



UiT Norges arktiske universitet

«Jeg har lyst til å være tynn»

- En kvalitativ studie om erfaringer etter fedmekirurgi

Sondre Tveit Hauan

Masteroppgave i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

HEL-3901

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

Nov 2021

Forord

Med disse ord avsluttes perioden fra 2017 til 2021 som Masterstudent i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved UiT - Norges arktiske universitet. Studiet har for meg vært en personlig reise og bidratt til å endre mitt syn på hvordan jeg ser og forholder meg til fag, hverdag og livet, noe jeg er svært takknemlig for. Det er mange som har bidratt til at denne reisen ble til og jeg vil starte med å gi en stor takk til mine tre informanter som delte sine erfaringer og gjorde det mulig for meg å skrive denne oppgaven. Anne Gretland har vært veileder for oppgaven.

Jeg har vært så heldig å bli kjent med en gjeng fantastiske medstudenter. Det har vært deilig å være frustrert sammen med dere. En ekstra applaus til Kollektivet og Hege som har gitt et helt spesielt bidrag. Jeg ønsker å takke Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte og, min arbeidsgiver Tone som på tilsynelatende problemløst vis har tilrettelagt det slik at det var mulig for meg fungere på jobb og samtidig være student.

En kjempestor takk til mor, far og søss. Takk til den støtten jeg har fått fra nære venner. Og sist, men ikke minst ønsker jeg å takke min kjære Stephi som på mesterlig vist har tatt vare på meg i perioder jeg nok ikke fortjente det.

Sondre Tveit Hauan
Tromsø, 23. oktober 2021

Sammendrag

Bakgrunn: Sykelig overvekt anses å være en alvorlig langvarig sykdom som representerer risiko for ulike somatiske og psykiske tillegglidelser. Kirurgi som behandlingsmetode er omdiskutert og kritisert i flere studier, som viser til at overvekt er et sammensatt problem som omfatter mer enn selve overvekten. Tilbudet av fedmekirurgi er svært tilgjengelig og økende, men pasienters egne erfaringer med inngrepet er underrapportert.

Formål: Det er behov for mer kunnskap om hva store kroppslige endringer gjør med dem som erfarer det og hvordan man bør forholde seg til kirurgisk behandling av overvekt på individnivå. Formålet med studien er dermed å utvikle økt kunnskap om fedmeoperertes erfaringer i etterkant av operasjonen.

Materiale og metode: Et kvalitativt semi-strukturert intervju ble valgt som metode. Utvalget består av tre fedmeopererte menn som var blitt operert for mer enn to år siden. Analyseprosessen er inspirert av en hermeneutisk arbeidsmåte og empirien ble tolket i lys av fenomenologisk og sosiologisk teori.

Resultat/Konklusjon: Oppsummert fører vektnedgangen til betydningsfulle og sammensatte endringer i informantenes liv, noe som kommer til syne gjennom endringer av kroppslige vaner, sosialt liv og selvoppfatning. På grunn av sine uvanlig store kropper har informantene utviklet væremåter for å kompensere for sin annerledeshet og det stigma som følger av å ha en stor kropp. Også etter vekttapet som følge av fedmeoperasjonen opplever informantene at de fremdeles møter reaksjoner fra omgivelsene som handler om annerledeshet og utenforskap.

Oppgavens funn er et bidrag til kunnskap om kompleksiteten i feltet overvekt og fedme, og viser at fedmeoperasjon som behandlingsalternativ kan ha betydelige, kompliserte og til dels utilsiktede konsekvenser for den det gjelder.

Nøkkelord: Overvekt, fedme, overvektskirurgi, fedmekirurgi, fysioterapi, norsk psykomotorisk fysioterapi, fenomenologi, sosiologi.

Summary

Background: Obesity is a severe long-term illness that represents a risk of various somatic and mental disorders. Bariatric surgery as a treatment method is debated and criticized in several studies highlighting that obesity is a complex problem that involves more than obesity itself. Bariatric surgery is very accessible, and its use is increasing, but there is an underreporting of patients' own experiences with the procedure.

Purpose: There is a need for more knowledge of what significant bodily changes do to those who experience it and how one should think of surgical treatment for patients with obesity at an individual level. The purpose of the study is thus to create increased knowledge about obese patients' experiences after the operation.

Method and theoretical framework: A qualitative semi-structured interview was chosen as the method. The informants consist of three obese men who had undergone surgery more than two years ago. The analysis process is inspired by a hermeneutic method, and the empirical data were interpreted with the use of phenomenological and sociological theory.

Result / Conclusion: In summary, weight loss leads to significant and complex changes in the informants' lives, manifested through changes in bodily habits, social life, and self-perception. Because of their large bodies, the informants have developed ways of behaving to compensate for their differences and the stigma of having such a large body. Even after the surgery-related weight loss, the informants continue to experience reactions related to perceived differentness and isolation from their surroundings.

The thesis's findings contribute to knowledge about the complexity of the field of overweight and obesity. They show that bariatric surgery as a treatment can have significant, complex, and partly unintended consequences for those who undergo it.

Keywords: Obesity, bariatric surgery, weight loss surgery, physical therapy, Norwegian psychomotor physiotherapy, phenomenology, sociology.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag.....	2
Summary.....	3
1. Innledning	6
1.1. Bakgrunn for studien	6
1.2. Fedmekirurgi	7
1.3. Tidligere forskning på fedmekirurgi	9
1.4. Hensikt og problemstilling	10
1.5. Oppgavens oppbygning.....	10
2. Teori.....	11
2.1. Fenomenologi og kropp	11
2.2. Samfunn og sosialt liv	13
2.2.1. Bourdieu og habitus	13
2.2.2. Connerton og “the double social constitution of bodies”	14
2.2.3. Goffman og stigma	14
3. Metodologi og metode	16
3.1. En kvalitativ tilnærming.....	16
3.2. Valg av metode – intervju	16
3.2.1. Det semi-strukturerte forskningsintervjuet	16
3.2.2. Valg av informanter.....	17
3.2.3. Gjennomføringen av intervjuene	17
3.2.4. Transkribering og analytisk tilnærming	18
3.3. Metodiske refleksjoner	20
3.3.1. Refleksivitet, posisjonering og transparens	20
3.3.2. Studiens pålitelighet og gyldighet	21
3.3.3. Etske betraktninger	22
4. Resultat og diskusjon.....	23

4.1. Å være overvektig.....	23
4.2. Når kroppen blir mindre	26
4.3. Når forholdet til mat endrer seg.....	30
4.4. En mindre kropp gir nye bevegelsesmuligheter	33
5. Kroppen som behandlingsobjekt.....	36
6. Avslutning	39
Referanser:.....	41
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	44
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD.....	47
Vedlegg 3: Temaguide.....	49

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for studien

Antallet overvektige i den norske befolkning er økende (Groven, 2014) og overvekt betraktes av mange som en global epidemi (Helsedirektoratet, 2010). Overvekt anses å være en alvorlig langvarig sykdom som også representerer risiko for ulike somatiske og psykiske tilleggslidelser (ibid.). Overvekt kan enkelt forklares som en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, men sykdommen bør også ses i sammenheng med samfunnsstrukturer, ernæringsvaner, normalisering av økte og mer energitette matporsjoner og snacks, i tillegg til generelt redusert grad av fysisk aktivitet (Guilbert, 2003). Arv kan bidra til at noen er mer utsatt enn andre og genetiske forhold samt en biologisk ubalanse i appetittreguleringen gir ulik individuell sårbarhet for vektøkning (Engeland, Bjørge, Selmer, & Tverdal, 2003). I tillegg til individuelle forskjeller er det blitt påvist sammenhenger mellom utvikling av overvekt og sosioøkonomiske forhold (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge Folkehelseinstituttets (FHI) beregninger fra 2016 er høy kroppsmasseindeks (KMI)¹ en av de aller viktigste risikofaktorene for tapte leveår i Norge (Øverland et al., 2018). Overvekt er særlig en risikofaktor for hjerte- og karsykdom, diabetes, kreft og muskel- og skjelettsykdommer. Omtrentlig antall sykdomsjusterte tapte leveår, regnes å være 79 000 nasjonalt, og til sammenlikning er dette for eksempel et høyere tall enn for sykdomsjusterte tapte leveår knyttet til all alkohol- og rusmiddelbruk (Øverland et al., 2018). I 2019 ble det i Norge beregnet at ca. halvparten av alle personer i aldersgruppen 40 og 45 år kunne klassifiseres som overvektige, basert på kroppsmasseindeks (Aamo, Lind, Myklebust, Stormo, & Skogli, 2019). Med hensyn til behandling anbefaler Helsedirektoratet at personer med en KMI 35 eller mer, bør tilbys individuell helsefaglig vurdering. For dem som nærmer seg 40 på KMI-skalaen anbefales det at behandling vurderes uavhengig av personens helhetlige helsetilstand. Det vil si at behandling også vurderes til dem som i utgangspunktet er friske og som ikke har en tilleggssykdom som kan knyttes til overvekten.

¹ KMI er en norsk omskrivning fra engelsk «BMI» som betyr «Body mass index» KMI er et mål som vurderer kroppsvekt i forhold til høyde og brukes ofte i forbindelse med større populasjoner. Fedme grad 2 og 3 er KMI (Kroppsmasseindeks) på henholdsvis 35 – 39,9 og 40 eller mer og regnes som sykkelig overvekt (Bjørneboe, 2020).

Behandlingsalternativene består typisk av konvensjonell livsstilsbehandling eller kirurgi (Aamo et al., 2019s.35).

1.2. Fedmekirurgi

Fedmekirurgi utføres med ulike metoder. *Restriktiv bariatrisk kirurgi* innebærer en forminskning av magesekkens volum, også kjent som båndkirurgi eller vertikal ventrikkelseksjon («gastric sleeve»), mens den *malabsorptive* metoden kobler ut deler av tarmen. Gastrisk bypass er en hyppig brukt metode som er en kombinasjon av disse. Det påstås at vektreduksjonen er mest uttalt og stabil ved bruk av malabsorptive metoder, og mindre ved restriktive metoder (Helsedirektoratet, 2010). I 2018 ble det i Norge operert ca. 3 000 personer av omtrent 100 000 registrerte sykelig overvektige (Lysvold, Tomassen, & Garfjeld, 2018; Sandvik et al., 2018). Ifølge Helsedirektoratet (2010) vil et vellykket kirurgisk inngrep med god oppfølging kunne gi en forutsigbar og langvarig vektreduksjon på 20-50% av utgangspunktet, bedre livskvalitet og bedring av vektrelaterte følgesykdommer. Men som alle invasive tiltak er fedmeoperasjon forbundet med komplikasjoner, spesielt for personer med alvorlig psykisk lidelse, kognitiv dysfunksjon og misbruksproblematikk (Maggard et al., 2005). Avgjørelsen av hvem som eventuelt skal eller ikke skal få et tilbud er en krevende oppgave siden psykiske lidelser ofte er vanskelig å oppdage og kan «gjemme» seg bak overvekten. Fedmeklinikken på St. Olavs hospital i Trondheim opplyser at 30 % av deres pasienter i tillegg til å lide av sykelig overvekt, også har en overspisingsslidelse og/eller andre psykiatriske lidelser (DagensMedisin.no, 2018). Psykiske lidelser i relasjon til fedmeoperasjon tematiseres både i tabloid form på internett hvor historier om tidligere fedmeopererte formidles, samt av eksperter på overvekt som advarer mot inngrepet etter at pasienter har utviklet nye typer spiseforstyrrelser etter inngrepet, som for eksempel anoreksi².

