema best kan håndteres under en konsultasjon i primærhelsetjenesten. Det nevnes at psykologisk hjelp bør være en viktig og nødvendig del av behandlingstilbudet, uten at dette konkretiseres nærmere (7).

### Kompetansesentra og andre spesialiserte behandlingstilbud

Fastlegen skal vurdere hvem som bør henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette er aktuelt dersom pasienten ikke har oppnådd effekt gjennom det anbefalte behandlingstilbudet i førstelinjen eller henvises direkte i henhold til retningslinjene. Aktuell henvisningsinstans er da oftest en regional overvektspoliklinikk. Etter vurdering her kan pasienten få tilbud om henvisning til livsstilsveiledning ved dag- eller døgnbehandling, medikamentell behandling eller kirurgi. Det finnes per i dag seks regionale overvektspoliklinikker i Norge (7). I tillegg finnes en rekke private kompetansesentre og andre behandlingstilbud. Vi kjenner ikke disse i detalj, men har ved et enkelt søk ikke identifisert behandlingsopplegg der sammenhenger mellom belastende livserfaringer og overvekt synes å stå sentralt.

Ifølge retningslinjene arbeider helseforetakene med å utvikle flere tverrfaglige poliklinikker, slik at pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten skal få et bredere og mer sammensatt utrednings-

og behandlingstilbud. Det psykiske aspektet skal gis mer oppmerksomhet i sekundærhelsetjenesten: «Mange pasienter med fedme som henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten har tunge psykiske traumer i sin bakgrunn som har bidratt vesentlig til utvikling av fedmen. Slike traumer må bearbejdes om man skal lykkes med vekttapet» (7). Psykologtilbudet det oppmuntres til synes i hovedsak å fokusere på utvikling av mestringsstrategier slik at pasienten skal klare å opprettholde nye levevaner.

### Vektreduserende kirurgi

Vektreduserende kirurgi er et behandlingstilbud til personer med BMI  $\geq$  40 eller BMI  $\geq$  35 kombinert med minst én følgesykdom som ikke har hatt effekt av annen behandling. Metaanalyser og systematiske oversikter viser at vektreduserende kirurgi gir større vektnedgang enn annen behandling, samt bedre livskvalitet og mindre komorbiditet (7, 61, 62). De fleste studiene som finnes følger bare pasientene i kort tid (typisk i to år), og langtidseffektene av vektreduserende kirurgi er dermed usikre (61). En liten studie fra Brasil viser til signifikant gjenvinning av vekt innen fem år (63), mens en større studie fra Australia viser at vektnedgang opprettholdes i opptil 15 år (64). En norsk lege uttrykker sine tanker om vektreduserende kirurgi slik: «Flere av oss leger som behandler pasienter med fedme har inntrykk av at de med særlig belastende livserfaringer kan ha dårligere langtidseffekt av både konservativ tilnærming og av kirurgi enn andre, og muligens også høyere risiko for komplikasjoner etter inngrep. Traumer og livsbelastninger må kartlegges før eventuell bariatrisk kirurgi, slik at det kan hensyntas i oppfølgingen» (personlig meddelelse: konstituert overlege Maria Serafia Fjellstad, Medisinsk avdeling, UNN Harstad).

### Psykiatriske behandlingstilbud

Overspisingslidelse regnes ikke som en diagnose i ICD-10, men i DSM-5 beskrives tilstanden «Binge Eating Disorder» (54, 65). Siden ICD-10 legger føringene for norsk psykiatri, er denne mangelen på en diagnosekode med på å styre hvordan psykiatrien håndterer fedmepasienter.

Spesialisthelsetjenesten i psykiatri i Norge forholder seg til Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne. Her har helsedirektoratet satt en del veiledende frister for hvor lang tid det kan gå før man kommer inn til behandling. Det at noen diagnoser er valgt ut til å prioriteres, betyr samtidig at andre diagnoser blir nedprioritert. Spiseforstyrrelsene anoreksi og bulimi står i prioriteringsveilederen, men det gjør ikke overspising (66). Pasienter som sliter med «emosjonell spising» har ingen anerkjent eller prioritert diagnosekode, og vil derfor tendere til å havne bak i køen (personlig meddelelse: psykiater Miriam Gustafsson, Enhet for spiseforstyrrelser, Tiller DPS, St. Olavs Hospital).

Ansatte ved Fedmepoliklinikken ved St. Olavs Hospital i Trondheim har stilt spørsmål ved hvorfor anoreksi erkjennes som en psykisk sykdom, mens fedme henvises til somatikken: «Hos mange er

fedme et psykologisk problem, og da må dette behandles først. (...) Et nytt psykiatritilbud er etterlenget» (67). I 2018 ble det etablert en intensjonsavtale om økt samarbeid mellom Fedmepoliklinikken ved St. Olavs hospital og psykiatrimiljøet i regionen (68).

### Livsbelastninger og fedme – behov for klinisk fagutvikling

Som beskrevet, er det godt dokumentert at traumer og livsbelastninger kan utgjøre vesentlige bakgrunnsfaktorer for overvekt og fedme. Norske retningslinjer erkjenner disse sammenhengene, men gir ikke konkrete råd om hvordan man best kan håndtere slike tema i klinikken. I arbeidet med denne oppgaven har vi fått inntrykk av at flere aktører innen fedmefeltet opplever dette som en presserende utfordring. Dette samsvarer godt med resymeet fra en workshop som i 2016 ble avholdt ved Radcliffe-Harvard i USA, ledet av epidemiologen Janet Rich-Edwards. Forfatterne konkluderer:

«Although trauma alone is unlikely to account for the recent increase in obesity risk, those who have suffered trauma are an important but overlooked high-risk population. The repercussions of trauma may lurk below the surface of the clinical encounter, yet for some patients, trauma history may be a significant factor driving the development of obesity and a barrier to its treatment. Efforts to uncover and address underlying trauma may yield increased effectiveness of obesity interventions, and preventing weight-related sequelae may improve life-long health after traumatic exposures. There is now two decades of evidence supporting the trauma–obesity connection. It is time to translate this evidence into action» (69).

### Klinisk traumesensitivitet

I senere tid har begrepet «klinisk traumesensitivitet» dukket opp, både nasjonalt og internasjonalt (70-72). Det viser til en voksende faglig bevissthet om sammenhenger mellom traumer og helseplager, og at klinikere har en viktig oppgave i å hjelpe sine pasienter med å erkjenne og bearbeide vonde livserfaringer. Et annet aspekt ved klinisk traumesensitivitet er å være observant på traumer også i forhold til undersøkelser og prosedyrer, for eksempel ved avkledning, gynekologiske undersøkelser, gastroskopi og tannbehandling (72). Tannlege og forsker Tiril Willumsen har vært en pioner på feltet. Mennesker som har erfart overgrep og/eller vold (inkludert tortur) har nemlig sterkt økt forekomst av tannlegeskrek (73-75).

Bevissthet rundt betydningen av pasienters tidligere erfaringer har varierende fotfeste i helsevesenet. I utgangspunktet kunne man tenke seg at fastleger, på grunn av kontinuitet i oppfølgingen, ville ha rimelig godt kjennskap til viktige hendelser i sine pasienters liv. Kartlegging av belastende livserfaringer er imidlertid ikke rutine i norsk primærhelsetjeneste. Selv leger som mener å ha godt kjennskap til sine pasienter, kan ha «kunnskapshull» når det gjelder dramatiske livshendelser de kan ha opplevd. Dette kan skyldes vår tendens i det vestlige helsevesenet til å benytte oss av observerbare

og målbare variabler hos pasienten for å klassifisere i somatiske og psykiatriske diagnoser. Ved en slik objektivisering kan man lett miste pasientens subjektivitet av syne, slik at pasientenes personlige opplevelser, historier og verdier ikke blir ansett som særlig relevante (76).

Dagens samlede kunnskap tilsier at belastende livserfaringer og traumer bør inngå i utredning av fedme, både i primærhelsetjenesten og mer spesialiserte avdelinger. Utredningen kan gjøres på ulike måter, inkludert åpne pasientsentrerte spørsmål og strukturerte spørreskjema. Vi vet samtidig ganske lite om hvordan økt klinisk fokus på belastende livserfaringer og traumer vil kunne påvirke det videre behandlingsforløp. Her må fagutvikling og forskning gå hånd i hånd - i samarbeid med pasientgruppen det angår.

Klinikere vegrer seg erfaringsmessig mot å spørre om vanskelige livserfaringer, enten av redsel for å utløse sterke følelser eller fordi de føler de ikke kan gjøre noe med det de eventuelt får vite (77). Forfatterne bak ACE-studien fra 1998 erfarte at spørsmål om vonde livserfaringer ofte hadde terapeutisk effekt i seg selv (78). En tilsvarende erfaring gjorde Harvard-epidemiologen Rich-Edwards i forbindelse med Nurses' Health Study – en svært omfattende epidemiologisk studie som har pågått i flere runder. Da forskerne i 2001 for første gang inkluderte spørsmål om erfaringer av vold og overgrep som mulige bakgrunnsfaktorer for sykdom og overvekt, mottok de responser der deltakerne sa ting som «It's about time you asked!» (37, 79). Vi kommer tilbake til tematikken rundt det å spørre/lytte, samt ulike måter å innhente relevant informasjon på, i Del III.

### Forskningsmiljøet bak denne oppgaven

Forskerne ved Allmennt medisinsk forskningsenhet (AFE) i Trondheim har lenge interessert seg for sammenhengene mellom belastende livserfaringer og helseplager (53, 80-83). Miljøet har hatt samarbeid med stressforskeren Bruce McEwen ved Rockefeller University New York, som har utviklet begrepet allostatisk overbelastning. AFEs forskere har i ulike sammenhenger påpekt behovet for fagutvikling på området livserfaringer og fedme. I en slik sammenheng kom miljøet i kontakt med Kai Brynjar Hagen, overlege ved RSSO Bodø. Basert på egen klinisk erfaring, både på overvektspoliklinikken og som mangeårig fastlege, har han de senere år systematisk vist interesse for sine pasienters livshistorier. Et samtykkebasert pasientmateriale fra poliklinikken han har drevet i Bodø ligger til grunn for denne oppgaven, se Del II.



## Oppsummering og motivasjon for vår empiriske studie

Sammenhengene mellom belastende livserfaringer og utvikling av sykdom og helseplager er godt dokumentert i forskningslitteraturen. Traumer og livsbelastninger kan, gjennom komplekse årsaks mekanismer, utløse en kaskade av fedmefremmende effekter, som dermed ikke kan betraktes og behandles kun som kontrollerbare «uvaner». Overspising og fedme kan fungere som beskyttelsesmekanismer og hjelpe til undertrykking av vonde følelser. De fysiologiske stressresponsene kan bidra til å oppregulere appetitten og nedregulere metabolismen, i tillegg til å medføre kronisk, lavgradig betennelse. På samme måte som røyk er et tegn på et brennende hus, kan fedme altså være uttrykk for «årsaker bak årsakene», for å bruke et begrep fra sosialepidemiologen Michael Marmot (84).

Faglig anerkjennelse av dypere årsaksfaktorer må antas å kunne lede til bedre behandlingsresultat for pasienter som bokstavelig talt bærer på tung bagasje, både i form av vonde livshistorier og fysisk kroppsvekt. Vi vet fra internasjonal litteratur og personlige kontakter i Norge at både pasienter og helsepersonell uttrykker frustrasjon over mangel på helhet og integrasjon av psykologiske faktorer i eksisterende utrednings- og behandlingstilbud for fedme. Samtidig er det krevende å skape endring. Traumer og krenkelser er ofte skam- og tabubelagt. Pasientene nøler med å fortelle, de vet ikke hvordan helsepersonell vil reagere, og om tema i det hele tatt vil anses som relevant.

Det finnes lite klinisk forskning på sammenhengene mellom livserfaringer og utvikling av fedme blant norske pasienter. Lege Kai Brynjar Hagen ved RSSO Bodø har imidlertid i flere år hatt som praksis å invitere sine pasienter til å fortelle om eventuelle vanskelige livserfaringer. I samråd med pasientene har han i den polikliniske epikrisen nedtegnet stikkord om forhold pasientene selv har ansett som viktige i forhold til egen helse og fedmeutvikling. På bakgrunn av informert samtykke, har vi fått muligheten til å studere forekomsten og typen av selvrapporterte belastende livserfaringer og traumer blant 70 av disse pasientene. I den empiriske studien som nå følger i Del II, undersøker vi forekomsten av selvrapporterte vonde livserfaringer blant disse, og vi forsøker dernest å kategorisere disse erfaringene, inspirert av den amerikanske ACE-studien fra 1998.

## Del II: Belastende livserfaringer blant 70 pasienter utredet ved en norsk fedmepoliklinikk

Materialet denne studien er basert på, stammer fra konsultasjoner hos én og samme overlege ved RSSO Bodø, som i perioden 2013-18 har gjennomført konsultasjoner med over 600 henviste pasienter. De 200 sist undersøkte pasientene mottok sommeren 2018 invitasjon til å delta i denne studien, og 70 pasienter (35 %) returnerte samtykkeskjema og ble inkludert.

Målene med studien var følgende:

1. Å beskrive deltakende pasienter demografisk og klinisk: kjønn, alder, overordnet sosioøkonomisk bakgrunn. Vekt, vekthistorikk, kroppsmål, utvalgte kliniske variabler.
2. Å undersøke hvilken andel av studiedeltakerne som hadde fortalt behandlende lege om betydelige livsbelastninger/traumer, i henhold til den polikliniske epikrisen.
3. Å kartlegge hvilke typer av livsbelastninger og traumer pasientene eventuelt fortalte legen om. Dernest å kategorisere disse på en meningsfull måte, og gi illustrerende eksempler fra hver kategori.

### Materiale og metode

#### Studiepopulasjonen

Pasientene som henvises til RSSO Bodø har stort sett BMI  $\geq 40$  eller  $\geq 35$  med fedmerelatert komorbiditet. De har ofte tidligere vært henvist til lokalsykehus eller lignende av sin fastlege. Etter utredning, kurs og veiledning lokalt, har pasientene senere blitt henvist videre til RSSO. Vårt materiale er med andre ord hentet fra den mest hjelpetrengende pasientgruppen med fedme i helseregion Nord. Samtlige inkluderte pasienter har der møtt den samme legen.

#### Behandlerens leges arbeidsmetoder

Utredningen ved RSSO innebærer en generell anamnese og klinisk undersøkelse, inkludert tannhelsestatus og relevante laboratorieprøver. Det som dernest antas å være nokså unikt i norsk sammenheng, er relativt systematisk registrering av belastende livserfaringer, basert på en rutine behandlende lege selv har utviklet. Der har han, som del av anamnesen, kommet inn på følgende forhold:

- Opplevd trygghet i hjemmet som barn/ung
- Sosial deltagelse sammen med jevnaldrende
- Fysisk aktivitet i barne- og ungdomsår
- Skolefaglig mestring

Som regel ble pasientene også spurt om livshendelser i perioden forut en eventuell dramatisk vektøkning. Ut over at behandlende lege relativt konsekvent kom inn på de ovennevnte tema under anamneseopptaket, ble det ikke benyttet noen standardisert intervjuguide eller spørreskjema for å kartlegge pasientens livserfaringer. Det ble heller ikke rutinemessig stilt eksplisitte traumespørsmål. Behandlende lege erfarte imidlertid at de spørsmålene han stilte ofte fungerte som inngangsport til andre tema som pasientene selv valgte å ta opp, inkludert livsbetingelser og erfaringer fra deres voksne liv. Dokumentasjon av konsultasjonene har form av en poliklinisk epikrise, utarbeidet i løpet av konsultasjonene med pasientene som aktive bidragsytere. Dokumentasjon av eventuelle belastende livserfaringer er gjort meget kortfattet, gjerne med gjengivelse av pasientenes egne ord. Informasjonen ble innhentet fordi behandlende lege mente den var klinisk relevant, og ikke med eksplisitt forskningsformål.

## Datainnsamlingen

I løpet av sommeren 2018 ble det i samarbeid med en forskningssykepleier sendt ut brev til de 200 sist utredede pasientene ved RSSO Bodø. De inviterte pasientene utgjør dermed i utgangspunktet en uselektert og nåtidsaktuell gruppe innenfor den polikliniske populasjonen. Brevet inneholdt informasjon om prosjektet, invitasjon til deltakelse (vedlegg 2), og frankert svarkonvolutt adressert til Nordlandssykehuset. 70 av pasientene returnerte skriftlig samtykke til at deres epikriser kunne inngå i prosjektet. Én av de siste pasientene ble orientert under konsultasjonen på poliklinikken og ønsket straks å skrive under samtykket. Ingen purring ble gjort, verken muntlig eller skriftlig.