Fedmeoperasjon er også forbundet med flere somatiske bivirkninger, hovedsakelig fordi inngrepet forstyrrer kroppens naturlige evne til å oppta næringsstoffer og vitaminer. I tillegg melder 10-20 % av pasientene om postoperative bivirkninger i form av tarmlekkasjer,

² Eksempler på artikler som advarer mot fedmeoperasjon:

- <https://www.tv2.no/a/9904510/> - Tina (32) fikk anoreksi etter slankeoperasjon

- <https://www.tv2.no/nyheter/9157542/> - Ida (28) fikk spisevegring etter slankeoperasjon.

blødning, behov for reoperasjon, sårinfeksjon, magesår, kardiovaskulære hendelser, gallestein, spisevansker, elektrolyttforstyrrelser, sure oppstøt, oppkast, illeluktende avføring og diaré (Helsedirektoratet, 2010). Generelt krever kirurgisk fedmebehandling livslang oppfølging, og det kreves stor motivasjon hos pasienten for å gjennomføre nødvendige livsstilsendringer for å ytterligere redusere risikoen for komplikasjoner. (Flølo et al., 2017; Hofsø et al., 2011; Lange, 2016; Sandvik et al., 2018). For omtrent halvparten av de opererte blir det aktuelt med plastikkirurgisk korreksjon, dvs. fjerning av overskuddshud i etterkant av vekttapet, som kan gi eksem, irritasjon, infeksjon, gnagsår, smerter eller annet ubehag (ibid.).

Hvem det er som behandles med fedmeoperasjon i dag varierer. I dag står pasienter friere enn noen gang i valget av type overvektsbehandling og behandlingen tilbys både i offentlig og privat regi (Rugseth, Groven, & Engelsrud, 2015). Private aktører som Ibsensykehusene og Volvat har et bredere tilbud enn det offentlige helsevesen og forholder seg andre og mindre restriktive inklusjonskriterier, som for eksempel en lavere KMI³-grenseverdi. I praksis betyr det at en pasient som blir vurdert til ikke å innfri offentlige inklusjonskriterier likevel kan bli tilbudt behandling i privat regi. Hva slags type behandling og oppfølging før og etter operasjon varierer i henhold til hvor mye pasientene er villige til å betale. At private markedskrefter har fått fotfeste som et lettere tilgjengelig behandlingsalternativ for overvektige har blitt problematisert. Rugseth et al., (2015) mener at den økende veksten av private tjenester sammen med økt kjøpekraft i deler av samfunnet bidrar til større forskjeller mellom enkeltindividets valgmuligheter, og er med på å bidra til økt utseendepress og individualiserer ansvaret for god helse. «*Normen for hva som anses som «det normale», er betydelig innsnevret, og stigmatisering av overvektige og fete er et av resultatene*», hevder (Rugseth et al., 2015). Grunnene til å velge et kirurgisk inngrep som behandlingsmetode mot overvekt er individuelle. Felles for pasientene er imidlertid at fedmekirurgi fører til store kroppslige endringer som kan være krevende å forholde seg til, og dette ønsker jeg å undersøke nærmere i denne oppgaven.

³ På nettsidene kan man lese hvordan hva som kreves av pasienter som ønsker å kjøpe tjenester fra private aktører:

- <https://ibsensykehusene.no/index.php/overvektskirurgi>
- <https://www.volvat.no/tjenester/slankeoperasjon/>

1.3. Tidligere forskning på fedmekirurgi

Mye av forskningen som er gjort på fedmekirurgi handler i stor grad om kvinners postoperative erfaringer. Temaer som belyses er endringer av livskvalitet samt postoperative komplikasjoner. Kirurgi som behandlingsmetode for overvekt og fedme er som nevnt også gjenstand for kritikk og problematisering (Groven, 2014; Groven & Braithwaite, 2016; Groven & Hofmann, 2015; Natvik, Gjengedal, & Råheim, 2013; Warholm, Øien, & Råheim, 2014). Flere studier er gjort av norske fysioterapeuter og i denne oppgaven velger jeg å fokusere spesielt på disse. Der påpekes det at fedmeoperasjon ikke bør ses på som en uproblematisk «quick fix» og at det bør tas flere hensyn med tanke på at overvekt er et sammensatt problem. Behandling av overvekt bør derfor bli mer individuelt tilpasset og med et mindre fokus på vektreduksjon alene (Groven, 2014; Groven & Braithwaite, 2016; Groven & Hofmann, 2015; Natvik et al., 2013; Warholm et al., 2014).

Studier påpeker at fedmeopererte har en tendens til å bagatellisere negative bivirkninger og at dette igjen bidrar til mindre åpenhet og kunnskap om pasientenes situasjon i etterkant av operasjonen (Groven, 2014; Groven & Braithwaite, 2016). Studier viser også at fedmeopererte har et ambivalent forhold til behandlingsresultatene, at de kroppslige endringene kommer overraskende på dem, samt at de erfarer kroppslige og psykiske utfordringer som de ikke ble forespeilet på forhånd. Som følge av et vekttap kan pasienter også oppleve et økende kontrollbehov ovenfor mat og helse, og preges av frykten for å bli overvektig igjen (Natvik et al., 2013; Warholm et al., 2014). Helsevesenets syn på kropp blir også kritisert for å ikke ta med subjektive perspektiver i forståelse av kropp og helse. Et objektiverende syn på kropp gjør at behandlingsindikasjonen baseres på kroppsstørrelse alene og at pasientenes forhold til egen kropp ikke tas i betraktning (Groven, 2014; Groven, Engelsrud, & Råheim, 2012; Natvik et al., 2013; Warholm et al., 2014).

De fleste studiene kritiserer fedmeoperasjon for å være en utilstrekkelig behandlingsmetode for overvektige. De kroppslige endringene som skal gi pasientene bedre helse og funksjon, fører ikke nødvendigvis til endringer av helserelaterte vaner, på lang sikt. Det påpekes at det ikke finnes tilstrekkelig kunnskap om hva store kroppslige endringer gjør med dem som erfarer det og at det i dag er usikkerhet både på samfunns- og individnivå om hvordan man

bør forholde seg til kirurgisk behandling av overvekt (Groven & Braithwaite, 2016; Groven et al., 2012; Rugseth et al., 2015; Warholm et al., 2014). Her er det med andre ord behov for mer kunnskap.

1.4. Hensikt og problemstilling

Tilbudet av fedmekirurgi er økende og svært tilgjengelig, men pasienters egne erfaringer med inngrepet er underrapportert. Hensikten med denne studien er dermed å utvikle økt kunnskap om fedmeoperertes erfaringer i etterkant av operasjonen. Det leder til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har tre personer med sykelig overvekt gjort seg i etterkant av en fedmeoperasjon?

1.5. Oppgavens oppbygning

I oppgavens neste kapittel vil jeg redegjøre for oppgavens teoretiske ståsted. I kapittel 3 gjennomgår jeg studiens metodologiske utgangspunkt og praktiske gjennomføring. I kapittel 4 presenteres og diskuteres oppgavens resultater. I kapittel 5 diskuterer jeg overvektskirurgi i en bredere kontekst, før jeg avrunder og antyder tema for fremtidig forskning.

2. Teori

I problemstillingen fokuserer jeg på erfaringer i forbindelse med overvektskirurgi. Hensikten med inngrepet er varig vektreduksjon hvor det forventes en kroppslig endring hos pasienten. Flere studier kritiserer som sagt behandlingsmetoden for å overse overvektens sammensatte årsaker og at helsevesenets objektivisering av kropp begrenser forståelsen av hva pasienter erfarer på individnivå. Fenomenologisk teori som forstår kroppen som utgangspunkt for erfaring vil kunne bidra til en bredere forståelse av hva pasienter opplever ved hurtig vektnedgang og hva det er som gjør store kroppslige endringer så krevende i å forholde seg til. Maurice Merleau-Ponty sitt spesielle bidrag til den fenomenologiske teoritradisjon var å knytte subjektstatus til kroppen. Å være et subjekt er i Merleau-Pontys filosofi å være i verden som kropp. Med andre ord er hans subjektteori en kroppsteori (Thornquist, 2018). I tillegg til begrenset kunnskap om subjektets erfaringer med vektnedgang blir det i tidligere studier etterspurt mer kunnskap om sosiale dimensjoner ved overvekt og fedmekirurgi (Rugseth et al., 2015). Det er derfor naturlig å henvende seg til teori som tar opp menneskelig liv i tilknytning til sosiale prosesser, strukturer og verdier, som Bourdieus og Connertons tenkning om samfunnets innflytelse på sosialt liv og kroppslige væremåter. Til slutt presenteres Goffmans studier om menneskers interaksjon med hverandre på et mikronivå.

2.1. Fenomenologi og kropp

I fenomenologien omtales kroppens grunnleggende tilhørighet i verden for vår *væren-i-verden*, siden mennesker både er *i* verden, og samtidig er en del *av* verden. Begrepet «livsverden» omtaler den verden vi lever i til daglig og som vi har fortrolighet til. Fortrolighet skapes gjennom å høste erfaringer som kropper. Alt vi gjør og foretar oss bygger forståelse og kompetanser, uten at våre handlinger nødvendigvis blir aktivt analysert og gitt oppmerksomhet av oss. I det daglige tar vi kroppen vår for gitt. Men alt som kan betegnes som dagligdags kunnskap, skal forstås som menneskets *primære erkjennelsesform*, og danner basis for forståelsen av hvem vi er: alt fra hvordan vi beveger oss, til deltakelse i relasjoner og sosialt liv. Det handler om praktisk kunnskap og kroppslige erfaringer som utvikles i tråd med livets aktiviteter. I fenomenologiske termer sies det at i vår umiddelbare væren-i-verden er kroppen utematisert. For eksempel er det *å gå* noe alle gjør, og funksjonen krever tilsynelatende lite tankevirksomhet. Vi går, uten å nødvendigvis planlegge hvert skritt, hvordan vi endrer stilling, justerer bevegelser og kraftinnsats. Hvordan bevegelse

oppleves unnslipper også vår oppmerksomme bevissthet, hvilke inntrykk vi får fra omverden, forhold som ulikheter i underlag, eller hvor høyt vi må løfte benet for å passere et fortau. I henhold til fenomenologisk tankegang er slik praktisk kunnskap tilegnet gjennom kropp og førstehåndserfaringer. Å lære seg å sykle er et eksempel på slik kroppslig kunnskap. Fra vi er født er kroppen utgangspunktet for læring, hvor kroppslig kunnskap tilegnes og kommuniseres kroppslig gjennom blant annet bevegelse og handling. Men med store kroppslige endringer kan det tenkes at utgangspunktet for kroppslig kompetanse går fra å være, fraværende fenomenologisk, altså utematisert, til å bli fokusert, bevisst og preget av oppmerksomhet (Leder, 1990; Thornquist, 2018).

Forståelsen av *kroppssubjektet* handler om at vi mennesker handler og samhandler med hverandre og med omgivelsene som subjekter og at kropp ikke skal forstås som noe annet enn, det egentlige jeg. Kroppen er for oss både vedvarende og nærværende, «*det inkarnerte subjekt som vi aldri kan fjerne oss fra*» (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2009s.193). Å tillegge kroppen subjektstatus utfordrer slik den tradisjonelle medisinske vitenskapstradisjonens syn på kropp, hvor kroppen anses som er rent naturfenomen, uavhengig av tid, sted og sosial kontekst.

Intensjonalitet er et sentralt begrep i den fenomenologiske tradisjon. Når kroppen forstås som sentrum for erfaring og erkjennelse, innebærer det at kroppen også er intensjonal. Sagt med andre ord rettes våre kroppers oppmerksomhet *mot* verden, hvor kroppen skaper utgangspunktet for muligheter, og omverden er en arena som inviterer til interaksjon og handling. Vi blir kjent med omverdenen gjennom hva vi gjør i verden, og tolkningen av omverdenen kan ikke forstås løsrevet fra kroppens muligheter. Hvordan vi mennesker beveger oss i verden har noe å gjøre med den enkeltes direkte erfaring av konkrete bevegelser og skaper fundamentet for hvordan vi oppfatter og forholder oss til omgivelsene, og oss selv. Fra et kroppsfenomenologisk ståsted er kroppen sentral i kommunikasjonen, hvor vi fremtrer og samhandler som kroppslige subjekter, hvor budskap presenteres gjennom kroppen (Thornquist, 1998ss.189-200).

Merleau-Ponty mente at personers persepsjon er forbundet med deres personlige historie, og han knyttet også en historisk dimensjon til kroppen. I den sammenheng tar han utgangspunkt

i at kroppen består av to lag: *den vanemessige kropp* som har fortiden iboende, og den kroppen som er her-og-nå. Slik er kroppen historisk ved at den kobles til vaner, og personlige uttrykk som er knyttet til subjektet. Slik signaliserer kroppen til andre hvem man er, og hva man har opplevd. Den vanemessige kroppen er med på å skape et utgangspunkt for trygghet og stabilitet i interaksjon med omgivelser og samfunnet, siden vaner ofte forbindes med trygghet og forutsigbarhet. Gretland viser til Merleau-Ponty når hun skriver at: «*vaner er slikt sett kroppslig kunnskap om hvordan personer kan leve i og mestre sin omverden*» (Gretland, 2007s.25). Erfaringer og levd liv blir en del av vår kroppslighet og slik sett er ikke fortiden forbi. Kroppen vi har, om den er overvektig eller normalvektig er både et bilde på her-og-nå og er et resultat av vår historie (Thornquist, 2018).

2.2. Samfunn og sosialt liv

Merleau-Ponty vektla at «resultatet» av hvem vi er, bygget på erfaringer, opplevelser og handlinger, ikke nødvendigvis er bevisst og planmessig, men er påvirket av mange faktorer (Thornquist, 2018). Som Gretland (2007) skriver, dekker ikke fenomenologiske innfallsvinkler de sosiale prosesser og strukturer som også danner grunnlag for menneskers subjektive erfaringer. For å inkludere perspektiver som omhandler hvordan kropp formes og påvirkes av sosialt liv er Pierre Bourdieus tenking relevant. Bourdieu var opptatt av forholdet mellom sosiale strukturer og enkeltmenneskers handlinger, og hvordan sosiokulturelle strukturer innvirker på enkeltpersoners væremåte, handlinger og deres selvforståelse (Bourdieu, Prieur, & Ringen, 1999). Bourdieus teorier utvider perspektivet på kroppen til også å romme sosiale forhold.

2.2.1. Bourdieu og habitus

Bourdieu utviklet begrepet *habitus* for å forklare hvordan mennesker blir fortrolige med verden de lever i. Habitus omhandler de vanemessige væremåtene som kjennetegner oss som personer og Bourdieu oppfattet habitus som kjernen i en persons identitet (Bourdieu, 2007). Habitus er tett knyttet til selvfølelse og selvoppfattelse, og er et resultat av sosialisering, altså at kroppen formes av og viderefører sosiale strukturer og verdier, relasjoner og maktforhold. Habitus danner grunnlaget for vårt forhold til våre omgivelser, og ferdighetene innleiret i oss via habitus gir handlingskompetanse og åpner muligheter for deltakelse i sosialt liv. De sosiale betingelser vi vokser opp under er som sagt med på å forme oss som individer, og et

av Bourdieus sentrale poenger er at mennesker kroppsliggjør de forventningene som vårt sosiale miljø presenterer for oss, og som former vår virkelighetsoppfatning med hensyn til hva vi oppfatter som akseptabelt eller upassende, hva vi setter pris på og hva vi blir frastøtt av (Bourdieu, 1977; Thornquist, 2018). Habitus blir slik innskrevet i kroppen gjennom tidligere erfaringer og gjenspeiles i praktisk kunnskap, altså hva vi gjør, mener og hvordan vi ter oss i det daglige. Slik er i følge Bourdieu kroppen i den sosiale verden samtidig som den sosiale verden er i kroppen. Med det mener han at samfunn og individ ikke er to separate forhold, men en interaksjon mellom objekt og subjekt (Bourdieu, 1990).

2.2.2. Connerton og “the double social constitution of bodies”

Paul Connerton understrekte i likhet med Bourdieu hvordan samfunnet nedfelles kroppslig i menneskene. Hans utgangspunkt var at kroppen er sosialt skapt, eller konstituert, på to måter. Med det mente han at kroppen konstitueres samfunnsmessig for det første ved at den *innskriveres* i samfunnets verdier og idealer gjennom språk, representasjoner og forestillinger. Samtidig *skapes* eller konstitueres kroppen gjennom levd liv. Sosiale forhold og kulturelt definerte verdier forvaltes, innleires og uttrykkes av enkeltindivider på direkte kroppslige måter, gjennom vaner, praksiser og væremåter, i bevegelser og omgang med andre mennesker og med omgivelsene (Connerton, 1989; Thornquist, 2018). Kroppen er slik både en bærer av historie og en formidler av budskap.

2.2.3. Goffman og stigma

Bourdieu og Connerton viser hvordan samfunnets verdier nedfelles kroppslig i oss. Sosiologen Erving Goffman studerte menneskers interaksjon med hverandre på et mikronivå, og var bl.a. opptatt av annerledeshet, de som på en eller annen måte skiller seg ut. Goffman studerte hvordan mennesker manøvrerer og kompenserer for å passe inn og håndtere denne annerledesheten (Goffman, Kristiansen, Hviid Jacobsen, & Gooseman, 2009; Thornquist, 2009). Den overvektige kroppen skiller seg ikke bare ut, men den har lav status i vår kultur og blant helsepersonell (Natvik et al., 2013; Warholm et al., 2014) og overvektige utsettes for diskriminering i mange sammenhenger (ibid.). Goffmans teori om stigma og den stigmatisertes måter å håndtere stigmatisering på er derfor også relevant å trekke inn i analysen av materialet.

Jeg har nå redegjort for teori som anerkjenner kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse og som tematiserer hvordan sosiale og samfunnsmessige forhold nedfelles kroppslig i oss. Perspektivene danner det teoretiske utgangspunktet for drøftingen og tolkningen av oppgavens empiri og besvarelsen av studiens problemstilling.

3. Metodologi og metode

3.1. En kvalitativ tilnærming

I oppgavens problemstilling etterspør jeg overvektsoperertes erfaringer etter fedmekirurgi. Med det rettes oppmerksomheten mot informantenes opplevelser, oppfatninger og meninger, og gjør det naturlig å ta utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming til metode. En kvalitativ tilnærming egner seg for å synliggjøre handlingers og fenomeners ulike kvaliteter og egenskaper, og presentere ulike måter å forstå og fortolke fenomener på (Thornquist, 2018). Kvalitative metoder har sin vitenskapeteoretiske forankring i fenomenologi og hermeneutisk forskningstradisjon. Det innebærer at oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet; ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den. Det betyr at all observasjon forstås som selektiv og orientert mot noe. Og- at data utvikles av forskere ut fra deres forforståelse (Thornquist, 2018). For å få et materiale som inneholdt den type informasjon som kunne bidra til å besvare problemstillingen, valgte jeg å benytte meg av intervju som metode.

3.2. Valg av metode – intervju

Jeg ønsket å fange informantenes erfaringer av livet før og etter fedmeoperasjonen. Derfor valgte jeg det kvalitative forskningsintervjuet, en metode som tar form som en dagligdags samtale, men som samtidig er strukturert slik at kunnskap kan utvikles på en systematisk måte. Dette er en forutsetning for å kunne skape et fyldig empirisk materiale (Thornquist, 2018). Jeg valgte å benytte meg av et *semi-strukturert forskningsintervju* (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015).

3.2.1. Det semi-strukturerte forskningsintervjuet

Det semi-strukturerte forskningsintervjuet søker å innhente fyldige beskrivelser av informantenes erfaringer. Intervjutyppen åpner for en fenomenologisk innfallsvinkel for å få innblikk i informantenes livsverden (Kvale et al., 2015). I et semi-strukturert forskningsintervju benytter man seg som regel av en temaguide som er ment som et hjelpemiddel for å holde fokus på samtalen i forhold til forskningsspørsmålene. Jeg hadde valgt ut noen tema på forhånd, men ingen fast rekkefølge. Temaguiden ble utarbeidet på bakgrunn problemstillingen og kan leses i vedlegg 3. Utarbeidningen ble gjort i flere runder og jeg gjennomførte et prøveintervju på forhånd. I forsøket på å tilstrebe en god

intervjusetting lot jeg meg inspirere av Kvale and Brinkmann (2011); *Interview – Introduktion til et håndværk*.