## Etikk

### Etisk godkjenning

Det ble først søkt om forhåndsgodkjenning av prosjektet til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i nord den 31.05.2018. Etter en helhetsvurdering kom komiteen frem til at det ikke kunne gis dispensasjon fra taushetsplikten, men at prosjektet kunne gjennomføres dersom det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne. Prosjektet ble endelig godkjent med saksnummer 2018/1002/REK nord (se vedlegg 3) etter beskrivelse av rekrutteringsmetode og framlegg av informasjons-/samtykkeskriv (se vedlegg 2).

Prosjektet og datainnsamlingen ble gjennomført i henhold til REKs krav og anbefalinger.

## Personvern

Det er kun behandlende lege som har utredet/behandlet pasientene og skrevet epikrisene som har hatt tilgang til identifiserbare opplysninger (epikriser i sykehusets journalsystem). Han har selv registrert aidentifiserte data i nye dokumenter, til bruk for resten av prosjektgruppen. Koblingsnøkkelen er kun kjent for behandlende lege. Den oppbevares separat (innelåst på sykehuset) og vil bli destruert når analyse og publikasjonsprosess er tilbakelagt.

I forbindelse med innføringen av EUs personvernforordning (GDPR) i norsk lov, oppstod det usikkerhet om REK-godkjente prosjekt skulle meldes til personvernombudet lokalt ved NTNU, og/eller sentralt ved Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Det ble meldt til NSD den 26.11.2018 og registrert i meldingsarkivet til NTNU over helseforskningsprosjekter som behandler personopplysninger den 07.12.2018.

*Tillegg i september 2020: Se oppdatert innledning til Hovedoppgavens forord.*

## Særlige forskningsetiske vurderinger

Prosjektet berører sensitive livserfaringer hos en gruppe personer som ofte opplever stigmatisering i samfunnet. Ivaretagelse av de involverte pasientenes integritet har derfor stått sentralt i både prosjektplanleggingen og arbeidet med analyse av data. Invitasjonsbrev ble bare sendt ut én gang, og det ble ikke purret. For å minske mulighet for gjenkjennelse, ble deltakernes alder registrert i kategorier, ikke etter eksakt fødselsår, og alle detaljer som kan peke mot geografisk bosted eller identitet, er utelatt. Pasientene var alle eksplisitt innforstått med hvilken informasjon som ble dokumentert i epikrisene, og på hvilken måte. De var også innforstått med at epikrisene var ment for deling med andre aktører i helsetjenesten, i tillegg til pasienten selv. Opplysninger som pasientene anså som for sensitive til at de kunne bringes videre innen rammen av taushetsplikten, ble dermed ikke skrevet ned. De andre, mottakende aktørene inkluderte henvisende fastlege eller helseinstitusjon, samt for eksempel psykolog/traumeterapeut. Dataene fra epikrisene har, som før beskrevet, blitt behandlet konfidensielt i lokaler tilknyttet Nordlandssykehuset HF og/eller NTNU og oppbevart innelåst i henhold til institusjonenes vanlige retningslinjer.

## Databearbeidelse

### Uthenting av data fra epikrisene

Data ble hentet fra epikrisene til 70 pasienter utredet ved RSSO Bodø i perioden 2013-2018. Epikrisene inneholder konsultasjoner med klinisk samtale, undersøkelse av pasientene, samt opplysninger på alle klinisk relevante parametere, og er strukturert etter samme mal. Behandlende overlege (som også har skrevet alle epikrisene) hentet ut aidentifiserte data fra journalsystemet og

gjorde en overordnet systematisering av data før de ble utlevert til forskningsgruppen. Hver pasient ble gitt et løpenummer som henviser til koblingsnøkkelen.

Følgende data fra epikrisene ble hentet ut i aidentifisert form:

- Demografiske karakteristika; kjønn, aldersgruppe, overordnede sosioøkonomiske forhold (utdanningsnivå, yrke og familiesituasjon)
- Anamnesticke data og kliniske funn, inkludert dokumenterte diagnoser, biologiske og biokjemiske målinger, medikamentbruk og eventuelt rusmidler
- Selvrapporterte beskrivelser av belastende livserfaringer/traumer

Kvantifiserbare data ble registrert i et Excel-ark, mens kvalitative data i form av tekst som beskriver belastende livserfaringer, ble registret i individuelle, nummererte Word-dokumenter. Disse ble registrert så systematisk som epikrisetekstene tillot. I den påfølgende, analytiske prosessen ble de belastende livserfaringene inndelt i kategorier. Det har ikke blitt innhentet opplysninger fra andre kilder enn pasientenes epikriser.

### Analyseprosessen – utvikling av kategorier

Analysen av det kvalitative materialet startet med at vi i prosjektgruppen, både hver for oss og sammen, leste Word-dokumentene gjentatte ganger for å få oversikt, og dernest identifisere overordnede tema i teksten som kunne representere ulike kategorier av belastende livserfaring. I fellesmøter i flere runder har vi validert hverandres tolkning av materialet, og diskutert oss fram til de endelige kategoriene.

Målet under utviklingen av kategoriene har vært å oppnå en mest mulig gyldig beskrivelse av de livserfaringer pasientene hadde valgt å dele med sin lege. I begynnelsen av analysen tok vi utgangspunkt i noen allerede anerkjente kategorier av belastende barndomshendelser (ACEs, (29)), se Del 1, Boks 1. Enkelte ACE-kategorier trådte imidlertid ikke tydelig fram i vårt materiale. Ett slikt eksempel er kategorien «familiemedlem i fengsel». Den analytiske prosessen var dernest påvirket av veiledernes og professor Anna Luise Kirkengens samlede forhåndskjennskap til publisert litteratur om belastende livshendelser og helseskade.

Da forskningsgruppen hadde oppnådd enighet om antallet og typene av kategorier, ble disse gitt nummer. Datamaterialet ble dernest gjennomgått på nytt, og hver enkelt pasients livserfaringer ble oppsummert i tabellform.

I analysen av det kvalitative materialet har vi vært inspirert av fortolkende fenomenologisk analyse (Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)), som har sitt teoretiske opphav i fenomenologi (en

filosofisk tilnærming til studiet av erfaring) og hermeneutikk (fortolkningslære) (85, 86). Fokus for denne metoden er på hvordan mennesker opplever og gir mening til sine erfaringer.

For å unngå overlapp og for stor grad av egen fortolkning av materialet, har vi systematisk ført opp kategorier kun når erfaringer som kunne relateres til disse, var nevnt eksplisitt i pasientens epikrise. Vi arbeidet systematisk etter prinsippet om at antakelser, uklårheter eller «lesing mellom linjene» ikke skulle lede til tilleggskategorisering. Et eksempel:

*«Mistet far som fireåring» → 1 kategori (kategori 8)*

*«Mistet far som fireåring. Opplevde vesentlig utrygghet etter dette» → 2 kategorier (kategori 8 og 1)*

## Resultater

Her følger oversikt over resultatene av den empiriske studien. Først presenteres pasientgruppens demografiske karakteristika, i tillegg til utvalgte, kliniske funn. Dernest presenteres de endelige kategoriene av selvrapporterte belastende livserfaringer/traumer og forekomsten av disse, med illustrerende eksempler for hver kategori.

### Pasientgruppens karakteristika

De deltakende pasientene bestod av 81 % kvinner og 19 % menn. 67 % var gift/samboer. 66 % hadde fullført videregående og/eller høyere utdanning, 33 % stoppet utdanning etter grunnskole. 47 % var yrkesaktive, mens resten var enten uføretrygdet, sykemeldt, arbeidssøkende, mottok AAP eller ventet på studieplass.

Gjennomsnittlig BMI hos pasientgruppen var 43, med midjemål fra 99-178 cm. Pasientene oppga selv alt fra alder 0-50 år ved debut av sin overvekt. Maksvekten var i gjennomsnitt 133 kg. 47 % av pasientene oppga tannlegeskrekk, og 30 % ble klinisk vurdert til å ha dårlig tannstatus.

Materialet inneholdt noen eksempler på at fedme debuterte etter traumatiske livserfaringer, men dokumentasjon av eventuelle kronologiske sammenhenger var ikke gjort systematisk nok hos alle deltakerne til at denne problemstillingen lot seg analysere nærmere.

Tabell 1: Karakteristika ved de 70 deltagende pasientene utredet for sykkelig overvekt ved Regionalt Senter for Sykkelig Overvekt i Bodø

<b>Variabler</b>		<b>Antall</b>
<b>Kjønn, n (%)</b>	Kvinner	57 (81 %)
	Menn	13 (19 %)
<b>Alderskategorier, n (%)</b>	20-39 år	15 (21 %)
	40-59 år	45 (64 %)
	60-79 år	10 (14 %)
<b>Sivil status, n (%)</b>	Gift/samboer	47 (67 %)
<b>Utdanning, n (%)</b>	Fullført grunnskole	23 (23%)
	Fullført videregående skole	33 (47%)
	Fullført høyere utdanning	13 (18,5%)
	Ukjent	1(1,5%)
<b>Arbeidsliv, n (%)</b>	Yrkesaktiv	33 (47%)
	Uføretrygdet, gradert eller hel	20 (29%)
	Annet	17 (24%)
<b>(BMI, kg/m<sup>2</sup> (%))</b>	Gjennomsnitt	43
	Variasjonsbredde	30-63
<b>Maksimal vekt, kg</b>	Gjennomsnitt	133
	Variasjonsbredde	103 – 201
<b>Grad av fedme, n (%)</b>	Grad I (BMI 30 - 34,9)	2 (3 %)
	Grad II (BMI 35 - 39,9)	22 (31 %)
	Grad III (BMI ≥ 40,0)	46 (66 %)
<b>Midjemål, cm</b>	Variasjonsbredde	99-178
	Gjennomsnitt	131
<b>Tannstatus, n (%)</b>	God	49 (70%)
	Dårlig	21 (30%)
	Tannlegeskrekk	33 (47%)
	Tannlegeskrekk og dårlig tannstatus	18 (26%)

## Kategorier av belastende livserfaringer

Vi kom frem til følgende tolv endelige kategorier av belastende livserfaringer blant de deltagende pasientene:

1. Opplevelse av vesentlig utrygghet
2. Følelse av manglende omsorg fra foreldre
3. Vitne til vold
4. Utsatt for fysisk vold
5. Utsatt for psykisk vold
6. Utsatt for seksuelt misbruk/overgrep
7. Utsatt for mobbing
8. Alvorlige relasjonsbrudd
9. Rus i nær relasjon
10. Belastende omsorgsansvar
11. Traumatisk møte med tannlege/helsevesen
12. Annet traume av personlig betydning

## Forekomst av belastende livserfaringer

Tabellen på neste side gir oversikt over hvor mange og hvilke kategorier (1-12) av belastende livshendelser hver enkelt pasient (1-70) fortalte om i sin konsultasjon på fedmepoliklinikken.



Tabell 2: Kategorier av belastende livshendelser blant de 70 deltakerne i studien.

Pasient	Belastende livshendelser	Pasient	Belastende livshendelser	Pasient	Belastende livshendelser
1	1,2,3,4,5,6,8,10,12	25	8, 10	49	8,11
2	7,8	26	7,12	50	4,5,8,10
3	1,2,4,6,8,10,11,12	27	5,8	51	8
4		28	1,2,5,8,9,12	52	2,8,10
5	1,2,3,4,5,6,8,9,12	29	1,2,5,6,8,9,10,12	53	2,8,11
6	8, 10	30	1,2,4,5,6,7,12	54	8,11
7	1,6,7,10,12	31	8,9, 10	55	8,11
8	5,12	32	1	56	7,10,11
9	1,2,5,8,12	33	2,5,8	57	1,2,6,7,8,9,10
10	1,2,4,5,7,8,9	34		58	1,2,4,5,6,8,9
11	8	35	4,5,8	59	1,2,8,10
12	4,8	36	8, 10	60	1,2,3,4,5,8,9,12
13		37	1,2,3,4,5,6,11,12	61	1,2,4,6,7,8
14	1,2,5,6,7,9,10	38	4,5,6,8,10	62	2,4,5,6,11,12
15	11	39		63	1,6
16	1,2,4,5,7	40	8,9	64	4,7,8
17	8,12	41	7	65	
18	1,2,7,8,9	42	8,10,11	66	1,2,3,4,5,7,11
19	6,7,8	43	6,8	67	
20	12	44	7,8	68	2,8,9
21	1,2,5,6,9,10,11	45	1,6,7,8,11	69	2
22	1,2,4,8,9,10,11	46	1,2,5,7,9,11	70	8
23	8	47	1,2,6,8,9,11		
24	5,6,7,8	48	1,2,3,5,7,8,9,10,11		

1 = opplevelse av vesentlig utrygghet; 2 = følelse av manglende omsorg fra foreldre; 3 = vitne til vold; 4 = utsatt for fysisk vold; 5 = utsatt for psykisk vold; 6 = utsatt for seksuelt misbruk/overgrep; 7 = utsatt for mobbing; 8 = alvorlige relasjonsbrudd; 9 = rus i nær relasjon; 10 = belastende omsorgsansvar; 11 = traumatisk møte med tannlege/helsevesen; 12 = annet traume av personlig betydning

Som tabellen viser, har et flertall av pasientene (91 %) fortalt om negative livshendelser som omfattes av minst én kategori. Over halvparten (56 %) av pasientene hadde opplevd belastende hendelser innen tre eller flere ulike kategorier, mens 37 % av pasientene har rapportert om fem eller flere kategorier. Med unntak av «Vitne til vold» forekom samtlige kategorier hos over 20 % av pasientene. De vanligste kategoriene var alvorlige relasjonsbrudd, følelse av manglende omsorg fra foreldre og opplevelse av vesentlig utrygghet.

Kun seks pasienter (8,5 %) har ikke rapportert om noen belastende livshendelser. Enkelte av disse pasientene har fortalt om ting som kan indikere belastende livshendelser, som for eksempel høy arbeidsbelastning, familiemedlem med ME og nattlige mareritt i barndommen, men ettersom hendelsene ikke eksplisitt ble omtalt som belastende eller passet inn i noen av våre kategorier, ble de ikke tatt med. I ett tilfelle oppgir legen at han ikke har rukket å spørre pasienten om barndommen.



Figur 4: Forekomst av kategorier

1 = opplevelse av vesentlig utrygghet; 2 = følelse av manglende omsorg fra foreldre; 3 = vitne til vold; 4 = utsatt for fysisk vold; 5 = utsatt for psykisk vold; 6 = utsatt for seksuelt misbruk/overgrep; 7 = utsatt for mobbing; 8 = alvorlige relasjonsbrudd; 9 = rus i nær relasjon; 10 = belastende omsorgsansvar; 11 = traumatisk møte med tannlege/helsevesen; 12 = annet traume av personlig betydning

I henhold til de 12 kategoriene av belastninger og traumer vi fant i vårt materiale, dokumenterte vi følgende forekomst blant våre 70 deltakere: vesentlig utrygghet (39 %), manglende omsorg fra foreldre (41 %), vitne til vold (9 %), fysisk vold (26 %), psykisk vold (34 %), seksuelt misbruk/overgrep (29 %), mobbing (29 %), alvorlige relasjonsbrudd (66 %), rus i nær relasjon (24 %), belastende omsorgsansvar (24 %), traumatiske møter med tannlege/helsevesen (24 %) eller andre traumer av personlig betydning (21 %).

## Eksempler fra de ulike kategoriene

Nedenfor vil vi presentere noen sitateksempler på de ulike kategoriene, hentet fra pasientenes epikriser. Deltagernummer, kjønn og alderskategori er fjernet av anonymitetshensyn. Noen av sitatene er, i tråd med anerkjent kvalitativ metode, redigert for å sikre lesbarheten og eventuelt bedre anonymiseringen, uten at det anses å ha gått utover meningsinnholdet.

Eksemplene innen hver kategori er hentet fra ulike pasienter. Flere av eksemplene inneholder elementer som kan passe inn i flere kategorier. Dette illustrerer hvordan ulike typer traumatiske hendelser henger tett sammen, og at kategorisering av livserfaringer lett vil føre til en forenklet fremstilling av personens opplevelser.

### Opplevelse av vesentlig utrygghet (kategori 1)

I kategorien «Opplevelse av vesentlig utrygghet» beskriver pasientenes epikriser relativt tydelig en grunnleggende utrygghetsfølelse med ulike bakenforliggende årsaker, deriblant utrygge forhold i hjemmet, foreldre med fysisk eller psykisk sykdom, seksuelle overgrep, sosial angst og mobbing.

*«Mye rus, psykisk lidelse og misbruksproblematikk i hjemmet. Stadige bekymringer og utrygghetsfølelse. Utsatt for psykisk terror.»*

*«Utrygge hjemmeforhold i oppveksten, til dels traumatiserende. Ensomhetsfølelse.»*

*«Dårlig trivsel under hele oppveksten. Lite sosial kontakt med andre barn, trakk seg tilbake. Autoritær og respektløs lærer, fikk mye angst. Trøstespiste da. Noe bedring senere i livet, men fortsatt følelse av å være mindreværdig. Negativt selvbilde.»*

### Følelse av manglende omsorg (kategori 2)

Her beskriver pasientene at de manglet en grunnleggende følelse av omsorg fra én eller begge foreldre under oppveksten. Omsorgssvikten kom i form av blant annet emosjonell neglekt, fysisk vold, seksuelle overgrep, rus og/eller separasjon fra foreldre etter samlivsbrudd og liknende.

*«Sterkt knyttet til sin far. Mer avstand til mor, ikke følt kjærlighet fra henne, fikk aldri positiv oppmerksomhet. Som barn beskjed fra mor om at var uønsket og ikke skulle vært født.»*

*«Vanskelige oppvekstforhold. Ble utsatt for mye negativt fra sin far, men ikke fysisk vold.»*

*«Foreldrene skilte lag i barneårene. Fikk voksenrolle overfor yngre søsken. Mor flyttet. Alltid hatt et anstrengt forhold til mor. Også vanskelig forhold til far, blant annet pga alkoholbruk. Lite støtte hos foreldrene, følte anklagelser for overvekten. Oppdragelsen gikk blant annet ut på å bli innestengt på rom.»*

### Vitne til vold (kategori 3)

Historiene under kategorien «Vitne til vold» handler om barn som er vitne til vold mellom foreldrene.

*«Som barn redd for å få juling hos far. Så at far var voldelig mot mor. Ble tvunget til å sitte ved bordet til all mat var spist opp.»*

*«Mye utrygghet i oppveksten. Far var mye borte på jobb på hverdagene. Han hadde et betydelig alkoholmisbruk i helgene og ble ofte fysisk voldelig, særlig mot mor. De sov med klærne på for raskt å kunne rømme til nabo.»*

### Utsettelse for fysisk vold (kategori 4)

Denne kategorien omhandler fysisk vold i barndom og voksen alder. I hovedsak handler historiene om jenter som blir utsatt for vold fra sin far, eller kvinner som blir utsatt for vold fra sin samlivspartner.

*«Utsatt for grov vold av far gjennom oppveksten. Barnevernet involvert.»*

*«Langvarig samboerskap, dramatisk samlivsbrudd, utsatt for fysisk og psykisk vold. Volden eskalerte. Anmeldte ektefelle, men resulterte ikke i dom.»*

### Utsatt for psykisk vold (kategori 5)

I kategorien «Psykisk vold» finner vi historier fra barne- og voksenliv der pasientene har hatt nære relasjoner til noen som truet, kontrollerte og/eller trakasserte dem.

*«Oppvekst preget av kontrollerende far, utsatt for psykisk og fysisk vold, grov omsorgssvikt. Sosial deltagelse ble sterkt begrenset pga forbud fra far. Prøve å unngå å være hjemme så langt som mulig. Flyttet hjemmefra som ung for å slippe bort fra far.»*

*«Giftet seg ung, utsatt for trusler fra svigerfamilie. Skilt etter langvarig ekteskap, krevende og langvarig prosess, stor vekt oppgang og alkoholproblemer i forbindelse med dette.»*

*«Ble kontrollert og styrt, senere drapstruet av partner.»*

### Utsatt for seksuelt misbruk/overgrep (kategori 6)

Seksuelt misbruk og overgrep inkluderer incestefaringer (som involverte foreldre eller nære familiemedlemmer) og/eller voldtekt i barndom eller voksen alder.

*«Incest fra tidlig barneår og gjennom tenårene, flyttet hjemmefra som ung. Gjorde suicidforsøk. Ble som tenåring dopet ned, og deretter voldtatt av far.»*

*«I mange år utsatt for grove seksuelle overgrep av far og flere voksne. Levde med angst hele barndommen og hadde dødsønske. Suicidforsøk i barneårene. Ble voldtatt av bekjent og en gang av flere personer.t. Store skader til følge.»*

*«Misbrukt som barn, ble truet med drap hvis det ble fortalt til noen. Fortalte dette til forelder i tenårene. Anmeldt, men saken henlagt. Ingen støtte av forelder.»*

*«Svært alvorlig voldtekt, nesten drept.»*

#### Utsatt for mobbing (kategori 7)

Pasientene som ble utsatt for mobbing forteller hovedsakelig om mobbing fra medelever på skolen. Hos mange følger mobbingen hele skoleforløpet og inkluderer vold. Noen har også opplevd mobbing fra foreldre eller lærere.

*«Grov mobbing store deler av skolegangen. Fysisk vold nesten hver dag. Ingen tok affære.»*

*«Utsatt for mobbing fra lærer. Til dels utestengt sosialt. Vanskelig å forstå sosiale koder. Vedvarende stressfølelse»*

*«Gjennom hele skoletiden mobbet for overvekt og ikke moteriktige klær»*

#### Alvorlige relasjonsbrudd (kategori 8)

«Alvorlige relasjonsbrudd» dreier seg om tap av eller atskillelse fra viktige, nære relasjoner. Om lag halvparten av historiene innebærer dramatiske eller nære dødsfall, og over halvparten innebærer belastende samlivsbrudd - enten hos pasientens foreldre eller hos pasienten selv i voksen alder. Samlivsbruddene er ofte knyttet til psykisk sykdom, vold eller rus. Mange av pasientene har hatt flere tilfeller av alvorlige relasjonsbrudd med tap eller atskillelse både i barndommen og som voksne.

*«Mistet nær relasjon som barn. Splittelse i familien. Senere døde begge foreldrene. Sterk sorgreaksjon, angst, initiativløshet, mindre sosial deltagelse. «Spiste bort» de vonde følelsene»*

*«Akutt syke barn. Alvorlig depresjon og ingen støtte fra daværende ektefelle. Startet på medisiner med påfølgende rask vektøkning. Ektefelle mistenkt for seksuelle overgrep mot deres barn, men frikjent. Psykisk påkjenning»*

*«Mistet nærtstående familiemedlem (søsken) i dramatisk ulykke som barn. Samlivsbrudd i voksen alder førte til suicidforsøk.»*

*«Ble tatt med av mor for å flytte vekk fra far. Senere oppsøkt av far, måtte da rømme og varsle politiet. Utsatt for psykisk vold fra ektefelle, endte i skilsmisse. Ble aleneforsørger for unge barn. Utsatt for hetsing fra tidligere ektefelle, måtte ta med barna og flytte. Kontinuerlig vektøkning»*

### Rus i nær relasjon (kategori 9)

I denne kategorien forteller de fleste pasientene om alkoholmisbruk hos foreldre eller partnere. Mange av pasientene beskriver en vesentlig utrygghet forbundet med en ruset omsorgsperson/partner.

*«Ektefelle har alkoholproblem og er uføretrygdet»*

*«I perioder alene med alkoholisert forelder med store humørsvingninger. Veldig utrygg. Ingen av foreldrene snakket om det. Mor var konfliktsky og ville holde fasaden. Lagde sine egne forklaringer på ting, forvirring, selvsikkerhet. Prøvde å speile andre»*

### Belastende omsorgsansvar (kategori 10)

«Belastende omsorgsansvar» innebærer hos de fleste pasientene omsorg for barn med særskilte behov, eller aleneomsorg for flere barn i kombinasjon med trang økonomi og/eller vanskelige relasjoner. Noen forteller også om belastende omsorgsansvar for ektefeller eller tidlig omsorgsansvar for foreldre/søsken under oppveksten.

*«Samlivsbrudd. Stor påkjennning med rettslig oppgjør om foreldreansvar, kombinert med vanskelig økonomi. Aleneforsørger for flere små barn.»*

*«Eneforsørger for familie. Økonomiske problemer. Svært lite søvn over mange år»*

*«Som ungdom mye ansvar for forelder som fikk tidlig kognitiv svikt. Familien fikk ikke hjelp av andre. Kraftig vektøkning etter dette.»*

### Traumatisk møte med tannlege/helsevesen (kategori 11)

Påfallende mange av studiens deltakere forteller om traumatiske opplevelser i tannlegestolen eller på legekantoret. Flere hadde som barn blitt utsatt for smertefulle prosedyrer, fysisk tvang eller en tannlege som fremsto beruset.

*«Tannlegeskrekk etter å ha fått trukket tenner uten bedøvelse som barn»*

*«Tannlegeskrekk, ble bundet og holdt fast som barn hos tannlegen. Har dårlig tannhelse. Oppsøker kun tannlege ved sterke smerter, har store problemer med dette.»*

*«Traumatisk amputasjon av tå på høyre fot som barn.»*

### Annet traume av personlig betydning (kategori 12)

Denne siste «annet»-kategorien inneholder historier som ikke passer i de andre kategoriene, men som pasientene har beskrevet som sterkt belastende for dem. Noen eksempler er ufrivillige aborter, tidlig menopause, en omfattende brannskade, dødsbudskap og påtvunget feil kjønnsidentitet.

*«Visste at hun ikke kunne få barn. Stor tapsfølelse. Klarte ikke å fortelle kjærester om dette og avsluttet heller forholdet.»*

*«Hardt skadet i dramatisk ulykke som barn.»*

*«Fikk beskjed om alvorlig sykdom med trolig kort leveutsikt stor vektoppgang på kort tid.»*

## Diskusjon av den empiriske studien

I vår studie blant 70 pasienter ved en fedmepoliklinikk, fant vi høy forekomst av selvrapporterte belastende livserfaringer og traumer hos en gruppe pasienter med fedme. Ved analyse av materialet identifiserte vi 12 kategorier av slike erfaringer/hendelser. De tre hyppigst forekommende kategoriene var alvorlige relasjonsbrudd, opplevelse av vesentlig utrygghet og følelse av manglende omsorg fra foreldre. Med unntak av «Vitne til vold» forekom samtlige kategorier hos over 20 % av deltakerne. 56 % av pasientene hadde erfaringer innen tre eller flere kategorier.

Vi vil nå diskutere styrker og svakheter ved materialet, metoden og analysen av de kvantitative og kvalitative data.

### Materiale og metode – styrker og svakheter

#### Materialets representativitet

Vårt materiale kommer fra pasienter ved RSSO Bodø som har gitt aktivt samtykke til å delta i studien. I et deltakende utvalg på 70 av 200 inviterte kan det ligge betydelig seleksjonsbias, men det er vanskelig å si hvordan denne kan ha påvirket våre resultater. Var det pasienter med klart mest belastende historier som valgte å sende inn samtykke, motivert av et ønske om å dele sine erfaringer? Eller kan det også ha vært pasienter med ekstra vonde livserfaringer som unnlot å delta?

Instruksene fra REK legger føringer slik at selv ikke behandlende lege, som i utgangspunktet har møtt samtlige av de 200 inviterte pasientene, kan uttale seg om traumeforekomsten blant den inviterte gruppen som helhet. Det viktigste er å fastslå at de deltakende pasientenes liv var preget av slående mange livsbelastninger og til dels hjerteskjærende historier. Med bakgrunn i forskningsdokumentasjonen vi innledningsvis presenterte om sammenhengene mellom livsbelastninger og fedme, mener vi funnene har høy klinisk relevans.

Blant våre deltakere er 81 % kvinner. Dette er noe høyere enn den generelle kjønnsfordelingen blant pasientene ved RSSO Bodø, der om lag 70 % er kvinner. En viss kjønnsseleksjon kan ha bidratt til en viss overrepresentasjon av enkelte typer livserfaringer, uten at dette antas å ha vesentlig betydning for den samlede konklusjonen.

Videre kan det stilles spørsmål ved geografisk seleksjon. Vår studiepopulasjon besto utelukkende av pasienter med fedme i regionen for Helse Nord. Vi vet ikke i hvilken grad denne populasjonen er representativ for pasienter i andre norske regioner. For å få større innsikt i om forekomsten av belastende livshendelser er tilsvarende i andre norske pasientgrupper, trengs forskning fra andre deler av landet.



Sett bort fra kjønn og geografi, finner vi i materialet brukbar spredning i andre demografiske forhold, som alder, sivilstatus, utdanning og arbeidsliv. Det var også god spredning i forekomsten av de ulike kategoriene av belastende livshendelser som framkom i vår analyse.

Totalt sett er det ikke grunnlag for å hevde at pasientene som samtykket til deltakelse skiller seg vesentlig fra den totale pasientgruppen ved RSSO Bodø. Man kan alltid stille spørsmålsteget ved mulig over- eller underrapportering av traumer og overgrep i møte med helsepersonell. Internasjonalt toneangivende forskningsmiljø har uansett kommet til samme konklusjon som oss når det gjelder en påfallende høy forekomst av belastende og traumatiske livserfaringer blant pasienter med alvorlige fedmeproblemer (69).

Vi kan anta at pasientene ved RSSO Bodø er blitt henvist på grunnlag av retningslinjene for hvilke pasienter som skal utredes i spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at pasientenes vektproblem, uttrykt som BMI, vekt og midjemål, antakelig kan sammenliknes med det man finner ved andre fedmepoliklinikker på samme behandlingsnivå. Dette er imidlertid ikke noe vi kan fastslå med sikkerhet.

I en vurdering av eventuell generaliserbarhet av de funn vi gjorde angående belastende livserfaringer, minner vi om at våre deltakere hadde fedmeproblemer som ikke hadde latt seg håndtere i primærhelsetjenesten eller eventuelt på lokalsykehus. Dermed ble de henvist til et regionalt senter der også kirurgisk behandling var et aktuelt behandlingstilbud. Våre funn antas å ha høy relevans for helsetjenestens førstelinje, men det er mulig at hyppigheten av belastende livserfaringer ville vært lavere der.

### Behandlerne leges personlige arbeidsform

Det er både en styrke og en svakhet ved studien at alle pasienter ble utredet av den samme overlegen. Styrken ligger i en rimelig helhetlig klinisk tilnærming, arbeidsform og atmosfære, preget av det vi med dagens terminologi kan kalle en selvutviklet traumesensitiv metode. Man må samtidig være bevisst på hvordan legen som person har påvirket konsultasjonene og pasientene.

Vi anser det som en styrke at legen la sterk vekt på å skape en åpen og inviterende atmosfære gjennom relativt udramatiske spørsmål knyttet til personens erfaringsverden, spørsmål som samtidig ga eksplisitt rom for å snakke om vonde og vanskelige tema. Det var dermed i høy grad opp til pasientene hvorvidt de eventuelt gikk inn på andre typer belastende erfaringer som de opplevde det meningsfylt å fortelle om.

Det er liten grunn til å anta at den erfarne behandlerne legen, i samarbeid med pasientene, ville tendere til å overdrive i den stikkordsmessige dokumentasjon av pasientens opplysninger. I denne delen av rapporten har vi valgt noen få illustrerende sitater. For å sikre leserne mulighet til å vurdere

troverdigheten og autenticiteten i det samlede materialet, vedlegges derfor øvrige sitater fra hver kategori (vedlegg 1) som illustrerer både bredden og detaljrikdommen i de ulike livserfaringene.

Studien etterlater ubesvarte spørsmål om hva som ville skjedd dersom de samme pasientene hadde vært utredet av andre klinikere, og i hvilken grad beskrivelsene av vanskelige livserfaringer og traumer ville endret seg dersom pasientene hadde vært intervjuet på andre måter. Man kunne for eksempel startet med å be pasienten svare på et skjema med forhåndsdefinerte spørsmål, og brukt dette som utgangspunkt for videre samtale, slik det ble gjort i den amerikanske ACE-studien (29). Ved en slik metode øker imidlertid sannsynligheten for å registrere fakta som ikke nødvendigvis har hatt skjellsettende betydning for pasienten. Det er derimot grunn til å anta at det pasientene fortalte sin lege i den aktuelle studien, dreide seg om forhold de selv mente hadde klinisk relevans.

### Komorbiditet hos pasientene

I epikrisene noterte behandlende lege relevante opplysninger om eventuell komorbiditet og medikamentbruk. Vårt materiale er for lite for en generell analyse av komorbiditet til fedme. Imidlertid var det påfallende mange pasienter som slet med dårlig munn- og tannhelse, samt tannlegeskrekk. Vi anser dette som originale og viktige funn, i fin overenstemmelse med nyere forskning.