3.2.2. Valg av informanter

Jeg ønsket å komme i kontakt med fedmeopererte som var blitt operert for minst to år siden. Erfaringene skulle knyttes til hverdagen, når vekten var forventet å være mer eller mindre stabil. Ut over det fantes det ingen inklusjons- eller eksklusjonskriterier. Utvalget bestod av tre personer, alle menn mellom 40 og 50 år. To av dem hadde gjennomgått en gastric sleeve operasjon og en av dem en gastric bypass operasjon. Informantene ble rekruttert som et såkalt strategisk utvalg, som følge av studiens design, Jf. Tjora (2017). At alle informantene var menn, var tilfeldig. I søkeprosessen etter informanter ble det kontaktet flere ulike institusjoner og poliklinikker som behandlet pasienter med overvektsproblematikk. To av deltakerne kom jeg i kontakt med gjennom en fedmepoliklinikk og en gjennom en fysioterapiseksjon på et universitetssykehus.

3.2.3. Gjennomføringen av intervjuene

Jeg sørget for å stille forberedt til hvert intervju, utviklet temaguiden i god tid før intervjuene ble gjennomført, og sørget for å være godt informert på fedmeoperasjon som tema. Jeg opplevde at god forhåndskunnskap satte meg i posisjon til å kunne stille relevante oppfølgende spørsmål, og som virket interessante for informantene. Samtidig var det ikke et ønske å fremstå som en ekspert på temaet, noe jeg var tydelig på i min kommunikasjon med informantene. Under intervjuene forsøkte jeg å forholde meg åpen og nysgjerrig til hva som ble sagt, samt tørre å følge samtalen dit den tok veien, men innenfor det som opplevdes relevant i henhold til problemstillingen. Som Kvale (2015) skriver kan fordomsfrihet åpne for nye og uventede fenomener og at intervjueren bør være lydhør og nysgjerrig overfor det som sies, og det forsøkte jeg å være.

Intervjuene foregikk hjemme hos informantene, både av praktiske hensyn, men også for å skape trygge rammer og ivareta deres anonymitet. Jeg forestilte meg også at det kunne begrense risikoen for avbrytelser og støy, slik det kan være på en kafé eller annen offentlig plass. Hvert intervju ble innledet med at informantene fikk muntlig informasjon om studiens

formål og fikk mulighet til å lese og undertegne en samtykkeerklæring⁴. Det ble både i muntlig og skriftlig form informert om at informantene når som helst kunne avbryte deltakelsen i prosjektet uten at det vil gi negative konsekvenser. To av intervjuene varte en time og femten minutter, mens det siste varte i en time og førtifem minutter.

Intervjuene ble tatt opp på en digital båndopptaker. Intervjuet ble avsluttet med at informantene fikk mulighet til å ta opp temaer som ikke hadde blitt tatt opp under samtalen. Jeg tok ikke notater underveis i samtalen for å ikke forstyrre kontakten mellom meg og informanten. Jeg opplevde atmosfæren som god under samtalene.

3.2.4. Transkribering og analytisk tilnærming

Etter intervjuet fulgte transkripsjonsarbeidet, hvor samtalen blir omgjort til en tekst som bedre egner seg for analyse (Kvale et al., 2015). Prosessen startet med at opptakene fra intervjuene ble overført fra en digital båndopptaker via en computer og lastet opp til *Tjeneste for sensitive data* (TSD)⁵ hvor lydfilene ble lagret samtidig som de kunne behandles. Lydopptakene ble gjennomgått og transkribert i løpet av samme uke etter at det siste intervjuet ble gjennomført. Til sammen ble fire timer og tjue minutter med lyd omgjort til seksti sider med tekst. Informantene ble aidentifisert ved at de ble gitt et nummer som kun jeg som prosjektansvarlig hadde kjennskap til. I teksten har de fått fiktive navn, henholdsvis *Jens, Ola* og *Tore*. Arbeidet ble gjort manuelt, det vil si at all overføring fra lyd til skrift ble tolket og utført av meg, uten hjelp av dataprogrammer. Måten transkripsjonen ble gjort på var inspirert av «*The Jeffersonian Transcription System*» som er utviklet spesielt til samtaleanalyse (Psathas & Anderson, 1990). Alt som ble sagt under intervjuene ble inkludert som en del av transkripsjonen, også ting som nødvendigvis ikke umiddelbart virket relevant for forskningsspørsmålet. Dermed ble det tatt hensyn til flere dimensjoner i samtalen. Transkripsjonen ble skrevet som en sammenhengende tekst og organisert med nummererte linjer (Psathas & Anderson, 1990). Lyder og pauser ble inkludert i transkripsjonen og eksempelvis beskrevet slik: «*informanten stopper opp, venter tre sekunder, sukker tungt, og*

⁴ Samtykkeerklæringen ble utarbeidet etter retningslinjer fra Norsk senter for forskningsdata

<https://nsd.no/personvernombud/hjelp/samtykke.html>. Samtykkeerklæringen kan leses i vedlegg 1.

⁵ TDS er en lukket database for sensitive data som oppfyller alle lovkrav til personvern og sikkerhet -

<https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>

sier ...». Jeg brukte tegnet (...) for å markere sekvenser som ikke er transkribert, for eksempel fordi intervjuet ble avbrutt en kort stund. Informantene hadde hver sine særegne dialekter og det var til tider vanskelig å høre hva som ble sagt. I transkripsjonen valgte jeg å oversette dialekt til bokmål skriftspråk, både for å gjøre intervjuene mer lesbare, men også med tanke på kunne gjøre materialet tilgjengelig for andre om det skulle bli aktuelt. Jeg opplevde ikke at oversettelsen gikk på bekostning av innholdet.

Etter at lydfilene var transkribert begynte prosessen med å «grovsortere» materialet, inspirert av det som kalles meningsfortettende arbeid (Kvale & Brinkmann, 2011). Prosessen gikk ut på å fjerne ikke-relevant innhold i forhold til forskningsspørsmålet. Innhold jeg var usikker på om var relevant, valgte jeg å beholde. Jeg ønsket ikke å redigere lange uttalelser med å gjengi dem med færre ord, men valgte i stedet å bevare tekstens helhet og kontekst mest mulig, noe som senere hjalp meg med å se nyanser og sammenhenger i informantens utsagn. Det var en krevende oppgave å ta avgjørelser om hva som skulle fjernes og ikke, men samtidig et nødvendig arbeid som forhindret meg fra å «drukne» i for mye tekst. Eksempler på hva som ble tatt bort var lange digresjoner utenom tema, avbrytelser og lignende. Prosessen resulterte i en halvering av materialet, til i alt tretti sider med tekst.

Materialet ble så bearbeidet i en frem-og-tilbake-prosess inspirert av en hermeneutisk arbeidsmåte. Tilnærmingen kan forstås som en dynamisk erkjennelsesprosess hvor man pendler mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig (Thornquist, 2018). I dette arbeidet er det ikke kun tekstens helhet som nødvendigvis er viktigst, men også materialets ulike deler skal fortolkes som meningsbærende opp mot tekstens helhet. Prosessen startet med flere gjennomlesninger av transkripsjonene hvor jeg kikket etter sammenhenger og meningsfulle utsagn som kunne være relevante for å belyse problemstillingen. Målet med et slikt arbeid er å oppnå en stadig dypere forståelse av fenomenet (Thornquist, 2018).

I analysen av materialet var jeg kort sagt ute etter å finne og forstå tema, mønstre og meningsfulle utsagn hos informantene, og som kunne knyttes til problemstillingen. I første omgang ble slike utsagn merket i teksten. Etter hvert som flere utsagn ble til, ble de organisert og tildelt *koder* som betyr at hvert utdrag fikk et eller flere nøkkelord tilknyttet

meningsinnholdet (Kvale et al., 2015; Tjora, 2017). Denne kodingen gjorde det lettere for meg å skape oversikt over ulike temaer i samtalene samt at metoden gjorde det lettere å sammenligne informantenes utsagn. Å gjøre analysearbeid etter prinsipper fra en hermeneutisk arbeidsmåte innebærer at arbeidet aldri blir «ferdig» siden det hele tiden dukker opp nye tema, eller tolkninger, mens man blir bedre kjent med materialet. Av tidsmessige hensyn måtte analysen på et tidspunkt avsluttes. Sluttproduktet ble en samling ulike intervjuutsagn organisert under overskrifter som samlet temaene som senere skulle skape grunnlag for oppgavens resultat -og diskusjonsdel.

3.3. Metodiske refleksjoner

3.3.1. Refleksivitet, posisjonering og transparens

Refleksivitet refererer til ens bevissthet om ens rolle som forsker. Det omhandler de refleksjoner forskeren har om seg selv og sitt bidrag til hva som skapes og utvikles gjennom hele forskningsprosessen samt erkjennelsen av asymmetrien og maktrelasjonen mellom forsker og informanter (Thornquist, 2018). Jeg har gjennom hele prosjektets forsøkt å være bevisst at mitt bidrag skulle være å forstå informantene ut fra deres synspunkt, og tilstrebe at ikke mine egne ideer og fordommer påvirket prosjektets innhold. I praksis krevde det at jeg skapte en viss avstand mellom meg og informantene. Jeg forsøkte å forholde meg «objektivt» til deres beskrivelser og ikke ta meg friheter med å tolke det som ble sagt i henhold til mine personlige interesser og meninger. Et viktig moment i forhold til hva som sannsynligvis har hatt innvirkning på møtene mellom meg og informantene er at jeg er fysioterapeut og utdannet i et fag som omhandler kropp og helse. Det er rimelig å anta at det også har påvirket hvordan informantene har forholdt seg til meg. Ved å være meg dette bevisst forsøkte jeg å tilstrebe en intervjuerstil som bar preg av ydmykhet. Jeg ønsket ikke å innta en ekspertrolle selv om jeg satt på vesentlig teoretisk informasjon om temaet overvekt og fedme.

Som fysioterapeut og student i helsefag er jeg dermed *posisjonert*, dvs. at jeg har et bestemt ståsted, både med hensyn til interesser og teoretiske perspektiver, Jf. Thornquist (2018). Faglig sett er jeg påvirket av fysioterapifaget og de vitenskapelige tradisjoner som preger faget. Samtidig har jeg forsøkt å være bevisst de valgene jeg tar i utformingen av studien. Dette innebærer en erkjennelse av at jeg ikke ser verden fra et «nullpunkt» eller som allviter,

men altså fra en bestemt posisjon og dermed med et bestemt perspektiv. Jeg har forsøkt å tilstrebe å sette all min forkunnskap i parentes, samtidig som jeg anerkjenner at all observasjon og tolkning er selektiv og orientert, og at jeg ikke til fulle kan gjøre rede for hele min forforståelse (ibid.).