### Dårlig tannstatus og tannlegeskrekk

Blant våre 70 deltakere hadde hele 18 pasienter både tannlegeskrekk og dårlig tannstatus, i henhold til epikrisene. Her kan flere årsaksforhold ha spilt inn. På den ene siden er det kjent at pasienter som har opplevde vold eller overgrep ofte vegrer seg imot tannlegebesøk og/eller andre nærgående, kliniske undersøkelser som forutsetter betydelig grad av tillit. I verste fall har pasienten også hatt vonde erfaringer hos tannleger eller annet helsepersonell, noe vi fant hos så mye som 17 av 70. Vår studie bekrefter dermed at tannhelsepersonell må være bevisst på hvordan traumer kan ha påvirket deres pasienter, som omtalt i Del I av denne rapporten (73-75). Dernest vet vi også at det på et dypere fysiologisk nivå er sammenhenger mellom ulike systemsykdommer, som diabetes, kardiovaskulær sykdom og fedme på den ene siden, og infeksjoner i tannkjøtt og karies, på den andre. Lavgradig inflammasjon synes å være en aktuell fellesnevner. Her blir det vanskelig å skille årsaker fra virkninger. Barndomstraumer kan som tidligere beskrevet lede til blant annet kronisk systemisk inflammasjon. Tann- og munnhelse vil forverres ytterligere ved omsorgssvikt, uheldig kosthold og dårlig tannstell. Totalt sett øker vanskelige livserfaringer på flere måter risikoen for dårlig tann- og munnhelse og tannlegeskrekk (11-13, 73-75, 87).

## Forekomst av livsbelastninger og traumer sammenliknet med andre studier

Ideelt sett skulle vi her diskutert forekomsten av belastende livserfaringer i vårt materiale opp mot andre studier. På overordnet nivå er våre funn i god overenstemmelse med studier fra andre land (se Del I). Selv om flere miljø har vist interesse for tematikken, er det stor variasjon i de studiene som finnes. Behandlende leges arbeidsmetode i vår studie var dertil unik. Dermed har vi ikke funnet studier vi direkte kan sammenlikne vår studie med.

## Kategoriseringen av livsbelastninger og traumer

### Generelt om det å kategorisere livserfaringer

Kategorisering beror på en numerisk forskningstradisjon, og er et nyttig verktøy for blant annet å kartlegge og systematisere, beskrive mengder og finne årsakssammenhenger. Vårt materiale omhandler komplekse livshistorier, vevd sammen av mange ulike hendelser. Å begrepsfeste erfaringer og plassere dem i ulike kategorier, byr på utfordringer. Idet man begynner å gruppere livserfaringer, vil noe av det subjektive gå tapt.

Samtidig kan kategorisering gi bedre oversikt, til nytte for både pasienter, klinikere og forskere. Slagkraften i den store ACE- studien ligger nettopp i at man, gjennom å anvende spørreskjema med definerte kategorier, evnet å dokumentere en dose-respons-sammenheng mellom antallet rapporterte traumekategorier i barndommen og antallet sykdommer i voksenlivet (29).

Målet med vårt prosjekt var ikke å studere årsakssammenhenger mellom traumer og fedme, og heller ikke å studere eventuelle dose-respons-sammenhenger statistisk, slik man gjorde i ACE-studien. Det vi derimot ønsket, og som vårt materiale muliggjorde, var å dokumentere hva pasienter som utredes ved en norsk fedmepoliklinikk selv valgte å fortelle en erfaren lege som signaliserte åpenhet for belastende livshendelser. Legen satte sine pasienter på sporet gjennom selv å introdusere noen relevante tema, men han tilbød ikke ferdige kategorier for hva de kunne fortelle om. Materialet kan dermed sies å gjenspeile deltakernes faktiske livsverden i høyere grad enn studier som bruker spørreskjema. Dermed kan vi bidra med ny kunnskap om hva leger/helsepersonell kan regne med å møte blant pasienter med fedme i dagens Norge.

Som tidligere beskrevet, opplevde vi en stor utfordring i å kategorisere sammensatte livshistorier og opplevelser. Vi havnet ofte i et «overlappdilemma», som omtalt under kapitlet om databearbeidelse. Ta for eksempel kategorien «seksuelt overgrep». Her opprettet vi en selvstendig kategori, men samtidig er det rimelig å anse seksuelle overgrep som både psykisk og eventuelt fysisk vold, samt en kilde til vesentlig utrygghet i livet. Noe tilsvarende kan sies om traumatiske tapsopplevelser, som for eksempel å brått miste en av sine foreldre som barn. Man kan også se for seg at det å miste én av familiens forsørgere kan lede til store økonomiske vansker og utfordrende forhold for den etterlatte familien, uten at dette nødvendigvis omtales eksplisitt i pasientens epikrise. Som før sagt, unnlot vi å

kategorisere annet enn det som var eksplisitt nevnt i epikrisene, og slik sett representerer forekomsten i flere av kategoriene antakelig et lavt estimat. Som tidligere nevnt i resultatdelen, var det seks pasienter hvor vi ikke identifiserte noen eksplisitte kategorier, selv om noen av epikrisene inneholdt informasjon som kunne indikere belastende livserfaringer.

En annen utfordring med å kategorisere materialet, er faren for fortolkninger som ikke er valide. I første omgang har behandlende lege i samråd med pasienten foretatt en vurdering av hva som skulle tas med i epikrisene, inkludert selve formuleringene. Denne teksten er dernest brakt videre til det aidentifiserte materialet som har vært analysert av andre i forskergruppen. Livshistoriene har med andre ord vært gjennom flere fortolkende ledd, der noe av konteksten kan ha gått tapt eller blitt forskjøvet. Dette kan ha ledet til at enkelte svært belastende situasjoner ikke kommer tydelig nok frem i sluttanalysen, mens andre kanskje mindre traumatiske hendelser tolkes som mer belastende enn de faktisk ble opplevd av pasienten.

### Validering av de 12 kategoriene av livsbelastninger

Vi vil nå diskutere lista med de 12 kategoriene av belastende livserfaringer vi identifiserte i materialet og relatere hver kategori til annen, relevant forskning. Delvis til forskning på fedme, og delvis til forskning på allostatisk overbelastning eller annet med indirekte relevans for temaet.

En fellesnevner for flere av de 12 kategoriene antas å ha vært en mer eller mindre konstant «alarmberedskap» i perioder av personens liv. Ikke minst gjelder dette kategoriene 1 og 2, som ganske direkte beskriver en grunnleggende, langvarig mangel på eksistensiell trygghet. Mental, og dermed fysiologisk, årvåkenhet og alarmberedskap er en sentral faktor innen modellen for allostatisk overbelastning, som omtalt i Del I. Kronisk, kognitiv aktivering ligger også til grunn for den norske stressmodellen CATS, *The cognitive activation theory of stress* (88). Forskning innen epigenetikk tyder på at stressende belastninger tidlig i livet påvirker individets biologi. Epigenetiske forandringer kan ha implikasjoner for hvordan belastende erfaringer påvirker personen i voksen alder, og eventuelt leder til sykdomsutvikling (se for eksempel Burns 2018 (89)).

### Opplevelse av vesentlig utrygghet (kategori 1)

I Hemmingssons tidligere omtalte modell for psykologisk og emosjonelt stress i utviklingen av fedme, inngår følelsen av usikkerhet og utrygghet som en sentral faktor. Dette kan gjelde blant annet økonomisk usikkerhet, usikkerhet rundt egenverd og egen selvfølelse, eller at man er generelt utrygg i et miljø der man burde følt seg trygg og ivaretatt (24).

Denne utrygghetskategorien kunne, som beskrevet over, ha relevans for de fleste av våre pasienter som har opplevd én eller flere belastende livshendelser, særlig ved opplevd mobbing, rusmisbruk, vold og/eller seksuelt misbruk under oppveksten. Men vi har som sagt kun registrert kategorien dersom

epikrisen spesifikt beskrev pasientens tilværelse som usikker eller utrygg.

### Følelse av manglende omsorg fra foreldre/foresatte (kategori 2)

I en britisk kohortstudie med over 9000 deltakere fant man økt risiko for fedme i voksen alder dersom personen som barn ble utsatt for omsorgssvikt, streng oppdragelse, fysisk avstraffelse og/eller omfattende konflikter i familien (10). Emosjonell neglekt i barndommen assosieres med fedme i voksen alder i flere større studier (29, 33, 90), i tillegg til at det har vist seg å utgjøre en barriere for livsstilsendringer blant fedmepasienter som ønsker å gå ned i vekt (9).

### Vitne til vold (kategori 3)

Å være vitne til vold kan ifølge NKVTS betraktes som barnemishandling, men det diskuteres om det skal ses som et eget fenomen eller kategoriseres som psykologisk mishandling eller omsorgssvikt (91). I likhet med andre former for barnemishandling, ser man at det å være vitne til vold gir skadelige helseeffekter (92). Å ha en far som er voldelig mot mor, kan blant annet knyttes til en fedmefremmende atferd med ubalanse mellom aktivitetsnivå og energiinntak (93). Vitne til vold mot mor inngår forøvrig som en egen kategori i ACE-studien fra 1998 (29), se Boks 1, Del I.

### Utsatt for psykisk vold, fysisk vold eller seksuelt misbruk/overgrep (kategori 4, 5, 6)

Tre andre kategorier vi identifiserte blant pasientgruppa vår sammenfaller direkte med de tre «misbrukskategoriene» i ACE-studien (29): fysisk, psykisk og seksuelt misbruk. Helsekadelige effekter av denne typen belastende livshendelser er grundig dokumentert, også i flere større studier fra henholdsvis Tyskland (90), USA (29), Kina (33) og Sverige (34). Her i Norge er det gjennom HUNT-undersøkelsen påvist en robust og signifikant sammenheng mellom «mellommenneskelig vold» og økt BMI for begge kjønn, hvor «mellommenneskelig vold» innebærer blant annet seksuelt misbruk og vold (31).

### Utsatt for mobbing (kategori 7)

Mange av pasientene i vårt materiale hadde vært utsatt for mobbing i løpet av barne- og ungdomsårene, og flere oppga i tillegg en vanskelig hjemmesituasjon. Hos de som mobbes finner man gjerne samtidige belastninger, som lav sosioøkonomisk status, usikkerhet knyttet til kosthold og tidlig pubertetsutvikling – faktorer som i seg selv kan assosieres til mobbing og overvektsutvikling. Baldwin et al. konkluderer med at barn som har opplevd mobbing hadde større sannsynlighet for å bli overvektige enn ikke-mobbete når de kom i slutten av tenårene. Assosiasjonen var sterkest for de som hadde vært utsatt for langvarig mobbing. Denne sammenhengen så man der mobbingen hadde vært

forutgående for vektøkningen (94). Det finnes flere studier som også finner en slik årsakssammenheng mellom mobbing og senere utvikling av fedme (95, 96).

Det er verdt å merke seg at enkelte av pasientene i vår studie hadde vært overvektige fra småbarnsalder og opplevde mobbingen som en følge av fedmen. Flere studier viser at barn med fedme opplever mer mobbing, både fysisk og verbal, enn normalvektige barn (97-99). Mobbing kan med andre ord ses på som et traume som kan lede til utvikling av fedme, men også som en konsekvens av tidlig fedme. Mobbing og fedme kan med andre ord eskalere fedmeutvikling i en ond sirkel.

#### Alvorlige relasjonsbrudd (kategori 8)

Mange mennesker opplever relasjonsbrudd i livet, uten at dette leder til sykdomsutvikling eller fedme. Vårt materiale inneholdt imidlertid en del beretninger om relasjonsbrudd som synes å ha satt pasienten i en spesielt vanskelig eller avmektig situasjon (derfor definert som *alvorlige* relasjonsbrudd). Det å oppleve et relasjonsbrudd som barn i form av tap av en forelder, har også vist seg å øke risiko for fedme i voksen alder, uavhengig av andre belastende livshendelser (100, 101). Man har også vist at nylige tapsopplevelser, for eksempel et samlivsbrudd, kan mediere en hurtigere vektøkning dersom man også har opplevd tapsopplevelser i barndommen. Multiple tapsopplevelser gjennom livet kan altså ses på som en risikofaktor for utvikling av fedme (101).

Det er en kjent assosiasjon mellom det å vokse opp i et hjem med vanskelige forhold, som for eksempel rus, vold eller traumatiske skilsmisser, og fedmefremmende adferd med økt matinntak og mindre fysisk aktivitet (93). I vårt materiale finner vi flere kasuistiske eksempler på at mennesker med slike barndomserfaringer synes å ha havnet i alvorlige relasjonskonflikter senere i livet. Denne observasjonen støttes av forskning som viser at barn oppvokst i et fedmefremmende miljø, tenderer til å havne i nye situasjoner preget av skjøre og brutte relasjoner som innebærer langvarig stress, også som voksne (81).

#### Rus i nær relasjon (kategori 9)

Det å vokse opp i et hjem med rusmisbruk har en dokumentert assosiasjon til utvikling av fedme (93, 102). En av forklaringsmekanisme er at ruspåvirkede foreldre kan etablere ustabil tilknytning til barnet, som dermed opplever utrygghet og uforutsigelighet (jfr. kategoriene 1 og 2 omtalt over). Om den emosjonelle kvaliteten på barn-forelder-forholdet er dårlig, kan det påvirke barnets risiko for utvikling av fedme gjennom flere mekanismer, inkludert redusert evne til selvregulering (103). I tillegg er veien fra rus til vold kort, og kan på denne måten også bidra til ytterligere utrygge oppvekstvilkår. Forskningsrapporten fra NOVA, som beskriver omfang og utviklingstrekk av vold og overgrep mot barn og unge fra 2007-2015, viser at andelen unge som er utsettes for grov vold er betraktelig høyere når foreldre har rusproblemer (46).

### Belastende omsorgsansvar (kategori 10)

Vi har ikke funnet litteratur som direkte kobler fedme til belastende omsorgsansvar, men det finnes god dokumentasjon på at langvarig, sterkt belastende omsorgsansvar kan påvirke menneskets fysiologi på en negativ måte. Det gjelder blant annet langvarig omsorgsansvar for barn med alvorlige utviklingsforstyrrelser. Lav grad av mestringsfølelse og stor grad av opplevd selvoppofrelse er assosiert med økt risiko for flere sykdommer, på måter som også kan spille en rolle for utvikling av fedme. Når det gjelder de involverte fysiologiske mekanismene, har forskere identifisert både inflammasjon, redusert vagustonus, kortere telomerer og redusert vaksinerespons – hvilket er i god overenstemmelse med modellen om allostatisk overbelastning (104-110).

### Traumatisk møte med tannlege/helsevesen (kategori 11)

Påfallende mange av pasientene har rapportert om traumatiske møter med en tannlege som barn, og da gjerne med påfølgende tannlegeskrekk. De traumatiske opplevelsene kan for eksempel ha dreid seg om fjerning av tenner uten bedøvelse og behandling fra en tannlege som luktet alkohol og/eller virket beruset. Om denne bemerkelsesverdige høye forekomsten er unik for vårt materiale og kunne vært knyttet til én eller noen få usedvanlig brutale tannleger, eller om funnet er mer generaliserbart som uttrykk for en tidsalder der barn ikke sjelden ble utsatt for brutalt helsepersonell, vet vi ikke. Vi kunne kategorisert disse opplevelsene som varianter av fysisk og/eller psykisk vold, men satte dem altså i en egen kategori. Som omtalt på side 42, er det nemlig en klar, men tidligere lite beskrevet, sammenheng mellom dårlig munn- og tannhelse og en rekke sykdommer, og dernest en sammenheng mellom traumatiske livserfaringer og tannlegeskrekk.

### Annet traume av personlig betydning (kategori 12)

Ikke alle hendelsene pasientene rapporterte passet inn i de 11 foregående kategoriene, og for disse opprettet vi som før omtalt en siste kategori 12 (se resultatdelen side 39). Enkelte av disse var sensitive og potensielt gjenkjennelige, og ble derfor modifisert i den fullstendige listen med sitater (vedlegg 1). De fleste lesere vil antakelig, uten behov for henvisning til forskningslitteratur, være enige i at de eksemplene vi rapporterer må ha vært svært belastende.

## Konklusjon og implikasjoner

Blant studiens 70 deltakende pasienter, nylig utredet for fedme ved RSSO Bodø, fant vi slående mange beretninger om belastende livshendelser og traumer. Funnet var på ett nivå nedslående, men samtidig ikke uventet, i lys av tidligere publisert forskning.