Et annet viktig moment er prosjektets *transparens* eller *gjennomsiktighet*. Begrepet viser til at den skriftlige fremstillingen av en gjennomført studie skal være slik at det er lett for leserne å følge forskeren på veien i forskningsprosessen (Thornquist, 2018). I tillegg åpner det opp for at andre også skal kunne få anledning til å ettergå tolkningene av materialet, da mine tolkninger ikke er de eneste mulige. Jeg har forsøkt å ivareta dette på flere måter. For det første ved å redegjøre for studiens teoretiske perspektiv og metodiske tilnærming. For det andre ved å gjengi forholdsvis lange passasjer fra intervjuene, og for det tredje å være tydelig i teksten på hva som er mine tolkninger og hvilken teori jeg støtter meg på.

3.3.2. Studiens pålitelighet og gyldighet

I kvalitativ forskningstradisjon er det avgjørende å tydelig beskrive hvordan man har utformet studien og hvilke vurderinger som er gjort underveis for å oppfylle kravene til vitenskapelighet. I den forbindelse brukes begrepene reliabilitet og validitet for å beskrive kvaliteten på arbeidet som er gjort. I kvalitativ forskning brukes begrepene pålitelighet og styrke synonymt med begrepene reliabilitet og validitet (Thornquist, 2012).

Reliabilitet ivaretas gjennom et godt vitenskapelig håndverk gjennom prosjektet fra start til slutt, noe jeg har forsøkt å tilstrebe ved å redegjøre for utviklingen av problemstillingen, tidligere forskning, teoretisk perspektiver, transkriberingsprosess, analysearbeid og egen bakgrunn og forforståelse. I resultat- og diskusjonskapittelet har jeg valgt å inkludere forholdsvis lange utdrag fra materialet, og slik legge til rette for at lesere har nok informasjon til å vurdere holdbarheten av tolkningene.

Validitet i en kvalitativ kontekst beskriver om tilnærmingen lykkes i å undersøke hva den påstår å undersøke, dvs. om det er gjort riktige valg av metode, om valg av teori egner seg for fortolkning av empirien, og om kategoriene og analysen gjenspeiler fenomenet jeg fra starten av prosjektet ønsket å undersøke (Thornquist, 2012). Jeg har forsøkt å skape en

sammenheng mellom problemstilling, valg av metode og teoretisk perspektiv, og å ikke trekke tolkningene lenger enn det materialet tillot.

Prosjektet har få informanter og det kan diskuteres om studiens resultater kan brukes til å si noe om erfaringer etter fedmeoperasjon på et mer allment plan. Innblikk i enkeltpersoners erfaringer med fedmeoperasjon, kan etter min mening gi verdifull kunnskap om overvektsbehandling fra et pasientperspektiv selv om utvalget er lite. Studier som denne kan også skape grunnlag for sammenligning av erfaringer. Jo flere studier som gjennomføres og erfaringer som etter hvert presenteres, desto større kilde til mer helhetlig kunnskap om fedmekirurgi.

3.3.3. Etiske betraktninger

Jeg har ved utarbeidelsen av prosjektet fulgt de krav og anbefalinger som er formulert av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Ved rekruttering av informanter ble det tatt hensyn knyttet til det generelle forskningsetiske prinsippet om frivillig deltakelse basert på informert og skriftlig samtykke. Jeg tilstrebet at informantene ikke var identifiserbare. Hvert intervju ble innledet med at informantene fikk muntlig informasjon om studiens formål og fikk mulighet til å lese og undertegne samtykkeerklæring⁶ som ble utarbeidet etter anbefalinger fra NSD. Det ble både i muntlig og skriftlig form informert om at de når som helst kunne avbryte deltakelse uten at det vil gi negative konsekvenser. Samtykkeerklæring, lydopptak og alt annet sensitivt materiale som inneholdt personopplysninger ble digitalisert og lastet opp i TSD. Alt ikke-digitalt materiell ble makulert og slettet. Bruk av lydopptak ble godkjent av informantene på forhånd og etter avtale skal alt digitalt materiell lagret i TSD slettes etter at prosjektet er avsluttet. Det var ingen kostnader forbundet med studien for informantene. Før møtet med informantene ble det etter anbefaling fra veileder og studiested undersøkt og bekreftet av NSD at studien ikke trengte godkjennelse fra Regional forskningsetisk komite (REK). Godkjennelsen fra (NSD) kan leses i vedlegg 2.

⁶ <https://nsd.no/personvernombud/hjelp/samtykke.html>

4. Resultat og diskusjon

I dette kapitlet vil jeg presentere og diskutere oppgavens resultater. Presentasjonen av materialet er organisert slik at overskriftene angir hva som er tema for avsnittet. Så følger noen innledende kommentarer før informantene kommer til ordet. Utdragene fra intervjuene følges opp av empirinære kommentarer og diskusjoner i lys av relevant teori.

4.1. Å være overvektig

Å være sykkelig overvektig betyr at man har en kropp som er større enn de fleste andre kropper. Overvekten er synlig for andre, og det er lite man kan gjøre for å skjule den. Informantene har med andre ord erfaringer med å ha en kropp som skiller seg ut.

For Ola har det imidlertid vært uproblematisk å være overvektig. Han forteller at han allikevel utviklet noen strategier i møte med andre:

«Personlig, jeg har jo vært komfortabel med det at jeg var overvektig. Og har vært her i livet og vært vant til å være overvektig (...) Jeg har bestandig vært en sosial type. Har aldri isolert meg. Jeg har bestandig vært den som har tatt ordet og bestandig vært den som har vært apekatten. Kanskje har det vært en overlevelsesstrategi. Jeg har vært midtpunktet, og følt at jeg har vært akseptert for det».

Ola omtaler selv væremåten sin som en overlevelsesstrategi. Å være «apekatten», og å være frempå og tydelig har vært en måte hvor han har dreid oppmerksomheten mot andre sider ved seg selv enn en avvikende kroppsstørrelse.

Samfunnets verdier og normer nedfelles i oss gjennom sosialisering på ulike måter, Jf. Bourdieu et al. (1999); Connerton (1989). Det å være overvektig er for eksempel, forbundet med å sykdom, latskap e.l. Goffman (2009) viser hvordan mange som skiller seg ut med hensyn til hva som anses attråverdig i et samfunn, enten utseendemessig eller med hensyn til funksjon, således strever med å fremstå som normale, «pass as normals». Dette krever planlegging og bevisst oppmerksomhet for å unngå å havne i situasjoner hvor

annerledesheten skaper vanskeligheter for samhandlingen (Goffman et al., 2009; Thornquist, 2009). For Ola ble det å være apekatten, midtpunktet.

Jens måtte også utvikle noen strategier for å kompensere for overvekten:

«Jeg har aldri følt at jeg har vært utenfor samfunnet. Bestandig følt at jeg har vært med, med i velforeningen og alt sånt (...) Jeg har jo vært overvektig siden jeg var sånn syv-åtte år. På skolen var det mye mobbing på grunn av at jeg var mye større enn de andre (...) Jo eldre du ble jo tyngre ble du. Men når jeg begynte i arbeid var det ikke mobbing i den forstand. Fordi da var jeg hardhuda ... hvis noen prøvde å gjøre narr av meg på grunn av vekten så gjorde jeg narr tilbake, på en feil de hadde. Det var jo et forsvar på en måte. Det har aldri vært sånn at jeg har vært innelukka i et skall, bestandig ... litt sånn åpen. Litt for mye rett frem. Litt for direkte (...) Så det har vel hjulpet meg, på grunn av den mobbingen på skolen, at jeg har blitt litt hardhuda og, har ikke brydd meg (...) blitt sterkere psykisk».

Jens forteller at selv om han alltid har deltatt i sosiale sammenhenger og aldri isolert seg, har han opplevd mobbing på grunn av størrelsen sin. Han slo tilbake med å påpeke feil hos dem som plaget ham, og ble etter hvert hardhudet og psykisk sterk, slik at det ikke plaget ham mer.

Goffman definerer stigma som *”the situation of the individual who is disqualified for full social acceptance”* (Goffman, 1968). Overvekt er et eksempel på et slikt stigma; et kroppslig trekk som tiltrekker seg omgivelsenes negative oppmerksomhet og kan resultere i sosial avvisning og manglende anerkjennelse (Goffman et al., 2009). Mobbing avviser og truer menneskers deltakelse i sosialt liv, og Jens’ måte å håndtere dette på var å påpeke feil hos andre, slik de påpekte feil hos ham.

Begge informantene har funnet måter å håndtere det at de har kropper som skiller seg ut. Men selv om Ola gir uttrykk for at han alltid har følt seg komfortabel med overvekten har han alltid hatt et ønske om å se annerledes ut:

«Når damer og sånn kommer inn i bildet. Der stod jeg ikke først i rekken. Det gjorde jeg ikke fordi ... det konkluderte jeg med ganske tidlig at ... det er jo ingen som vil ha en fet liten type når det går folk rundt å trener og ser bra ut (...) som unge, ungdom og forså vidt i voksenårene og så har jeg sett på alle de som har gjort ting, vært med på ting og tenkt på at, sånn vil jeg være jeg har lyst til å være tynn (...) det dannes jo et idealbilde. Jeg lyger hvis jeg sier at jeg ikke har sett på det idealbilde. Jeg lyger hvis jeg sier at jeg ikke har hatt den drømmen, spesielt i oppveksten om å være tynn, om å være muskuløs. Være den som alle springer etter. Selv om jeg ganske tidlig innfant meg med at jeg ikke er der».

Ola har med andre ord også følt på stigmaet som følger av å ha en stor kropp. Som overvektig anses han som en lite attraktiv partner for kvinner, og særlig i ungdomsårene var det vanskelig. Han innfant seg imidlertid med det, og utviklet en væremåte for å kompensere for annerledeshet og avvisning, nemlig som «apekatten.»

I motsetning til Ola og Jens utviklet Tore en overvektig kropp først i voksen alder. Tore forteller at han ble mobbet på jobben på grunn av sitt utseende:

«Jeg hadde jo en del krangler på jobb. Kollegaer var helt åpent, nærmest mobbende til min overvekt. Men jeg var kanskje litt tøff tilbake (...), og det var det kanskje ikke mange som likte (...)».

Tore opplevde at overvekten vekket negative reaksjoner hos kollegene. Som et forsvar svarte Tore med å være tøff tilbake og ble derfor oppfattet som aggressiv og brautende. At han hadde en avvikende kroppsstørrelse gjorde at han måtte forsvare seg mot de andres kommentarer og holdninger.

Goffman (2009) tar opp hvordan menneskers sosiale identitet ødelegges som følge av andres reaksjoner på og holdninger til kroppslige avvik. Den overvektige blir på grunn av sin store kropp en fremmed blant de «normale», og lever med en kropp som assosieres med svakhet, karakterbrist eller uhelse, og den overvektiges evner og ressurser nedgraderes. En slik stigmatisering på grunn av ytre kjennetegn kan føre til en uoverensstemmelse mellom hvem

man føler man er, og hvordan man fremstår for andre (Goffman et al., 2009). Stigmaet som knyttes til overvekt er kraftfullt. Med Bourdieu kan man si at det å anse overvekt som frastøtende og kritikkverdig er et eksempel på hvordan samfunnets verdier er nedfelt kroppslig i oss, som avsmak mot overvektige kropper (Bourdieu et al., 1999). Tore opplevde nettopp at voksne mennesker oppfattet det å kommentere på hans utseende og vekt var noe de hadde rett til å gjøre. For ham ble det derfor nødvendig å stå imot for å bevare selvrespekten.