Vi har gjennom dette materialet fått innsikt i hvilke livshendelser som kan oppleves belastende og bidra til uhelse, og en idé om en høy forekomst av disse blant fedmepasienter i dagens Norge. Våre kategorier samsvarer godt med internasjonal forskning, som viser hvordan traumer og belastninger i et livsløpsperspektiv kan knyttes til en rekke negative helseeffekter – i mange tilfeller direkte til fedme. Denne kunnskapen kan motivere klinikere, både innen primær- og sekundærhelsetjenesten, til å opptre mer traumesensitivt, åpent og lyttende. Videre kan det å utforske relevante tema sammen med pasientene bidra til en mer adekvat og respektfull forståelse av den kompleksitet som kan ligge til grunn for overvektsproblemet. Denne sårbare pasientgruppen fortjener å bli møtt av ivaretagende helsepersonell, uten stigmatisering.

Vi mener det nå bør forskes på effekten av økt traumesensitivitet i utredning og behandling av pasienter med fedme. Hvordan kan man best invitere pasienter til å dele sine historier, på sine egne premisser og i den grad og takt individet selv velger? Dernest: Hvordan kan man best skal håndtere de vonde historiene som kommer frem? Hvem behøver eksplisitt traumebehandling? I hvilken grad er det virkningsfullt at historiene blir fortalt og lyttet til, i stedet for at de ligger gjemt og pakket inn i skyldfølelse og skam?

I Del III av denne oppgaven går vi litt nærmere inn på barrierer i konsultasjonen for gode dialoger om vanskelige tema.



## Del III: Helsepersonells forståelse og håndtering av pasienters belastende livserfaring og traumer – status og veien videre

Vi har gjennom vår empiriske, norske studie i Del II fått økt innsikt i hvilke typer livshendelser som kan oppleves belastende og bidra til betydelig uhelse, og holdepunkter for at forekomsten av slike erfaringer kan være høy blant pasienter med fedme i dagens Norge. Som kommende leger har vi gjort oss flere personlige betraktninger om hvilke utfordringer medisinen her står overfor. Vi har ingen fasit når det gjelder framtidens utvikling, men i tråd med internasjonalt ledende fagmiljø er vi styrket i vår visshet om behovet for endringer i faglig tenkning og praksis, og det vil i neste omgang måtte påvirke utdanningen av helsepersonell. Vi vil nå utdype dette ganske kort.

Foreløpig finnes det knapt etablerte *helhetlige* behandlingstilbud i Norge, der hele *personen*, og ikke bare *diagnosen fedme*, får stå i fokus. Slik vi opplever feltet, etterspør fagfolk ved flere av avdelingene og sentrene som behandler fedme mer helhetlige tilbud. Innen psykisk helse er det opparbeidet betydelig kompetanse innen traumeterapi, og flere kompetansesentre for vold og traumatisk stress er etablert. Det synes imidlertid å være flere organisatoriske barrierer for god samhandling mellom de somatiske og de psykiatriske helsetjenestene i hverdagen (Se Del I). Det er heller ikke gitt at vonde livshistorier og traumer rutinemessig skal/bør lede til henvisning mellom ulike instanser. Det er tenkelig at mange av pasientene kan ivaretas godt av innsiktsfulle klinikere som forholder seg både til de mentale og de somatiske aspektene av personenes helseproblemer. Basert på publisert litteratur og vårt empiriske prosjekt, tror vi faktisk at det største og viktigste skrittet i fagutviklingen vil være å åpne for temaet «Livserfaringer» i flere av hverdagens kliniske møter i helsetjenesten generelt.

### Hvorfor drøftes ikke belastende livshendelser med pasienter?

Hvis det er slik at mange pasienter som sliter med fedme har opplevd vonde ting som de selv mener har klinisk relevans - hvorfor kommer da ikke temaet belastende livshendelser opp under utredning og behandling? Man kan tenke seg en toveis årsaksmekanisme; det ene er legen som unnviker å spørre; det andre er pasienten som unnlater å fortelle.

Både pasienter og helsepersonell er sosialisert inn i en felles forståelse av hva som er «passende» å ta opp i en legekonsultasjon, og hva som oppfattes som skambelagt og tabubelagt. Profesjonell kommunikasjon om slike tema er lite vektlagt i de fleste helseutdanningene.

## Legens perspektiv

Litteraturen beskriver flere grunner til at leger/helsepersonell unnlater å spørre om belastende livserfaringer. Noen av forholdene er knyttet til utdanning og trening av helsepersonell (forståelse av årsakssammenhenger, profesjonalitet og kommunikasjon), mens andre berører mer praktiske og ressursmessige forhold knyttet til en travel klinisk hverdag.

**Sterkt fokus på biomedisinske årsakssammenhenger:** Innen den vestlige medisinen har vi sterk tradisjon for å se på psyken og kroppen som adskilte, i stedet for én helhet. Dette påvirker, direkte eller indirekte, nesten all tenkning rundt medisinske årsakssammenhenger og samarbeidsformer (82). Tema knyttet til «usynlig, sjelelig skade» anses ikke som åpenbart relevante når pasienten søker hjelp for en problemstilling som i høyeste grad framstår fysisk, slik fedme gjør (76). Tilsvarende kan man som lege/helsepersonell oppleve avmakt fordi man ikke vet hva man skal *gjøre* med saken hvis vonde erfaringer eventuelt blir delt (76, 111, 112). Her har utdanningene en oppgave i å formidle at det å være til stede, lytte og ikke vike unna har en terapeutisk effekt i seg selv (81, 113).

**Tid og ressurser:** I en travel klinisk hverdag kan det være lite tid til å åpne for dyptgående tema som belastende livshendelser. Forskning viser samtidig at leger overestimerer tiden det tar å snakke om traumer. Allmennlege Eli Berg har i sin doktorgrad vist at pasienter som i utgangspunktet framsto som svært komplekse og «vanskelige», ble lettere å forstå og hjelpe hvis hun som lege åpnet for deres livshistorier. Den ekstra tiden hun investerte tidlig i lege-pasient-relasjonen ble spart inn på lang sikt, og ventetiden for å få time i hennes praksis sank (113).

**Bekymring for å fornærme eller påføre pasienten lidelse:** Belastende livshendelser har av mange vært oppfattet som et for sensitivt og intimt tema til å tas opp i en rutinemessig konsultasjon, og dermed et ubehagelig samtaletema (76, 112). Temaet unngås i frykt for å invadere eller re-traumatisere pasienten (114), men klinikerne har kanskje en tendens til å overvurdere pasientenes sårbarhet (115). Manglende trening i hvordan man skal spørre og respondere skaper en ytterligere barriere (114).

**Etikk:** I lys av det vi nå vet om livserfaringenes betydning for helsa, framstår det å spørre eller ikke spørre om mulige traumatiske opplevelser som en etisk problemstilling. Traumepsykologen Kathryn Becker-Bleuse ved University of Oregon understreker at på samme måte som man undervurderer verdien av å spørre, er det mange som også undervurderer risikoen det medfører å *ikke* spørre (115). Traumatiske barndomsopplevelser er en viktig risikofaktor for mange av dagens store helseutfordringer, og ved å ikke spørre kan man overse relevant medisinsk informasjon (29, 78). I henhold til filosofen Miranda Fricker begår man dermed en form for «kunnskapsbetinget urett» (eng: epistemic injustice) overfor pasientene (81, 116).

## Pasientenes perspektiv

Dersom legen ikke spør om belastende livshendelser, må eventuelt pasienten bringe temaet på banen selv. Forskning viser at personer som har opplevd seksuelle overgrep som barn ofte er veldig tilbakeholdne med å dele sine historier, og årsakene til dette er sammensatt og komplekse (114, 117). De som etter hvert tar initiativ til å fortelle om denne typen belastende livserfaring, kan ofte ha ventet 10-15 år før historien blir fortalt til noen (114). Når slik viktig bakgrunnskunnskap ikke kommer frem, er det fare for at symptomer og lidelser som kan ha en klar sammenheng med traumer eller overgrep, ikke fortolkes på klinisk effektive måter. Dermed øker faren for at plagene kronifiseres (81, 115).

I lys av det sterke fokuset på biomedisinske årsakssammenhenger (se over), har mange pasienter en underforstått oppfatning av hva som er greit å ta opp med for eksempel fastlegen sin. Mange tenker ikke nødvendigvis selv på mulige sammenhenger mellom opplevde traumer og egne helseproblemer, selv om de vanskelige hendelsene kan ha gjort dypt og varig inntrykk. Pasientene ønsker dermed ikke å belaste legen med sin triste historie, og behøver eksplisitt invitasjon for eventuelt å gjøre det (76). Den høye terskelen for å fortelle om traumatiske livshendelser skyldes også at temaet er tabu- og skambelagt.

Flere studier har vist at de fleste pasienter ikke har noe imot å bli spurt om traumer, og at det også kan oppleves som en lettelse å bli spurt. Studiene fant også at mange ikke hadde noe imot at traumerelatert informasjon ble journalført (23, 37, 79, 111).

Den empiriske studien som presenteres i Del II av denne oppgaven var opprinnelig motivert av tilbakemeldinger fra pasienter. I tiden før den aktuelle studien ble planlagt og gjennomført, erfarte behandlende lege Kai Brynjar Hagen ved RSSO Bodø at flere pasienter ga spontane, personlige og positive tilbakemeldinger på hans arbeidsform og dokumentasjonsmetode knyttet til vonde livserfaringer og traumer (se Del II). De uttrykte lettelse over å få snakke om ting som hadde vært fortiet, skam- og skyldbetyngt gjennom mange år. Det hadde vært godt å bli fortalt at overvekt og fedme ofte har svært komplekse årsaker, og ikke automatisk kan ansees som uttrykk for manglende karakterstyrke. Flere pasienter mente også at ny innsikt i sammenhengene mellom livsbelastninger og fedme ga dem bedre forutsetninger for selv å takle fedmeproblemene. Hadde det ikke vært for disse tilbakemeldingene, er det lite sannsynlig at Kai Brynjar Hagen hadde tatt initiativ til dette forskningsprosjektet (Kai Brynjar Hagen, personlig meddelelse 2018).

## Hvordan nærme seg belastende livserfaring og traumer i klinikken

Resultatene av vår empiriske studie er i god overenstemmelse med internasjonal forskning som viser sammenhenger mellom livsbelastninger og traumer på den ene siden, og helseskade og sykdom på den andre. Dernest ser det ut til at pasienter generelt er komfortable med at legen bringer slike tema på banen der det er faglig relevant (23, 111). Da er det naturlig for oss som kommende leger å se litt

nærmere på hvordan man på en profesjonell måte kan nærme seg tema i møte med pasienter. Det kan og bør antakelig kunne skje på ulike måter, avhengig av problemstilling og sammenheng for øvrig. I Del II beskrev vi en selvutviklet metode hos behandlende lege ved RSSO Bodø. Den kan anses som et uttrykk for traumesensitiv praksis.

## Traumesensitiv praksis

I USA implementeres for tiden flere steder såkalt «trauma informed care», noe vi kan oversette med «traumesensitiv praksis» (118). Som nevnt i Del I av oppgaven, innebærer begrepet at klinikere skal være bevisst på at mange pasienter kan ha traumatiske livserfaringer, som igjen kan ha bidratt vesentlig til å utløse og/eller vedlikeholde sykdom. Man bør derfor legge til rette for at pasienten kan fortelle sin historie, og møte det man eventuelt får høre på en respektfull og ivaretagende måte. Enkelte fagfolk går så langt som å hevde at traumesensitivitet representerer et paradigmeskifte i klinisk arbeid. Ut over å bare spørre pasienten «hva feiler det deg?», spør man eventuelt «hva har du opplevd?» (119). Så lenge klinikeren behersker å ta opp slike tema på en støttende og adekvat måte, vil økt oppmerksomhet rundt traumer ikke påføre pasientene skade, snarere tvert imot (23, 120).

## Spørreskjema vs. åpen samtale

Under den tidligere omtalte ACE-studien i regi av Kaiser Permanente i California, ble det benyttet standardiserte spørreskjema for å kartlegge pasientenes livserfaringer. Behandlende lege ved RSSO Bodø valgte en åpen samtale der han med delvis strukturerte spørsmål åpnet for både gode og vonde erfaringer knyttet til barndom, oppvekst, skolegang og samvær med andre. Det var dernest helt opp til pasientene hva de ville fortelle, både knyttet til de presenterte temaene og andre tema som tenderte til å dukke opp når pasienten først hadde fått ordet.

Man kan tenke seg fordeler og ulemper ved begge metodene:

**Spørreskjema:** Et standardisert spørreskjema vil være enklere å besvare enn en oppfordring om å fortelle fritt om tidligere traumer. Det kan være lettere å distansere seg noe fra egne opplevelser når man skal sette kryss, i stedet for å formulere beretningen om overgrep eller omsorgssvikt med egne ord. Dermed kan et spørreskjema oppleves mindre utleverende for både pasientene og de som har voldt skade, som ikke sjelden er mennesker pasientene er nært knyttet til og kan hende også delvis avhengig av.

Brukt alene uten medfølgende samtale/dialog med pasienten, kan derimot et spørreskjema lede til at viktige nyanser går tapt. Ingen liv leves likt, og sortering av livserfaringer i hendelseskategorier vil føre til at kontekstuelle forhold forsvinner. På den måten skapes avstand til erfaringene, slik de ble opplevd og fortolket av personen. Mangfoldet av historier som faller under én og samme kategori i vårt materiale understreker dette. I tillegg opplever og tolker vi mennesker verden rundt oss på ulike

måter: en uønsket seksuell tilnærming vil kunne bli sett på som en ubehagelig, men bagatellmessig, hendelse for én person, mens den hos en annen kan sette dype spor og oppleves traumatisk.

Tilsynelatende «like» hendelser som tilhører «samme» kategori, kan således ha ledet til mange ulike *subjektive* opplevelser, noe som har betydning for i hvilken grad dette har skapt uhelse. Bruk av standardiserte spørreskjema, kan således lede til både under- og overestimering av hendelsens betydning.

Utfylling av denne typen spørreskjema har vært brukt i konsultasjoner med pasienter i regi av den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanente, hvor legene har gjort det til en rutine å spørre pasienten: «Jeg ser av dine svar at du har opplevd [kategori]. Hvordan har det påvirket deg?» På denne måten beholder pasienten selv kontroll over den videre dialogen, samtidig som det eksplisitt blir gjort klart at traumeerfaringer anses å ha klinisk relevans (personlig meddelelse: ACE-studiens leder Vincent Felitti, til Anna Luise Kirkengen og Linn Getz).

**Åpen samtale:** Hvis man velger åpen samtale/ dialog som tilnærming til vonde livserfaringer, unngår man problematikken knyttet til å få en livshistorie til «å passe inn» i et standardisert spørreskjema.. En slik samtale vil imidlertid kreve mer av klinikeren enn å levere ut et skjema som pasienten selv skal fylle ut. I tillegg til å overkomme barrieren om å tørre å spørre om sensitive og tabubelagte tema, vil man her støte på rent kommunikative utfordringer som handler om gode og profesjonelle måter å utforske pasientens historie på, uten å bli pågående eller grensekrenkende. Videre kan skyldfølelsen og skammen mange av pasientene bærer på, utgjøre en større terskel når man blir bedt om å fortelle fritt, enn når man kan svare via et spørreskjema. Noen pasienter kan også ha vansker med i det hele tatt å sette ord på belastende hendelser, særlig fra tidlig barndom. Vanskjøtsel anses i økende grad som en grunnleggende skadelig faktor i mange komplekse traumehistorier, og dreier seg gjerne om *det som ikke var til stede* tidlig i pasientens liv (81).

Hvis man ser for seg å benytte en åpen og direkte samtale om belastende livshendelser – på hvilken måte kan man gjøre dette best?

Ved alle de fire norske universitetene undervises medisinstudenter i pasientsentrert metode/kommunikasjon. «Pasientsentrert» handler kort fortalt om at legen i tillegg til å utforske pasientens symptom/problem, også tar sikte på å få frem pasientens perspektiv og la pasienten få være aktivt med i beslutningsprosessen (121). Metoden legger stor vekt på åpne spørsmål og å stimulere pasienten til å fortelle sin historie, og synes kompatibelt med en traumesensitiv tilnærming (122). Pasientsentrert medisin har sitt opphav fra humanistisk psykologi, og ble i sin tid etablert som en motsats til en legesentrert medisin. Pasientsentrert medisin er forankret i systemtenkning og det som kalles «Bio-Psyko-Sosial modell» for sykdomsforståelse (121, 123).

Erfarne allmennleger benytter seg gjerne av *generaliseringer*. Det vi si at de forteller pasienten at de er kjent med at belastende livserfaringer er hyppig forekommende blant pasienter som sliter med et gitt helseproblem (for eksempel fedme), og at det kan være en sammenheng mellom opplevde traumer og senere helseproblemer, men at legen ikke kan vite om det er relevant for denne pasienten i den aktuelle sammenhengen (77). Pasienten inviteres til å respondere der og da, og/eller komme tilbake til saken ved en senere anledning. På denne måten kan legen skape rom for at tema kan tas opp, og samtidig bidra til normalisering gjennom å signalisere at pasienten eventuelt ikke er alene om å ha opplevd slike ting.

## Sluttord

Vi håper kunnskapen vi har presentert i denne oppgaven kan bidra til å skape tryggere klinikere, som ser nødvendigheten av å opptre mer traumesensitivt, åpent og lyttende i møte med pasienter som sliter med sykelig fedme – både innen primær- og sekundærhelsetjenesten. Vi håper også å bidra til at kunnskap om sammenhengen mellom belastende livserfaringer og uhelse generelt, og sammenhengen med fedme spesielt, i større grad implementeres i helseutdanningene.

Dernest mener vi det bør forskes eksplisitt på traumesensitivitet i utredning og behandling av fedmeproblematikk: Vil økt rom for å dele vanskelige livserfaringer kunne bidra til mer effektiv terapi for pasienter som allerede har utviklet fedme? Hvordan kan vi på best mulig måte invitere pasientene til å dele historier de selv mener har relevans? Hvilke implikasjoner kan og bør eventuelle, vonde livserfaringer få for det videre behandlingsforløp og terapeutiske samvalg? Bør livserfaringer tillegges betydning i overveielser av aktuelle intervensjoner, inkludert fedmekirurgi? Svaret på disse spørsmålene er ganske sikkert individuelle. For en god del pasienter kan det være tilstrekkelig å bli sett og møtt av en trygg fastlege, og dernest empatisk og kunnskapsrikt helsepersonell, for eksempel på en lokal fedmepoliklinikk. Andre pasienter kan ha behov for langvarig, spesialisert traumebehandling, og kanskje bør kirurgi i slike tilfeller avventes.

Til sist vil vi understreke at kunnskapen som omtales i denne rapporten, både fra internasjonale miljø og vår egen studie, må antas å ha stor og grunnleggende betydning for *forebygging*, både av sykelig fedme og andre alvorlige helseproblemer. Forebygging har relevans gjennom hele menneskets livsløp, men det er klart at barndom og ungdomsårene er svært sentrale perioder. Da er hjernens plastisitet spesielt stor, både på godt og vondt, og dette påvirker i neste omgang både personens fysiologiske stressresponser, dømmekraft og sosiale fungering på kort og lang sikt (124).

Norsk Forening for Allmenntmedisin (NFA) har i flere år vært opptatt av fastlegens rolle i forebyggende arbeid, og hvordan deres relativt individfokuserede oppdrag best kan samspille med forebyggende tenkning og tiltak på samfunnsnivå, lokalt og nasjonalt. I 2011 utga NFA et policydokument om dette (125). Fordi mange av de vonde erfaringene vi møtte blant pasientene i vår studie hadde røtter i tidlig barndom, velger vi å avslutte denne oppgaven med følgende sitat fra dette policydokumentet:

*«Ett av de viktigste forebyggende tiltak er å sikre at alle barn får en trygg oppvekst i nærvær av ansvarlige voksne».*

# Kilder

1. Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, Lee A, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017;377(1):13-27.
2. Folling IS, Kulseng B, Helvik AS. Overweight, obesity and related conditions: a cross-sectional study of adult inpatients at a Norwegian hospital. *BMC Res Notes*. 2014;7:115.
3. Haakon E. Meyer, Linn Bøhler, Vollrath M. Folkehelse rapporten: Overvekt og fedme 2017 [Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>].
4. Health topics: Obesity 2018 [Definition obesity and risk factors]. Available from: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
5. Folkehelseinstituttet. KMI og helse 2015 [updated 01.03.2015]. Available from: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>.
6. Wizman PB. Bariatrix Florida: Morbid obesity 2019 [cited 2019 08.01.2019]. Available from: <http://drwizman.com/about-obesity/obesity>
7. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer: Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. 2010.
8. WHO: Obesity and overweight 2018 [Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>].
9. Folling IS, Solbjør M, Helvik AS. Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Fam Pract*. 2015;16:73.
10. Thomas C, Hypponen E, Power C. Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics*. 2008;121(5):e1240-9.
11. Kirkengen AL, Lygre H. Exploring the relationship between childhood adversity and oral health: An anecdotal approach and integrative view. *Med Hypotheses*. 2015;85(2):134-40.
12. Deshpande NC, Amrutiya MR. Obesity and oral health - Is there a link? An observational study. *J Indian Soc Periodontol*. 2017;21(3):229-33.
13. Prpic J, Kuis D, Glazar I, Ribaric SP. Association of obesity with periodontitis, tooth loss and oral hygiene in non-smoking adults. *Cent Eur J Public Health*. 2013;21(4):196-201.
14. Brumpton B, Langhammer A, Romundstad P, Chen Y, Mai XM. The associations of anxiety and depression symptoms with weight change and incident obesity: The HUNT Study. *Int J Obes (Lond)*. 2013;37(9):1268-74.
15. Rössner S. Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling: Helsedirektoratet; 2008.
16. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16(4):319-26.
17. Williams O, Annandale E. Obesity, stigma and reflexive embodiment: Feeling the 'weight' of expectation. *Health (London)*. 2018:1363459318812007.
18. Jakobsen SE. Sykepleiere har fordommer mot overvektige pasienter [Avis]. 2017 [Available from: <https://forskning.no/overvekt-helsetjenester-ny/sykepleiere-har-fordommer-mot-overvektige-pasienter/306555>].
19. Robstad N, Soderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):386-95.
20. Atkinson S, McNamara PM. Unconscious collusion: An interpretative phenomenological analysis of the maternity care experiences of women with obesity (BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>). *Midwifery*. 2017;49:54-64.
21. UpToDate: Obesity in adults: Etiology and risk factors 2018 [Available from: [https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-etiology-and-risk-factors?sectionName=Hypothalamic%20obesity&topicRef=5874&anchor=H3476318117&source=see\\_link#H2852051505](https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-etiology-and-risk-factors?sectionName=Hypothalamic%20obesity&topicRef=5874&anchor=H3476318117&source=see_link#H2852051505)].
22. Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999;23 Suppl 8:S1-107.



23. Felitti VJ, Jakstis K, Pepper V, Ray A. Obesity: problem, solution, or both? *The Permanente journal*. 2010;14(1):24-30.
24. Hemmingsson E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obes Rev*. 2014;15(9):769-79.
25. Choquet H, Meyre D. Genetics of Obesity: What have we Learned? *Current genomics*. 2011;12(3):169-79.
26. Sayols-Baixeras S, Subirana I, Fernandez-Sanles A, Senti M, Lluís-Ganella C, Marrugat J, et al. DNA methylation and obesity traits: An epigenome-wide association study. The REGICOR study. *Epigenetics*. 2017;12(10):909-16.
27. Aschbacher K, Kornfeld S, Picard M, Puterman E, Havel PJ, Stanhope K, et al. Chronic stress increases vulnerability to diet-related abdominal fat, oxidative stress, and metabolic risk. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;46:14-22.
28. Yu YH, Vasselli JR, Zhang Y, Mechanick JI, Korner J, Peterli R. Metabolic vs. hedonic obesity: a conceptual distinction and its clinical implications. *Obes Rev*. 2015;16(3):234-47.
29. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, 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. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
30. Tomasdottir MO, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B, et al. Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *PLoS One*. 2015;10(6):e0130591.
31. Stensland SO, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G. Interpersonal violence and overweight in adolescents: the HUNT Study. *Scandinavian journal of public health*. 2015;43(1):18-26.
32. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2014;19(5):544-54.
33. Wang Y, Wu B, Yang H, Song X. The effect of childhood abuse on the risk of adult obesity. *Ann Clin Psychiatry*. 2015;27(3):175-84.
34. Hemmingsson E, Johansson K, Reynisdottir S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2014;15(11):882-93.
35. Kvaloy K, Page CM, Holmen TL. Epigenome-wide methylation differences in a group of lean and obese women - A HUNT Study. *Sci Rep*. 2018;8(1):16330.
36. Shorvon HJ, Richardson JS. Sudden obesity and psychological trauma. *Br Med J*. 1949;2(4634):951-6.
37. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Lividoti Hibert EN, Jun HJ, Todd TJ, Kawachi I, et al. Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med*. 2010;39(6):529-36.
38. Lynch AI, McGowan E, Zalesin KC. "Take Me through the History of Your Weight": Using Qualitative Interviews to Create Personalized Weight Trajectories to Understand the Development of Obesity in Patients Preparing for Bariatric Surgery. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(9):1644-54.
39. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition ed. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
40. Cassell EJ. Diagnosing suffering: A perspective. *Annals of internal medicine*. 1999;131(7).
41. Vetlesen AJ. Perception, empathy, and judgment: An inquiry into the preconditions of moral performance. University Park, PA: Pennsylvania State University Press; 1994.
42. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
43. Ulvestad E. Subjektivitet og sykdom 2018 [cited 2018 20.12.2018]. Available from: <https://tidsskriftet.no/2018/03/kronikk/subjektivitet-og-sykdom>.
44. Traumebevisst ordliste: Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebygging 2019 [cited 2019 09.01.2019]. Available from: <https://www.traumebevisst.no/ordliste/>.
45. Ford JD, Courtois CA. Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York, NY, US: Guilford Press; 2009. p. 13-30.
46. Mossige S, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. NOVA; 2016.

47. Sorbo MF, Grimstad H, Bjørngaard JH, Schei B, Lukasse M. Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. *BMC Public Health*. 2013;13:186.
48. Siri Thoresen OKH. Vold og voldtekt i Norge. 2014.
49. HelseDirektoratet. Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudien. 2015.
50. McEwen BS. Brain on stress: how the social environment gets under the skin. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012;109 Suppl 2:17180-5.
51. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*. 1998;840:33-44.
52. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm Behav*. 2003;43(1):2-15.
53. Tómasdóttir MÓ. Multimorbidity in the Norwegian HUNT population: An epidemiological study with reference to the concept allostatic load: NTNU; 2017.
54. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
55. Imperatori C, Innamorati M, Lamis DA, Farina B, Pompili M, Contardi A, et al. Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical-level of binge eating. *Child Abuse Negl*. 2016;58:180-90.
56. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*. 2015;91:129-36.
57. Talbot LS, Maguen S, Epel ES, Metzler TJ, Neylan TC. Posttraumatic stress disorder is associated with emotional eating. *J Trauma Stress*. 2013;26(4):521-5.
58. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velazquez-Alva MDC, Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*. 2016;107:639-44.
59. Gearhardt AN, White MA, Potenza MN. Binge eating disorder and food addiction. *Current drug abuse reviews*. 2011;4(3):201-7.
60. Brewerton TD. Food addiction as a proxy for eating disorder and obesity severity, trauma history, PTSD symptoms, and comorbidity. *Eating and weight disorders : EWD*. 2017;22(2):241-7.
61. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(8):Cd003641.
62. Maggard MA, Shugarman LR, Suttrop M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med*. 2005;142(7):547-59.
63. Bastos EC, Barbosa EM, Soriano GM, dos Santos EA, Vasconcelos SM. Determinants of weight regain after bariatric surgery. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva : ABCD = Brazilian archives of digestive surgery*. 2013;26 Suppl 1:26-32.
64. O'Brien PE, MacDonald L, Anderson M, Brennan L, Brown WA. Long-term outcomes after bariatric surgery: fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature. *Ann Surg*. 2013;257(1):87-94.
65. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th edition ed: World health organization; 2010.
66. HelseDirektoratet. Prioriteringsveileder: psykisk helsevern for voksne. 2015.
67. Kringstad K. Åshild tror hun ville blitt raskere frisk fra fedmen med psykologhjelp [News article]. NRK; 2018 [Available from: <https://www.nrk.no/trondelag/ashild-tror-hun-ville-blitt-raskere-frisk-fra-fedmen-med-psykologhjelp-1.14010545>].
68. Vil optimalisere fedmebehandlingen med nytt tilbud hnt.no2018 [updated 28.05.2018]. Available from: <https://hnt.no/nyheter/2018/vil-optimalisere-fedmebehandlingen-med-nytt-tilbud>
69. Mason SM, Bryn Austin S, Bakalar JL, Boynton-Jarrett R, Field AE, Gooding HC, et al. Child Maltreatment's Heavy Toll: The Need for Trauma-Informed Obesity Prevention. *Am J Prev Med*. 2016;50(5):646-9.
70. Yano EM, Hamilton AB. Accelerating delivery of trauma-sensitive care: Using multilevel stakeholder engagement to improve care for women veterans. *Fam Syst Health*. 2017;35(3):373-5.
71. Traumesensitiv, RVTS vest 2018 [Available from: <https://www.rvtsvest.no/category/traumesensitiv/>].

72. Davies JA, Todahl J, Reichard AE. Creating a Trauma-Sensitive Practice: A Health Care Response to Interpersonal Violence. *Am J Lifestyle Med.* 2017;11(6):451-65.
73. Hoyvik AC, Lie B, Willumsen T. Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of post-traumatic stress disorder. *Eur J Oral Sci.* 2018.
74. Willumsen T. The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(1):73-9.
75. Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur overgrep eller har odontofobi. 2010. Contract No.: IS-1855.
76. Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. What do GPs actually know about their patients as persons? *European Journal for Person Centered Healthcare.* 2012;1(1):149-60.
77. Gry Kristin Lia KA. Tør du åpne "pandoras eske"? *Utposten.* 2009;6.
78. Edwards VJ, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. It's ok to ask about past abuse. *Am Psychol.* 2007;62(4):327-8; discussion 30-2.
79. McAdams P. Childhood, Teenage Abuse Raises Diabetes Risk in Women Center for Advancing Health2010 [updated November 9, 2010; cited 2018 17.12.2018]. Available from: <http://www.cfah.org/hbns/2010/childhood-teenage-abuse-raises-diabetes-risk-in-women>.
80. Kirkengen AL. *Inscribed Bodies: Health Impact of Childhood Sexual Abuse*: Springer; 2001.
81. Anna Luise Kirkengen ABN. Hvordan krenkede barn blir syke voksne: Universitetsforlaget; 2015. 248 p.
82. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. Menneskets biologi - mettet med erfaring2011. S. 683-7 : ill. p.
83. Mjølstad BP. *Knowing patients as persons. A theory-driven qualitative study of the relevance of person-centered knowledge in primary care* NTNU, Trondheim2015.
84. Marmot M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. *The Lancet.* 2018;391(10117):186-8.
85. Kvale S. *The Qualitative Research Interview – A Phenomenological and A Hermeneutical Mode of Understanding*1983. 171-96 p.
86. Smith J OM, Jarman M. . *Doing interpretative phenomenological analysis.* Qualitative Health Psychology. 1999.
87. Veronicha Pedersen NS, Tiril Willumsen, Anne Rønneberg. Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling Den Norske Tannlegeforeningens Tidende2015 [Available from: <http://www.tannlegetidende.no/i/2015/4/d2e259>].
88. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology.* 2004;29(5):567-92.
89. Burns SB, Szyszkowicz JK, Luheshi GN, Lutz PE, Turecki G. Plasticity of the epigenome during early-life stress. *Semin Cell Dev Biol.* 2018;77:115-32.
90. Clemens V, Huber-Lang M, Plener PL, Braehler E, Brown RC, Fegert JM. Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European journal of psychotraumatology.* 2018;9(1):1510278.
91. NKVTS. Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner [cited 2019 09.01.2019]. Available from: <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-mot-barn/ulike-former-for-vold-og-overgrep/>
92. McTavish JR, MacGregor JC, Wathen CN, MacMillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(5):504-18.
93. Westermair AL, Stoll AM, Greggersen W, Kahl KG, Huppe M, Schweiger U. All Unhappy Childhoods Are Unhappy in Their Own Way-Differential Impact of Dimensions of Adverse Childhood Experiences on Adult Mental Health and Health Behavior. *Frontiers in psychiatry.* 2018;9:198.
94. Baldwin JR, Arseneault L, Odgers C, Belsky DW, Matthews T, Ambler A, et al. Childhood Bullying Victimization and Overweight in Young Adulthood: A Cohort Study. *Psychosom Med.* 2016;78(9):1094-103.
95. Sutin AR, Robinson E, Daly M, Terracciano A. Parent-Reported Bullying and Child Weight Gain between Ages 6 and 15. *Childhood obesity (Print).* 2016;12(6):482-7.