4.2. Når kroppen blir mindre

Etter fedmeoperasjonen gikk informantene ned i vekt, og kroppene deres gikk fra å være store til en mer gjennomsnittlig størrelse. Selv om kroppen var blitt mindre opplevde informantene fortsatt å bli lagt merke til, men nå på andre måter enn før. Å få komplementer på utseendet var en ny erfaring. Informantene forteller slik om opplevelser med å ha en mindre kropp:

Tore opplevde å få flere kommentarer på endringen i hans utseende. Men selv om de fleste kommentarene var positive opplevdes de allikevel som sårende.

«De som jeg kjente før, når jeg treffer dem på nytt igjen, synes jeg ter seg veldig annerledes mot meg. Å herregud jeg kjenner deg ikke igjen og du er så tynn, og du er så fin og så jeg fikk veldig mange tilbakemelding på utseende rett og slett. Og, egentlig skulle man bli glad, men jeg ble trist. Fordi jeg er jo samme person. Dette her har gått så fort at hodet ikke henger med».

På samme måte som Tore opplevde også Ola å få positive tilbakemeldingene som var rettet mot kroppen og ikke personligheten hans.

«Hodet mitt har den gamle meg. Speilet gir den nye meg. Og tilbakemeldinger fra de jeg treffer, de gir jo tilbakemeldinger på den nye meg. Og det er kanskje det og som er litt utfordrende. Det her med å få komplementer og så fin du har blitt! Ja, var jeg ikke det før? Sant, de tilbakemeldingene, så slank og fin du er, ja ... takk ... men ... ok, før var jeg ikke fin ... er det vekten som gjør at jeg er en fin person?».

Ola og Tore syntes det var trist og utfordrende å høre hvordan tilbakemeldingene omhandlet kroppene og ikke personlighetene deres. De ble begge møtt med kommentarer som påpekte at det å ha en mindre kropp er høyere verdsatt. For Ola og Tore var ikke kroppsstørrelsen relevant for deres verdi som personer, men nå opplevde de at omgivelsene gav uttrykk for dette.

Kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse (Merleau-Ponty, 1994). Mennesker ser og møter hverandre som kropper. Gjennom kroppen rettes oppmerksomheten mot verden og endring i utseendet gjør noe med møtet med andre. Andres oppførsel overfor en endrer seg fordi kroppen er forandret. Ola og Tore ble ikke lenger stigmatiserte som overvektige, men ble etter vektreduksjonen inkludert blant de «normale», Jf. Goffman et al. (2009). For dem hadde dette imidlertid en slagside: de opplevde det som at omgivelsene kommuniserte at Ola og Tore nå er blitt fine og at de burde være fornøyde med det, mens de før var stygge.

Selv om det kunne være sårende å få kommentarer på utseendet førte endringene også til positive opplevelser. Tore deler erfaringer fra arbeidslivet.

«Jeg (...) får så mye oppmerksomhet at jeg ikke trenger å ta så mye oppmerksomhet. Før, når jeg var ute med jobben så opplevde jeg ofte at jeg ofte ble sittende på utsiden, nærmest som en satellitt. Men i dag føler jeg meg mer inkludert».

Etter vekttapet opplevde Tore å bli inkludert og få oppmerksomhet uten å måtte jobbe for det. Også Ola opplevde at det åpnet seg nye muligheter med en mindre kropp.

*«Det er masse nye muligheter som åpner seg. Du treffer mer folk, du er mer sosial og aktiv rundt omkring. Det negative er at du får mye **mer** positiv oppmerksomhet (...) blant annet oppmerksomheten fra det motsatte kjønn, og klare å stå imot den. Plutselig blir du attraktiv! (...) også må du klare å styre den positive tilbakemeldingen. Ingenting er som å få en god tilbakemelding og at du er hyggelig, at du er trivelig at du ser bra ut. Også, klare å ... hva skal jeg si tøyte den da? Det er*

en ganske tøff greie (...) det er en av de negative følgene av det her, at du får mer oppmerksomhet, du får mer muligheter».

Ola følte seg attraktiv og han fikk mer oppmerksomhet, på samme måte som Tore som ikke lengre trenger å strebe for å bli sett. Ola syntes imidlertid at det var krevende å være attraktiv for kvinner og han måtte legge bånd på seg og ikke bli revet med, fordi kontrasten fra tidligere var så stor. De opplevde begge paradoksalt nok å bli mer synlige med en mindre kropp, og at folk så på dem som noe annet enn overvektig.

Merleau-Ponty sier det er kroppen som «vet» og «forstår» praktisk/kroppslig kompetanse (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2018). Ved store kroppslige endringer er det ikke gitt at man er i stand til å håndtere omstillingen som kreves. Endring av habituelle væremåter endres vanligvis gradvis gjennom tilpassing og utvikling (Gretland, 2007). Skjer endringene for fort kan det være vanskelig å henge med mentalt i takt med de kroppslige forandringene.

Både Tore og Ola sier noe om at det har vært vanskelig følge med hva de kroppslige forandringene innebærer, siden endringene har skjedd så fort.

Tore: «Dette her har gått så fort at hodet ikke henger med», og Ola: «Hodet mitt har den gamle meg. Speilet gir den nye meg».

Tore opplever at kroppens endringer løper fra hans mentale bilde av seg selv. Ola tenker fortsatt på seg selv som overvektig før han kikker seg i speilet. I fenomenologiske termer er en velfungerende kropp en utematisert kropp (Thornquist, 2018). Kroppen er fraværende fra bevisstheten når alt fungerer som det skal, men blir fokusert og tilstedeværende ved kroppslige endringer eller hindringer, og det kan utvikles et betrakterforhold og en avstand til kroppen. For Tore og Ola har kroppen blitt gjenstand for en ny oppmerksomhet, både av dem selv og andre- både de selv og mennesker rundt dem ser kroppene deres på en ny måte (Leder, 1990; Thornquist, 2018). Plutselige kroppslige endringer kan med andre ord oppfattes som et brudd med den vanemessige kroppen (Toombs, 1988). Menneskets subjektive forståelse av verden som oppleves gjennom selvbilde og tilhørighet, blir forstyrret ved kroppslige endringer og bidrar til en omorganisering av en selv og hvordan man møter

sin verden på (Toombs, 1988), og dette kan være krevende å forholde seg til. I en norsk studie om kroppslige endringer etter fedmeoperasjon (Natvik et al., 2013), forteller en av informantene om hvordan vekttapet førte til økt oppmerksomhet fra omgivelsene. Informanten hadde imidlertid håpet at vekttapet ville føre til mindre oppmerksomhet på kroppen. Vekttapet levde dermed ikke opp til informantens forventninger som var at en mindre kropp ville føre til mindre bry.

Jens opplevde også å få mange tilbakemeldinger etter hvert som han gikk ned i vekt. Mange av kommentarene var positive og Jens har vært særlig opptatt av at vektnedgangen ikke skulle påvirke personlighetens hans.

«Etter operasjonen gikk jeg i butikken og da plutselig kjente de ikke igjen meg. Fordi jeg var blitt så forandra (...) Jeg har sett veldig mange som har tatt en operasjon som blir veldig kjepphøy. De blir sånn «cocky», de tror plutselig er bedre enn deg. De tror at de er guds gave til kvinnen. For nå har de blitt slank og, oh så fin og, så jeg har vært ganske oppmerksom på meg selv da at, du skal ikke forandre personlighet».

Jens erfarte at endring av utseendet og en mindre kropp gav nye muligheter og at han stod ovenfor et valg om hvor langt han skulle gå i utforskingen av dette. Han ble ikke lenger stigmatisert på samme måte som tidligere og en normal vekt førte derfor til større handlingsrom. Det Jens så hadde skjedd med andre etter et stort vekttap likte han ikke - han ville forbli slik han alltid hadde vært.

En mindre kropp medfører at man oppfattes annerledes av omgivelsene, og det medfører også at man oppfatter seg selv på nye måter. Som Gretland (2007) sier er vaner kroppslig kunnskap om hvordan personer kan leve i og mestre sin omverden på. Når kroppen er blitt mindre, blir man annerledes i verden, og en mindre kropp gir nye muligheter og et annet handlingsrom i forhold til seg selv og andre (Merleau-Ponty, 1994). Bourdieus habitusbegrep angir de kroppsligjorte disposisjoner som regulerer vår måte å oppfatte, vurdere og handle på (Bourdieu, 1977). Store kroppslige endringer kan dermed også medføre en usikkerhet omkring sosial deltakelse, og sette forholdet til andre på spill.

4.3. Når forholdet til mat endrer seg

I tillegg til å få tilbakemeldinger på utseendet opplevde informantene at andre kommenterte deres nye spisevaner. Tore forteller om at han har blitt mindre sosial på grunn av dette, at han hele tiden blir påminnet om at han på grunn av operasjonen ikke lenger kan spise det samme som før. Spising interesserer han ikke på samme måte som før og det har ført til at det å holde kontakten med venner er blitt utfordrende. Når han er ute og spiser på restaurant opplever for eksempel å bli møtt med motstand når han ber om barnemeny fordi han ikke orker å spise så mye. Tore:

«Jeg er nok mindre sosial nå enn jeg var før ... en del av de sosiale sammenhengene jeg oppsøkte før var for eksempel når jeg dro på restaurant eller pub med en kammerat og vi satt og koste oss der og spiste. Det har jeg ikke gjort siden jeg ble operert fordi hamburger fungerer ikke for meg i det hele tatt (...) Før var det mye styr rundt mat, jeg gledet meg til middag, jeg har ikke gleda meg til å spise i det hele tatt. (...) jeg har lært meg å kjøpe barnemeny. Men så sier kelneren at, du får jo ikke barnemeny, jo sier jeg. Jeg er operert for kreft, jeg skal ha barnemeny, jeg orker ikke å si at jeg er slankeoperert fordi kreft er veldig sånn, da får du akkurat som du vil (...) Alle har et forhold til kreft».

Tore bruker kreft som unnskyldning for at han i dag ikke klarer å spise den samme mengde mat som folk flest, side kreft utløser sympati på en måte overvekt ikke gjør. Det at Tore ikke kan spise som før ekskluderer han fra en sosial aktivitet som har betydd mye for han tidligere i livet.