96. Takizawa R, Danese A, Maughan B, Arseneault L. Bullying victimization in childhood predicts inflammation and obesity at mid-life: a five-decade birth cohort study. *Psychol Med*. 2015;45(13):2705-15.
97. Bacchini D, Licenziati MR, Garrasi A, Corciulo N, Driul D, Tanas R, et al. Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study. *PLoS One*. 2015;10(11):e0142715.
98. van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the correlation between weight status and bullying. *Int J Obes (Lond)*. 2014;38(10):1263-7.
99. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Forhan M, Danielsdottir S. Cross-national perspectives about weight-based bullying in youth: nature, extent and remedies. *Pediatr Obes*. 2016;11(4):241-50.
100. Lynch BA, Agunwamba A, Wilson PM, Kumar S, Jacobson RM, Phelan S, et al. Adverse family experiences and obesity in children and adolescents in the United States. *Prev Med*. 2016;90:148-54.
101. Alciati A. Mediation effect of recent loss events on weight gain in obese people who experienced childhood parental death or separation. *J Health Psychol*. 2017;22.
102. Rehkopf DH, Headen I, Hubbard A, Deardorff J, Kesavan Y, Cohen AK, et al. Adverse childhood experiences and later life adult obesity and smoking in the United States. *Ann Epidemiol*. 2016;26(7):488-92 e5.
103. Anderson SE, Keim SA. Parent-Child Interaction, Self-Regulation, and Obesity Prevention in Early Childhood. *Curr Obes Rep*. 2016;5(2):192-200.
104. Mausbach BT, von Kanel R, Roepke SK, Moore R, Patterson TL, Mills PJ, et al. Self-efficacy buffers the relationship between dementia caregiving stress and circulating concentrations of the proinflammatory cytokine interleukin-6. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(1):64-71.
105. Epel ES, Blackburn EH, Lin J, Dhabhar FS, Adler NE, Morrow JD, et al. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004;101(49):17312-5.
106. Gallagher S, Phillips AC, Drayson MT, Carroll D. Caregiving for children with developmental disabilities is associated with a poor antibody response to influenza vaccination. *Psychosom Med*. 2009;71(3):341-4.
107. Segerstrom SC, Schipper LJ, Greenberg RN. Caregiving, repetitive thought, and immune response to vaccination in older adults. *Brain Behav Immun*. 2008;22(5):744-52.
108. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Gravenstein S, Malarkey WB, Sheridan J. Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1996;93(7):3043-7.
109. Lin J, Sun J, Wang S, Milush JM, Baker CAR, Coccia M, et al. In vitro proinflammatory gene expression predicts in vivo telomere shortening: A preliminary study. *Psychoneuroendocrinology*. 2018;96:179-87.
110. Wu KK, Bos T, Mausbach BT, Milic M, Ziegler MG, von Kanel R, et al. Long-term caregiving is associated with impaired cardiovagal baroreflex. *J Psychosom Res*. 2017;103:29-33.
111. Goldstein E, Athale N, Sciolla AF, Catz SL. Patient Preferences for Discussing Childhood Trauma in Primary Care. *The Permanente journal*. 2017;21.
112. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA*. 1992;267(23):3157-60.
113. Berg E. *Sammenhenger*: Gyldendal akademisk; 2012.
114. Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;13(2):101-10.
115. Becker-Blease KA, Freyd JJ. Research participants telling the truth about their lives: the ethics of asking and not asking about abuse. *Am Psychol*. 2006;61(3):218-26.
116. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos*. 2014;17(4):529-40.
117. Steine IM, Winje D, Nordhus IH, Milde AM, Bjorvatn B, Grønli J, et al. Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2017;55(2):204-8.
118. GR Hodas MD POoMHaSAS. Responding to childhood trauma: The promise and practice of trauma informed care. 2006.

119. Bowen EA. Trauma and the structuring of complex care: Back to the settlements? Commentary on Thompson-Lastad et al. (2017). *Soc Sci Med.* 2018;211:367-9.
120. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2011;378(9805):1788-95.
121. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, Inc.; 1989.
122. Silverman JD KS, Draper J. . Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Medical Press 1998.
123. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535-44.
124. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA.* 2009;301(21):2252-9.
125. Policydokument for Norsk forening for allmenntmedisin: forebyggende helsearbeid 2011 [cited 2019 09.01.2019]. Available from: <https://legeforeningen.no/PageFiles/27372/120604%20Policydok%20forebyggende.pdf>



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Oversikt over flere livserfaringer innen hver kategori

Kategori	Eksempel
<b>1. Opplevelse av vesentlig utrygghet</b>	«Mye rus, psykisk lidelse og misbruksproblematikk i hjemmet. Stadige bekymringer og utrygghetsfølelse. Utsatt for psykisk terror»
	«Utrygge hjemmeforhold i oppveksten, til dels traumatiserende. Ensomhetsfølelse»
	«Dårlig trivsel under hele oppveksten. Lite sosial kontakt med andre barn, trakk seg tilbake. Autoritær og respektløs lærer, fikk mye angst. Trøstespiste da. Noe bedring senere i livet, men fortsatt følelse av å være mindreverdige. Negativt selvbilde»
	«Relativt lite sosial deltagelse som ung. Sosial angst etter overgrep som barn. Utsatt for en del mobbing i skolen»
	«Vegret seg for å spise på skolen i andres påsyn. Ingen nære venner på skolen, var lite inkludert sosialt»
	«Utsatt for seksuelt overgrep som barn. Utrygge forhold i barneårene»
<b>2. Følelse av manglende omsorg fra foreldre</b>	«Foreldrene klarte ikke omsorgen, barnevernet ble involvert, havnet da i fosterhjem. Fikk mye negativt fokus og mobbing fra fosterforeldrene»
	«Vanskelig oppvekstforhold. Ble utsatt for mye negativt fra sin far, men ikke fysisk vold»
	«Sterkt knyttet til sin far. Mer avstand til mor, ikke følt kjærlighet fra henne, fikk aldri positiv oppmerksomhet. Som barn beskjedt fra mor om at var uønsket og ikke skulle vært født.»
	«Traumatisk oppvekst. Faren var kontrollerende, periodevis alkoholmisbruker, utsatte andre for psykisk terror. Ved måltider spiste han først, så lot han barn og ektefelle spise resten. Ble kalt «feit» av far, bilder viser at dette ikke var reelt. Hadde fortalt om hjemmeforholdene både på skolen og til andre i familien, men ingen tok affære»
	«Inntok tidlig voksenrolle, mye pass av småsøsken. Fikk som barn vite at det fantes et halvsøsken, opplevdes som et sjokk. Foreldre synes ikke særlig interessert i kontakt med sitt barn eller barnebarn, lite samvær»
	«Foreldrene skilte lag i barneårene. Fikk voksenrolle overfor småsøsken. Mor flyttet. Alltid hatt et anstrengt forhold til mor. Også vanskelig forhold til far, blant annet pga alkoholbruk. Lite støtte hos foreldrene, følte anklager for overvekten. Oppdragelsen gikk blant annet ut på å bli innestengt på rom»
	«Foreldrene skilte seg i barneårene. Besøksordning, svært ulikt kosthold. Godt forhold til far. Mor var veldig streng, ble gitt slankekurer som barn. Følte seg aldri god nok for mor. Flyttet hjemmefra i tenårene etter krangel med mor»
<b>3. Vitne til vold</b>	«Far var voldelig mot ektefelle og barn»

	«Som barn redd for å få juling hos far. Så at far var voldelig mot mor. Ble tvunget til å sitte ved bordet til all mat var spist opp.»
	«Mye utrygghet i oppveksten. Far var mye borte på jobb på hverdagene. Han hadde et betydelig alkoholmisbruk i helgene og ble ofte fysisk voldelig, særlig mot mor. De sov med klærne på for raskt å kunne rømme til nabo»
<b>4. Utsatt for fysisk vold</b>	«Utsatt for psykisk og fysisk vold fra ektefelle. Ektefelle hadde bakgrunn i familie hvor dette hadde skjedd i generasjoner tidligere. Utsatt for særlig grov mishandling og drapsforsøk. Flyttet»
	«Langvarig samboerskap, dramatisk samlivsbrudd, utsatt for fysisk og psykisk vold. Volden eskalerte. Anmeldte ektefelle, men resulterte ikke i dom»
	«Utsatt for vold av far gjennom tenårene. Barnevernet involvert»
	«Utsatt for fysisk og psykisk vold av ektefelle, kom seg bort»
	«Turbulent oppvekst. Utsatt for psykisk og fysisk vold fra sin far. Startet i barneårene og fortsatte gjennom tenårene»
<b>5. Utsatt for psykisk vold</b>	«Giftet seg ung, utsatt for trusler fra svigerfamilie. Skilt etter langvarig ekteskap, krevende og langvarig prosess, stor vekt oppgang og alkoholproblemer i forbindelse med dette»
	«Flyttet hjemmefra som ung på grunn av vold fra forelder, opplevde kontroll og forfølgelse, manglende trygghet. Foreldrene var skilt. Psykisk sykdom og alkoholmisbruk i nære relasjoner. Har brutt all kontakt med forelder.»
	«Oppvekst preget av kontrollerendefar, utsatt for psykisk og fysisk vold, grov omsorgssvikt. Sosial deltagelse ble sterkt begrenset pga forbud fra far. Prøve å unngå å være hjemme så langt som mulig. Flyttet hjemmefra som ung for å slippe bort fra far»
	«Samlivsbrudd etter langvarig ekteskap. Var utsatt for psykisk vold, misbruk, utnytting. Flere ganger episoder med fysisk vold. Politi og barnevern involvert»
	«Ble kontrollert og styrt, senere drapstruet av samboer.»
<b>6. Utsatt for seksuelt misbruk/ overgrep</b>	«Incest fra tidlig barneår og gjennom tenårene, flyttet hjemmefra som ung. Gjorde suicidforsøk. Ble som tenåring dopet ned og deretter voldtatt av far»
	«Svært alvorlig voldtekt i tenårene, nesten drept»
	«Utsatt for overgrep gjennom barneår og tenår. En rekke vanskelige livsomstendigheter, som incest knyttet til andre familiemedlemmer»
	«Utsatt for seksuelle overgrep flere ganger i barneårene. Overgriper var nær relasjon. Store psykiske påkjenninger»
	«Overgrep i barneårene av relasjon i nær familie. Klarte seg bra inntil utsatt for nytt overgrep senere. Straffet seg selv etter overgrepene, tok slankemidler, hadde tvangshandlinger, brukte mye alkohol, selvskading ved sex, mat-misbruk for regulering av angst og depresjon»



	«Seksuelt misbruk i barneårene av familiemedlem. Mange psykososiale påkjenninger. Flyttet hjemmefra som ung. Rettsprosess mot overgriper førte ikke fram»
	«Utsatt for gjentatte seksuelle overgrep fra person i familien. Startet i barneårene. Ble truet til hemmelighold, ikke fortalt noen før i voksen alder»
	«Utsatt for voldtekt som ung. Utsatt for trusler»
	«Seksuelle overgrep fra familiemedlem i barneårene»
	«I mange år utsatt for grove seksuelle overgrep av far og hans venner. Levde med angst hele barndommen og hadde dødsønske. Suicidforsøk i barneårene. Ble voldtatt av bekjent og en gang av flere personer. Store skader til følge.»
	«Utsatt for overgrep i barneårene. Ikke tatt det opp med noen»
	«Utsatt for seksuelle overgrep fra sin far gjennom barneårene. Ble anmeldt, men saken henlagt»
	«Utsatt for seksuelt overgrep som barn»
	«Utsatt for overgrep fra familiemedlem som barn»
	«Utsatt for overgrep flere ganger i barneårene. Overgriper ble dømt»
	«Misbrukt som barn, ble truet med drap hvis det ble fortalt til noen. Fortalte dette til forelder i tenårene. Anmeldt, men saken henlagt. Ingen støtte av forelder»
<b>7. Utsatt for mobbing</b>	«Utsatt for mobbing gjennom hele skoletiden»
	«Ble mobbet under skoletiden, fikk ikke hjelp av barnevernet»
	«Utsatt for mobbing fra lærer. Til dels utestengt sosialt. Vanskelig å forstå sosiale koder. Vedvarende stressfølelse»
	«Grov mobbing store deler av skolegangen. Fysisk vold nesten hver dag. Ingen tok affære.»
	«Gjennom hele skoletiden mobbet for overvekt og ikke moteriktige klær»
	«Utsatt for mobbing og sosial utfrysning på skolen. Konsentrasjonsproblemer. Moderate lese- og skrivevansker»
	«Ble nektet å være sammen med andre barn. Flyttet tidlig hjemmefra.»
	«Normalvektig som barn, økning gjennom skoletiden pga. mobbing. På et tidspunkt tatt ut av klassen for hjemmeundervisning. Falt etter hvert ut av skole pga. mobbing»
	«Ble mobbet på skolen, følte ikke tilhørighet, mye ensom i oppveksten. Skoleansatte ble informert, men situasjonen ble ikke bedret»
	«Utsatt for mobbing gjennom hele grunnskolen.»
	«Utsatt for mobbing på skolen etter sykefravær, inkludert fysisk vold og sosial isolasjon»

	«Hadde lite venner i oppveksten. Mobbet på skolen fra ung alder pga. overvekt og mye temperament. Vekta påvirket selvbilde og selvtilit, begrensende sosialt. Har hatt sosial angst, men dette har bedret seg»
<b>8. Alvorlige relasjonsbrudd</b>	«Foreldre var mye borte i forbindelse med jobb. Bodde hos slektninger, trygt. Mistet brått en forelder, vektøkning og hårtap etter dette»
	«Trøstespising etter samlivsbrudd og dødsfall. Mistet brått to familiemedlemmer i ulykken. Gikk opp 30 kg, følelsesregulert spising pga. angst»
	«Akutt syke barn. Alvorlig depresjon og ingen støtte fra daværende ektefelle. Startet på medisiner med påfølgende rask vektøkning. Ektefelle mistenkt for seksuelle overgrep mot deres barn, men frikjent. Psykisk påkjenning»
	«I ung alder vitne til at besteforelder fikk ble alvorlig syk og døde etter noen dager. Sterk reaksjon på dette, ble da sendt til slektninger. Her utsatt for seksuelle tilnærmelser»
	«Som barn opplevd at forelder døde ved dramatisk ulykke.»
	«Mistet søsken og begge foreldrene i tidlig voksenliv.»
	«To bekjente begikk selvmord. Begge var utsatt for mye mobbing gjennom hele skoletiden.»
	«Tidlig gravid. Samlivsbrudd og stor vektøkning under svangerskapet. Fikk sosiale konsekvenser. Har senere ikke etablert nytt forhold»
	«Ble tatt med av mor for å flytte vekk fra far. Senere oppsøkt av far, måtte da rømme og varsle politiet. Utsatt for psykisk vold fra ektefelle, endte i skilsmisse. Ble aleneforsørger for unge barn. Utsatt for hetsing fra tidligere ektefelle, måtte ta med barna og flytte. Kontinuerlig vektøkning»
	«Opplevde som ung voksen gjentatte dødsfall i nære relasjoner, og kom først til ulykke med hardt skadde. Betydelig sorgreaksjon»
	«Mistet nærtstående familiemedlem (søsken) i dramatisk ulykke som barn. Samlivsbrudd i voksen alder førte til suicidforsøk.»
	«Meldt inn til barnevernet på grunn av overvektig barn, mistet omsorg i en periode.»
	«Som ung voksen gjennomførte en nær relasjon suicid, etter lang tid med depresjon og alkoholmisbruk»
	«Mistet nær relasjon som barn. Splittelse i familien. Senere døde begge foreldrene. Sterk sorgreaksjon, angst, initiativløshet, mindre sosial deltagelse. «Spiste bort» de vonde følelsene»
<b>9. Rus i nær relasjon</b>	«I perioder alene med alkoholisert forelder med store humørsvingninger. Veldig utrygg. Ingen av foreldrene snakket om det. Mor var konfliktsky og ville holde fasaden. Lagde sine egne forklaringer på ting, forvirring, selvusikkerhet. Prøvde å speile andre»
	«Mye alkoholmisbruk og krancling mellom foreldrene. Ble som barn vekket om natten av dem. Mor mye fraværende fra hjemmet»
	«Som barn opplevd at far misbrakte alkohol»
	«Utrygghet som barn på grunn av farens alkoholmisbruk. Skilsmisse mellom foreldrene, etter dette ikke kontakt med far»

	«Mye alkoholmisbruk hos foreldrene. Dro mye bort fra hjemmet og var hos venn som ga omsorg»
	«Ektefelle har alkoholproblem og er uføretrygdet»
	«Far med alkoholmisbruk»
	«Fra tidlig barneår medavhengig av rus. Rusmisbruk og vold i familien. Mye utrygghet og mangel på omsorgsfølelse. Flyttet tidlig fra familien. Rusmisbruk i nære relasjoner som voksen.»
<b>10. Belastende omsorgsansvar</b>	«Som ungdom mye ansvar for forelder som fikk tidlig kognitiv svikt. Familien fikk ikke hjelp av andre. Kraftig vektøkning etter dette»
	«Ansvarlig for stell av ektefelle, som ble helt pleietrengende etter skade.»
	«Aleneforsørger for mange barn, flere med ekstra omsorgsbehov. Utsatt for grov vold i ekteskap. Fikk blødninger i svangerskap etter vold fra ektefelle. Skilsmisse ved rettssak»
	«Samlivsbrudd. Stor påkjenning med rettslig oppgjør om foreldreansvar, kombinert med vanskelig økonomi. Aleneforsørger for flere små barn.»
	«Aleneforsørger for flere barn med atferdsproblem»
	«Samlivsbrudd, aleneforsørger for flere små barn. Økonomiske problemer. Nattarbeid i mange år, svært lite søvn»
	«Ektefelle med depressiv reaksjon etter tapsopplevelse, ektefelle ble innlagt i psykiatrisk avdeling. Gikk opp i vekt etter dette.»
	«Omsorgsansvar for mange barn, ektefelle og forelder. Omsorgsansvar for utagerende barn gjennom jobb.»
	«Fosterforelder til ungt barn med betydelige atferdsproblemer»
	«Aleneforsørger for flere barn. Et barn mobbes på grunn av sin forelders overvekt.»
<b>11. Traumatisk møte med tannlege/ helsevesen</b>	«Som barn traumatisk tannlegebesøk, uttalt tannlegeskrekken siden. Reimet fast på operasjonsbordet for kirurgisk behandling, fikk panikk»
	«Tannlegeskrekken etter traumatisk behandling i skolealder»
	«Traumatisk amputasjon av tå på høyre fot som barn»
	«Traumatiserende tannbehandling som barn»
	«Tannlegeskrekken fra barnealder, tannlege misbrakte rusmidler. Ikke vært til tannlege på mange år»
	«Traume som barn. Utsatt for tannlege som luktet alkohol og trakk melketann uten bedøvelse. Store tannskader i tidlig voksenliv.»
	«Ble utsatt for traumatiserende tannbehandling som barn, fikk tannlegeskrekken»
	«Tannlegeskrekken etter å ha fått trukket tenner uten bedøvelse som barn»
	«Tannlegeskrekken, ble bundet og holdt fast som barn hos tannlegen. Har dårlig tannhelse. Oppsøker kun tannlege ved sterke smerter, har store problemer med dette»
	«Tannlegeskrekken. Var utsatt for boring uten bedøvelse som barn. Siste år klart å gå til tannlege»

	«Tannlegeskrekk, traumatisert som barn»
<b>12. Annet traume av personlig betydning</b>	«Ble presset til å ta abort mot sin vilje under svært spesielle familiære omstendigheter»
	«Alvorlige familiære hendelser. Fikk som voksen vite at sitt barn var blitt misbrukt i barneårene. Samlivsbrudd. Klarte ikke å spise normalt.»
	«Hardt skadet som barn i en dramatisk ulykke»
	«Restriksjoner i bevegelse som ungdom på grunn av sykdom. Stort sosialt tap. Stor vekttoppgang på kort tid. Utsatt for betydelig mobbing etter dette»
	«Akutt sykdom, usikker diagnose, stor psykisk belastning. Fikk beskjed om mulig kort levetid. Psykisk sjokk, stor vekttoppgang på kort tid»
	«Som ungdom overlatt til seg selv, dårlig økonomi, gikk mye ned i vekt. Bodde under kaotiske forhold. Ba om hjelp fra det offentlige, opplevde avslag. Havnet etter hvert i ungdomshjem. Bra trivsel der, men gikk raskt opp i vekt»
	«Problematikk knyttet til kjønnsidentitet. Manglende samsvar mellom anatomiske kjønnskarakteristika og opplevd kjønnsidentitet.»
	«Visste at hun ikke kunne få barn. Stor tapsfølelse. Klarte ikke å fortelle kjærester om dette og avsluttet heller forholdet.»

## Vedlegg 2: Brev til pasientene



NN

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/2028/POI001

Dato:  
18.06.2018

### Fedmeforskning - invitasjon til deltakelse

Denne henvendelsen går til personer som har vært til utredning hos meg ved Regionalt senter for sykkelig overvekt med spørsmål om samtykke til forskning.

Gjennom årene har det blitt mange samtaler som har gitt verdifull innsikt i den enkeltes unike historie og aktuelle situasjon. Dette som grunnlag for å komme videre på en god måte.

Sannsynligvis er det komplekse årsaker til overvektutvikling. De enkle forklaringene er neppe de riktige. Vi trenger mer forskning, og jeg samarbeider nå med erfarne forskere for å bringe medisinsk kunnskap et skritt videre. Resultatene vil bli publisert som del av en masteroppgave, skrevet av to medisinstudenter. Se vedlagte orientering.

Du inviteres til å delta ved å signere og sende inn samtykkeerklæring, men det understrekes at dette er helt og holdent frivilling, og at det ikke på noen måte vil bli stilt spørsmål ved hvorfor du eventuelt ikke vil delta. Jeg vil selv sørge for å avidentifisere opplysningene.

Ut over dette må du gjerne gi kommentarer eller tilbakemeldinger, både i forhold til behandlingen hos oss, forskningsprosjektet eller annet.

Med vennlig hilsen

Kai Brynjar Hagen  
Overlege RSSO  
Nordlandssykehuset HF

Vedlegg:

- Informasjonsskriv/samtykkeerklæring for innsending
- Frankert returkonvolutt

Postadresse:  
Nordlandssykehuset HF  
Pb 1480  
8092 Bodø

Besøksadr.:  
Parkveien 95  
8005 Bodø  
Kontonr: 1503.27.03620  
Org.nr./MVA: 983.974.910

Telefon: 75534000  
Internett:  
www.nordlandssykehuset.no  
E-post: postmottak@nlsh.no

Saksbehandler  
Petter Roman Øien  
Dir.tlf 75501120

**Invitasjon til å delta i forskningsprosjektet**  
**«Livshistorier og fedmeutvikling.**  
**Erfaringer hos pasienter henvist til et regionalt senter for sykkelig overvekt»**

**Hvorfor gjør vi denne studien?**

Helsepersonell har behov for mer kunnskap om sammenhengene mellom vanskelige livserfaringer og helseproblemer. Vi vet fra utenlandske studier at vanskelige livserfaringer i enkelte tilfeller kan bidra til utvikling av betydelig overvekt. Det finnes lite forskning på dette i Norge, og mer kunnskap behøves. Denne forespørselen sendes til pasienter som har vært utredet av overlege Kai Brynjar Hagen ved Regionalt senter for sykkelig overvekt ved Nordlandssykehuset i Bodø. Noen av dere som mottar invitasjonen vil ha opplevd mye vanskelig i livet, andre i liten grad. Vi ønsker deltagelse fra personer både med og uten vanskelig bakgrunn. Med vanskelige livserfaringer mener vi f.eks. tap av forelder/familiemedlem, volds- eller misbrukserfaring, mobbing, alvorlig sykdom eller ulykke, økonomisk krise i familien, eller andre ting som kan ha vært drøftet med legen.

**Hva innebærer prosjektet?**

Vi ønsker systematisk å gjennomgå journal-opplysninger fra pasienter som har blitt undersøkt ved overvekts-poliklinikken i en gitt tidsperiode. Hvis du sier ja til å delta, vil Kai Brynjar Hagen ta utgangspunkt i journalnotatet han skrev da du var hos ham på poliklinikken. På et nytt skjema vil han notere ditt kjønn, aldersgruppen du tilhører (ikke nøyaktig fødselsår), samt relevante helseopplysninger. Hvis journalnotatet inneholder informasjon om belastende livserfaringer, noteres disse i stikkords form på skjemaet. Det er kun Kai Brynjar Hagen, altså den samme legen som undersøkte deg på poliklinikken og skrev journalnotatet, som vil åpne journalen din.

De aidentifiserte dataene (uten navn, personnummer eller andre opplysninger som kan peke mot din identitet) vil bli analysert av to medisinstudenter fra NTNU i samarbeid med erfarne forskere. På bakgrunn av systematiserte, aidentifiserte opplysninger fra samtlige deltakere, kan vi få oversikt over hvor hyppig vanskelige livserfaringer ble rapportert til behandlende lege, og hva slags typer av erfaring det dreier seg om. Resultatene vil bli publisert i en masteroppgave skrevet av medisinstudentene, og eventuelt senere i et anerkjent tidsskrift for forskning.

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Vi følger strenge regler for medisinsk og helsefaglig forskning når det gjelder innsamling, aidentifisering og oppbevaring av data. Et løpenummer vil knytte de aidentifiserte opplysningene til pasientnavn, og kun overlege Kai Brynjar Hagen vil ha tilgang til koblingsnøkkelen. Informasjonen vil bli slettet senest fem år etter prosjektslutt. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Informasjonen skal kun brukes som beskrevet over.

**Mulige fordeler og ulemper**

Pasienter som velger å delta, bidrar til ny kunnskap som kan komme andre mennesker til gode i form av ny kunnskap og bedre helsetjenester. Det er ingen risiko forbundet med å delta, men dersom du ikke ønsker å være med i studien, er det helt i orden. Du trenger ikke begrunne det. Du kan ellers når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke deg fra forskningsprosjektet. Det vil ikke få noen konsekvenser for din behandling eller oppfølging i helsetjenesten.

**Prosjektets godkjenning og forskningsansvarlige**

Prosjektet er behandlet og godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Nord 13.06.2018 (saksnr. 2018/1002). Ansvarlige for forskningsprosjektet er lege/førsteamanuensis Bente Prytz Mjølstad og lege/professor Linn Getz, begge ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med to medisinstudenter fra NTNU og overlege Kai Brynjar Hagen, overlege ved Regionalt senter for sykkelig overvekt ved Nordlandssykehuset i Bodø. Kontaktinformasjon til forskerne;

[bente.mjolstad@ntnu.no](mailto:bente.mjolstad@ntnu.no) og [linn.getz@ntnu.no](mailto:linn.getz@ntnu.no) og [Kai.Brynjar.Hagen@nordlandssykehuset.no](mailto:Kai.Brynjar.Hagen@nordlandssykehuset.no)

**Prosjektansvarlige**

Linn Getz

Bente Prytz Mjølstad

Kai Brynjar Hagen

Trondheim 17-18

Sted og dato



Signatur

**FYLL UT OG SKRIV UNDER HER - DERSOM DU ØNSKER Å DELTA:****Jeg er villig til å delta i prosjektet**

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

## Vedlegg 3: Vedtak fra REK



---

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord			13.06.2018	2018/1002/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			07.05.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Bente Prytz Mjølstad  
Allmennt medisinsk forskningsenhet

### 2018/1002 Livshistorier og fedmeutvikling, studie fra fedmepoliklinikk

Forskningsansvarlig institusjon: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Nordlandssykehuset HF  
Prosjektleder: Bente Prytz Mjølstad

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 31.05.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

#### Prosjektleders prosjekttale

Helsepersonell har behov for mer kunnskap om sammenhengene mellom vanskelige livserfaringer og sykdom/uhelse, og helt spesifikt om hvordan temaet «vanskelige livserfaringer» kan og bør håndteres i møte med pasienter som sliter med fedme. Formål med denne studien er å kartlegge demografiske karakteristika og kliniske funn hos pasienter med sykkelig overvekt som utredes ved en fedmepoliklinikk, samt studere forekomst, type og evt. kronologi av selvrappporterte, belastende livserfaring/traumer blant pasienter henvist for sykkelig overvekt. Anonymiserte epikriser fra ca. 600 pasienter som ble henvist til Regionalt senter for sykkelig overvekt, Nordlandssykehuset i perioden 2013-2018 danner datagrunnlaget for studien. Følgende opplysninger bli hentet ut og systematisert: demografiske karakteristika og kliniske funn, I tillegg til selvrappporterte belastende livserfaringer (tapsopplevelser, mobbing, omsorgssvikt, andre traumer). Prosjektet utgjør en hovedoppgave for to stud med ved NTNU

#### Vurdering

##### Om prosjektet

Søknaden gjelder masteroppgave for to studenter.

Prosjektets formål beskrives slik i søknaden: «Formål med denne studien er å kartlegge demografiske karakteristika og kliniske funn hos pasienter med sykkelig overvekt som utredes ved en fedmepoliklinikk, samt studere forekomst, type og evt. kronologi av selvrappporterte, belastende livserfaring/traumer blant pasienter henvist for sykkelig overvekt.»

«Studien vil også ha kvalitative aspekter ettersom analyse av tekst og kategorisering av livshendelser, vil måtte inngå som en del av arbeidet.»

---

Besøksadresse:  
MH-bygget UIT Norges arktiske  
universitet 9037 Tromsø

Telefon: 77546140  
E-post: rek-nord@asp.uit.no  
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
nord, not to individual staff



## Data

Data skal hentes fra epikriser fra ca. 600 pasienter som ble henvist til Regionalt senter for sykkelig overvekt, Nordlandssykehuset i perioden 2013-2018. Epikrisene gjelder for pasienter som er utredet av overlege K. Hagen, og det framgår av søknaden at det er han som har skrevet alle epikrisene. K. Hagen skal aidentifisere og manuelt sladde andre personidentifiserende opplysninger før de utleveres til studentene.

Data som hentes ut og systematiseres: demografiske karakteristika som kjønn, alder, samt overordnede sosioøkonomiske forhold, eksemplifisert som utdanningsnivå, yrke og familiesituasjon. Kliniske funn, eksemplifisert som anamnese, diagnoser, biologiske og biokjemiske målinger, medikamentbruk og evt. rusmidler.

Prosjektet skal også studere forekomst, type og evt. kronologi av selvrapporterte, belastende livserfaring/traumer blant pasienter henvist for sykkelig overvekt sett i forhold til fedmeutvikling. Belastende livserfaring beskrives som tapsopplevelser, mobbing, omsorgssvikt/overgrep, emosjonell «neglekt» eller lignende.

Epikrisene inneholder konsultasjoner med klinisk samtale og undersøkelse av pasientene, og er strukturert etter samme mal, samt opplysninger på alle klinisk relevante parametere.

## Vurdering av dispensasjon for å benytte helseopplysninger §35

Prosjektet søker om fritak fra hovedregelen om å innhente samtykke.

Komiteen kan gi adgang til bruk av helseopplysninger som er samlet inn i helsetjenesten til forskning uten hinder av taushetsplikt. I denne saken må dispensasjon vurderes ut fra denne hjemmelen. Dispensasjon skal bare gis dersom forskningen er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene, jf. helseforskningslovens § 35.

I vurderingen av om det kan gis unntak for samtykke må komiteen vurdere alle sider av prosjektet, herunder om det er av vesentlig interesse for samfunnet og om hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Det må også innfortolkes et krav om at det vil være vanskelig å innhente samtykke.

Hovedregelen i medisinsk og helsefaglig forskning er at det skal innhentes samtykke. Det skal svært mye til for å gi dispensasjon fra taushetsplikt/samtykke. De samme kravene til nytteverdi, risiko og ulempe vil gjøre seg gjeldende i studentprosjekt som i andre prosjekter. Etter en helhetsvurdering er komiteen kommet til at det ikke gis dispensasjon fra taushetsplikten, men at prosjektet kan gjennomføres dersom det innhentes samtykke.

REK imoteser en beskrivelse av hvordan rekrutteringen faktisk skal gjøres, samt informasjonsskriv, basert på REKs mal, til godkjenning.

Komiteen stiller spørsmål ved om det er mulig å gjennomføre studien som to studentprosjekter, men legger til grunn at det er prosjektleders ansvar at prosjektet blir gjennomført.

## Vedtak

*Med hjemmel i helseforskningsloven §§ 2 og 10 godkjennes prosjektet. Det er en forutsetning for godkjenning av prosjektet, at samtykke innhentes. Før prosjektet kan igangsettes skal rekrutteringsmetode og informasjons-/samtykkeskriv godkjennes av REK. Skrivet sendes som vedlegg i e-post til [post@helseforskning.etikk.no](mailto:post@helseforskning.etikk.no)*

**Sluttmelding og søknad om prosjektendring**

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK nord på eget skjema senest 30.06.2020, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK nord dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

**Klageadgang**

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll  
sekretariatsleder

**Kopi til:** siri.forsmo@ntnu.no; lars.petter.jensen@nordlandssykehuset.no