Ola forteller også om hvordan hans sosiale liv har blitt mer krevende på grunn av nye spisevaner. For Ola var også mat en sentral og viktig del av hans liv, men som følge av operasjonen har det forandret seg. Ola heller ikke spise normale porsjoner og det plager han når det blir gjort til et tema. Ola:

«Jeg har jo holdt meg vekke fra restauranter og sånn fordi at, ikke fordi jeg ikke føler meg velkommen på en restaurant, men når jeg kommer inn og for eksempel spør om barnemeny, så er det en del restauranter som sier, det er bare for barn opp til tolv

år. (...) som fedmeoperert så får du ikke automatisk kjøpt deg mindre porsjoner. Nå har jeg heldigvis fått meg et sånn medisinsk sertifikat, et kort som viser at jeg spiser ikke noe mer. Og det er jo fort gjort at man velger å trekke seg unna sånne sosiale anledninger, fordi du blir litt lei av spørsmålet ... smakte ikke maten bra? At jeg skal få den hver gang jeg ikke spiser opp maten min, handler ikke om at maten ikke smakte, det handler om at jeg ikke klarer å spise mer! Det er fort gjort hvis du ikke er spesielt sosial fra før å isolere seg fra nettopp sånne settinger, fordi du må svare på det evinnelige spørsmålet. Var ikke maten bra, vil du ha noe annet i stedet?»

Ola har valgt å vise frem et medisinsk sertifikat for å bevise for restaurantansatte at han ikke klarer å spise normale porsjoner. I tillegg kan ikke Ola bestille det han vil, og han unngår å bestille normale porsjoner for da blir det bemerket at han ikke har klart å spise opp all maten han har bestilt.

Også Jens forteller at han blir nødt til å forholde seg til mat på en annen måte. Jens var tidligere glad i mat og alt som måltider innebar, som det sosiale. I dag er mat et tema som et preget av negative følelser da han ikke lengre evner å spise som før. Jens:

«Når du er overvektig så er du jo veldig glad i mat. Plutselig får du ikke til å spise så mye mat. Det ... det er en nedtur. Ser andre som på julaften sitter å goffler ribbe og bare ohh ..., spiser seg god og mett også greier du å spise et bitt lite ribbestykke og halv potet. Ikke sikkert du klarer å spise det en gang».

Jens beskriver hvordan det er å observere hvordan andre hygger seg med mat, men at han er ekskludert fra en felles og samlende sosial aktivitet som han tidligere satte stor pris på.

For informantene er det ikke lett å bli møtt med kommentarer som minner en på at man har mistet noe som både er viktig i sosiale sammenhenger og for en selv personlig. Maten har vært viktig i informantenes liv, både som trøst og kos, og som noe man kan dele med andre. Det oppleves pinlig å måtte bestille fra barnemenyen på en restaurant, særlig når kelneren protesterer. Da er det kanskje ikke så rart at man velger en begrunnelse som man vet blir akseptert, som når Tore bruker *kreft* som grunn til at han ikke kan bestille en normal porsjon.

Generelt virker det som om det er vanskelig for informantene når de møtes med manglende forståelse knyttet til de begrensninger operasjonen medfører.

Connerton og Bourdieu tematiserer begge måltidets sosiale funksjon (Bourdieu, 1984; Connerton, 1989). Å takke nei til for eksempel et festmåltid er å trekke seg unna det sosiale fellesskapet (Bourdieu, 1984; Connerton, 1989). Endring i spisevaner fører til et stort tap for informantene, som en ufrivillig ekskludering fra sosiale sammenhenger hvor mat står i sentrum, som familie- og vennemiddager, fester, festivaler etc. Svenaeus (2000) mener vaneendring kan bidra til en ubalanse hos individet og medfører følelser av «hjempløshet» (Svenaeus, 2000; Warholm et al., 2014). For informantene betyr endringen i spisevaner at de mister en arena for fellesskap og relasjoner.

Mat og måltider har som sagt vært en viktig del av informantenes liv. Etter operasjonen kunne som sagt ikke informantene lengre spise like mye som før. Med det forsvant også noe av funksjonen mat hadde hatt for dem. Tore påpeker at mat for han har virket som en følelsesregulator. Tore:

«Jeg har erstatta mat med trening. I hvert fall i forhold til det å regulere. Hvis man kunne forestille seg, hvis det er rett å si at jeg regulerte følelseslivet mitt med mat før, så kanskje gjør jeg det med trening nå. Det er bare det at det er mer lettvent med mat enn med trening. For det er mer styr å trene enn å spise».

Som erstatning for maten oppsøkte Tore en ny arena for å regulere følelsene sine. Mat kan ha ulike funksjoner og det er kjent at overvekt assosieres med psykiske lidelser hvor mat og spising fungerer følelsesregulerende. Tore sier det slik:

«(...) mat har en funksjon. Og for meg, og jeg vil tro en del andre også, har mat den funksjonen at den er med på å regulere emosjoner fordi man føler velvære med å spise. Er man lei seg og trist så spiser man, man føler seg mer vel når man spiser».

At mat kan fungere som en følelsesregulator eller trøst er allment anerkjent. Informantene opplevde imidlertid også spising og mat som mestringsarena. Tidligere hadde mat en positiv

funksjon for informantene i den forstand at spising opplevdes som en ferdighet. Det å spise ble beskrevet å være deres hjemmebane og var med på å definere dem. Etter operasjonen fikk de erfare hvordan det var å miste noe som var viktig for dem. I tillegg opplever de i dag å hele tiden bli påminnet over tapet; at de ikke klarer å spise som normalt, eller som de ønsker. Ola:

«Jeg klarte jo å spise flest (pizza)stykker. Hvis de andre hadde spist syv, så skulle jeg ta det åttende, for å vinne (...) Eller når vi drakk, hvis de andre drakk fem halvlitere med øl, så skulle jeg ta den sjette».

Ola forteller hvordan han før kunne spise og drikke store mengder og at det var en måte han kunne markere seg og være best i noe. Men etter operasjonen mistet han en viktig ferdighet som var med på å definere han. Med Goffman (2009) kan man si at Olas manglende evne til å spise som normalt medførte et nytt avvik, en ny annerledeshet og Ola ble bærer av et nytt stigma. Olas sosiale identitet ble på denne måten på nytt satt på spill som følge av omgivelsenes reaksjoner på hva han ikke fikk til, men som alle andre «normale» får til å gjøre, Jf. Goffman et al. (2009).

For informantene har vaner knyttet til mat og måltider vært betydningsfullt, og en arena som har bidratt til å bygge sosiale ferdigheter og mestring. Matvaner og måter vi spiser på er knyttet til historie, hvem som har lært oss å spise, bordmanerer og etikette er sånn sett kroppslig kunnskap. Det å spise er også en sosial aktivitet, samt en arena til å signalisere tilhørighet og sosial posisjon. I enkelte kretser vil det å forsyne seg to ganger fremstå som en mangel på selvkontroll, men for Ola handlet det om å være best i noe. Til felles har informantene etter operasjonen opplevd å bli ekskludert fra «festmåltidet», og faller slik utenfor en etablert sosial arena, Jf. Bourdieu (1984).

4.4. En mindre kropp gir nye bevegelsesmuligheter

Når kroppen blir mindre, blir det mulig for informantene å bevege seg på nye måter. De forteller at det er vanskelig for dem å venne seg til en mindre kropp og de nye bevegelsesmulighetene og fornemmelsene den gir. Dette ender også måten de forholder seg til omgivelsene på, dermed forventninger til hva en er i stand til å gjøre. Ola:

«Jeg har aldri kunne sitte med føttene i kryss! Det er ikke bevisst at jeg har gjort det, men det har bare skjedd. Hvis jeg sitter lenge så får jeg vondt i rumpa, fordi jeg kjenner jo benene bak her! Når jeg sitter på harde stoler må jeg skifte posisjon mye mer nå enn jeg gjorde før, jeg må røre meg mer».

Ola oppdaget at han nå kunne sitte med benene i kryss. Det var noe han hadde ønsket han kunne gjøre, men, som overvektig var han bare ikke i stand til å sitte slik. En mindre kropp førte også til at omgivelsene opplevdes annerledes og det var en ny erfaring for Ola at det var smertefullt å sitte for lenge av gangen og at han måtte bevege seg for å unngå ubehaget.

Mindre fett påvirker hvordan kroppen møter omgivelsene med tanke på trykk, berøring etc. Vektnedgangen gjorde at Olas kropp ble mindre i forhold til omgivelsene. Tore forteller at han fortsatt «feilvurderer» sin kroppsstørrelse i forhold til sine omgivelser. I tillegg blir Tores «feilvurderinger» lagt merke til av andre. Tore:

«Jeg er litt på tur enda til å finne meg selv rent sånn kroppslig. I dag var jeg redd for at trinnene på en tretrapp skulle ryke ... men hallo, det var før, så det gjelder ikke lenger (...) jeg har nok ikke kommet helt i sync med min kropp, den jeg har i dag (...) Når jeg parkerer bilen, så klager kona mi over at, hvorfor parkerer du så langt i fra den andre bilen? Nei, fordi jeg må jeg må jo ha plass for å komme meg inn. Men jeg ser jo å at det er utrolig hva jeg kan skvise inn».

Tore bruker et eksempel fra når han skal ut av bilen. Jens forteller noe lignende om at en mindre kropp kan øke bevegelsesfriheten. Jens:

«Jeg får stadig sjokk når jeg skal gå inn mellom bilen og hvor det er veldig smalt, og så går jeg mellom der også ... hey! Hehe, jeg kom meg igjennom den sprekken likevel! Det hadde aldri kommet til å skje før, da måtte jeg finne en annen vei».

Det kan virke som det fortsatt er vanskelig for Jens og Tore å omstille seg til sin nye kropp. Dette blir tydelig for dem gjennom bevegelse, både i forhold til hvordan de opplever

bevegelse innenfra, men også gjennom tilbakemeldinger fra andre og forholdet til omgivelsene.

I et fenomenologisk perspektiv er ikke bevegelse en isolert handling. Kropp og omgivelser har en forholdsmessig relasjon og bevegelse må ses i sammenheng med situasjon og individuelle forhold (Thornquist, 2018). Vi blir kjent med vår kropp og oss selv gjennom dens funksjoner (Gretland, 2007) og, utgangspunktet for bevegelse er forbundet med blant annet vekt og kroppsstørrelse. Selv om kroppen ikke er som et objekt i seg selv betrakter vi kroppene våre gjennom kroppsbilde (body image), som er forestillingen vi har av oss selv, sett fra utsiden (Gallagher, 2005, 2009). Forestillingen informantene har om sin fysiske størrelse blir blant annet skapt gjennom hvordan de ser seg selv i speilet eller på bilder, og hvordan andre ser og beskriver dem (ibid.). Bevegelser som informantene er vant til å gjøre som overvektige er etablert kunnskap og kan knyttes til deres kroppskjema (body schema), som er informasjonen som skapes av kroppens sanseceller og omfatter blant annet orientering av balanse og stillingsinformasjon av hvor armer og ben befinner seg i rommet (Gallagher, 2005, 2009). Kroppskjema styres fra innsiden og påvirker hvordan informantene beveger seg. Man kan ikke ha et feil kroppskjema, men et unøyaktig eller et som ikke fungerer som det skal (ibid.). Jens og Tore klarer ikke å omstille seg til sin nye kropp fordi kroppsskjemaet forblir uforandret til tross for et vekttap. Samtidig blir deres kroppsbilde utfordret når de ser seg selv i speilet eller får høre fra andre at de har blitt tynne. De ser omgivelsene på samme måte som tidligere og fortsetter med å ta hensyn som om de var overvektige. På en måte kan man si vekttapet her medført en forstyrrelse av kroppskjemaets funksjon og dermed deres selvoppfatning.

5. Kroppen som behandlingsobjekt

Denne oppgaven handler om overvektsoperertes erfaringer etter fedmekirurgi. Informantene opplever i tillegg til et vekttap også andre betydningsfulle endringer i livet, etter operasjonen. Oppsummert forteller materialet at informantene har gått fra en etablert og fortrolig overvektig kropp, til en mindre kropp som paradoksalt nok tar mer plass i deres bevissthet enn tidligere. Gjennom tilbakemeldinger har de blitt konfrontert med hvordan venner og kjente så på dem da de var overvektige. De har opplevelser av tap ved at operasjonen har gjort det umulig for dem å delta i sammenhenger og aktiviteter som var viktige for dem og med på å definere dem. Som overvektige har informantene tidligere kjempet mot et stigma på grunn av sitt utseende, men etter operasjonen opplever de fortsatt et stigma, men nå av andre grunner. Endring av vaner og tap av mestringsarenaer har ført til en ny annerledeshet ved at de ikke kan spise som normalt.

Konsekvensene av et vekttap som følger av fedmekirurgi viser seg å være mer komplisert enn vekttapet i seg selv. Formålet med overvektsbehandlingen er i utgangspunktet å bedre helsetilstanden hos overvektige mennesker, men hva som forstås som god helse varierer. Debatten rundt helse og overvekt har lenge vært aktuell. Et nylig eksempel fra 2021 er fra NRK⁷ som viste en serie som skapte kontroverser⁸ rundt påstanden om at overvektige som trives i egen kropp, og som ikke er syke, bør ses på som sunne. Spørsmålet rundt hvem som har definisjonsmakten over hva god helse representerer er interessant å reflektere over siden den overvektige kroppens lave status synliggjør noen tendenser i helsevesenet. Helsevesenet opererer ikke i et vakuum og samfunnsverdier og negative holdninger til overvekt i vår kultur vil også kunne påvirke helsetilbudet. Er det egentlig nødvendig eller forsvarlig å tilby fedmeoperasjon til dem som i utgangspunktet er friske (Aamo et al., 2019).

Kroppsstørrelse er som sagt sterkt forbundet med helse og hva som gjenspeiler god helse varierer mellom ulike sosiale grupper. Kroppen kommuniserer «helsekapitalen» gjennom form, tyngde og sammensetning (Hutson, 2013; Shilling, 1991). Disiplinering av kropp

⁷ Eksempelet er hentet fra NRK-serien «Eit feitt liv?»

⁸ Eksperters kommentarer på programserien «Eit feitt liv» - <https://www.dagbladet.no/kultur/eksperter-reagerer---useriost/73756990>

preger vår tid og ifølge Thornquist (2001) er diskursen rundt ulike kroppssyn ingen ny debatt. Gjennom dietter, trening, yoga, plastisk kirurgi, arbeid med kroppsholdning osv. underlegges kroppen og dens fremtoning ulike kropps- og verdiregimer (Aakvaag, 2008). Populærkulturen formidler utallige eksempler på hvordan kroppen brukes til å formidle budskap og verdier, og hvordan den kan endres gjennom kirurgi og trening (Klingberg, 2017; Strand, 2016). I dag tilbys det behandling til åpenbar sykdom og ingen stiller spørsmål ved hvorfor man velger å operere en person med hjertefeil, lungekreft eller et brukket håndledd. I tillegg til det åpenbare, anbefaler helsevesenet i dag forebyggende helsearbeid som baserer seg på kunnskap om hva som *kan* skje om man ikke gjør noe på et gitt tidspunkt. Et eksempel på slik virksomhet er måten man i dag behandler overvekt på. Overvekt regnes som en risikofaktor for fedme og for «sykelig overvekt», som igjen regnes som en risikofaktor for hjerte- og karsykdommer (WHO, 2020). Slik blir risikoforebygging til en behandlingsstrategi, hvor behandling tilbys dem som i utgangspunktet ikke er syke, men som vurderes å være i risiko for å bli syk. Overvekt og fedme er eksempler på det, hvor man i tilfellet da *ser* syk ut fordi dette utseendet forbindes med dårlig helse. Behandlingsstrategier som dette styres nødvendigvis ikke av sykdomsstatistikk alene, men også av politikk, samfunnsøkonomi og hva som anses å være forsvarlig (Anderssen & Gjernes, 2012). Det er ikke gitt at personer som får tilbud om behandling er syke. Thornquist skriver at denne trenden påvirker helsevesenet, som er med på å bygge opp under en opptatthet av form og fasong, og stimulerer til en opplevelse av kroppen som noe ”utenpå”, som objekt for betraktning og manipulering (Thornquist, 2001). I en helsefaglig kontekst kan det oppstå utfordringer i forhold til autonomispørsmålet, som omhandler pasientens rett til å bestemme over egen kropp (Bahus, 2019). Sånn sett kan det bli vanskelig for helsevesenet å skille mellom nødvendig behandling og ønsket behandling. Et eksempel på det er i hvor stor grad pasienten velger å følge medisinsk autoritet knyttet til sin avhengighet av hjelp. Praktiske hensyn kan for eksempel være avgjørende for pasientens valg av behandlingsmetode, tilgjengelighet til behandlingsstedet, overveielser som kan gå imot faglige anbefalinger. På den andre siden har man påvirkningen fra den profesjonelle og dens autoritative posisjon i kraft av å ha kunnskap og dermed definisjonsmakt (Beauchamp & Childress, 2013). I kjølvannet oppstår det etiske spørsmål og interessekonflikter hos private aktører som er avhengig av å forme seg etter markedets forventninger og ikke nødvendigvis etter hva som regnes som et adekvat behandlingstiltak.

Det er kanskje en naturlig utvikling at medisinen øker sine tilbud i takt med teknologiens fremskritt. Men i de tilfellene der problemer som verken må eller bør behandles, likevel blir behandlet, er det mange som mener at skolemedisinen går vekk fra sitt kjerneområde, som er sykdom, og bidrar til uklare skillelinjer mellom medisinsk relevante og ikke-relevante problemer (Andressen & Gjernes, 2012). Pasientens etterspørsel etter behandling behøver ikke nødvendigvis å ha en medisinsk begrunnelse, men kan kanskje være av en mer estetisk natur. Medisinen har utvidet området sitt fra kun å behandle og forebygge sykdom til også å tilby forbedring av kroppen som estetisk objekt, selv om det i noen tilfeller innebærer at man amputerer friske organer⁹. I tråd med sosiologen Anthony Giddens kan dette ses i sammenheng med at moderne mennesker langt på vei former seg selv gjennom sine valg og beslutninger (Andressen & Gjernes, 2012; Giddens & Schultz Jørgensen, 1996).

Som tidligere nevnt i oppgaven finnes det ulike grunner til at folk velger fedmeoperasjon som behandlingsmetode, i tillegg til at begrunnelsene for hvorfor man velger å behandle, også varierer. Og, som Ola jo sa; hans drøm var å være tynn og se ut som vår tids kroppslige ideal; drømmen handlet ikke om mindre risiko for hjerte- og karsykdommer. Selv om det fedmekirurgi behandler er menneskers vekt, og slik adresserer et symptom og ikke sykdom i seg selv, fungerer behandlingen som et lønlig håp om å gi folk bedre helse. Spørsmålet er om fedmekirurgi i like stor grad løser kanskje et estetisk problem som et helseproblem.

⁹ Rugseth et al., (2015) viser til et debattinnlegg i Dagens Næringsliv av Nylenna M. og Stoltenberg C. (2014). Skal kirurgi slanke de overvektige? <http://www.dn.no/meninger/debatt/2014/10/22/2159/Helse/mer-av-det-samme>.

6. Avslutning

Målet med denne oppgaven har vært å utvikle kunnskap om fedmeoperertes erfaringer i etterkant av en fedmeoperasjon. Gjennom en innfallsvinkel som setter kroppen i sentrum for erfaring og erkjennelse har jeg diskutert intervjuer med tre fedmeopererte. Oppgavens resultater og diskusjon kan oppsummeres slik: «Å være overvektig» handler om hvordan det har vært for informantene å håndtere overvekten. Informantene har opplevelser med å bli mobbet på grunn av størrelsen sin og følt stigmaet som følger av å ha en stor kropp, samt utviklet væremåter for å kompensere for annerledeshet og avvisning. «Når kroppen blir mindre» handler om informantens opplevelse av at en mindre kropp paradoksalt nok fører til mer synlighet og i visse tilfeller til mer bry. De fikk positive tilbakemeldinger rettet mot kroppen og ikke personligheten, noe som antyder at det å ha en mindre kropp er høyere verdsatt. Endret utseendet og en mindre kropp gav nye muligheter i positiv forstand, men medførte også en usikkerhet omkring sosial deltakelse, og i enkelte tilfeller satt forholdet til andre på spill. «Når forholdet til mat endrer seg» handler om hvordan informantene blir nødt til å forholde seg til mat på en annen måte, at de hele tiden bli påminnet over tapet; at de ikke klarer å spise som normalt eller som de ønsker, samt at de møtes med manglende forståelse knyttet til begrensningene operasjonen medfører. Vaner knyttet til mat og måltider har hatt stor betydning for informantene, men de opplever i dag å ekskluderes fra en felles og samlende sosial aktivitet som tidligere var deres hjemmebane og var med på å definere dem. «En mindre kropp gir nye bevegelsesmuligheter» handler at det virker krevende for informantene å omstille seg til sin «nye» kropp, noe som blir tydelig for dem gjennom bevegelse, tilbakemeldinger fra andre og forholdet til omgivelsene. De ser sine kropper i forhold til omgivelsene på samme måte som tidligere og fortsetter å ta hensyn som om de fremdeles var overvektige. Oppsummert virker det som en krevende oppgave for informantene å forholde seg til sin «nye» kropp. Vektnedgangen virker å føre til betydningsfulle og sammensatte endringer i informantenes liv, noe som blir tydelig gjennom endringer av kroppslige vaner, sosialt liv, bevegelsesmuligheter og selvoppfatning.

Selv om dette er en liten studie betyr det ikke at erfaringene fra informantene er lite betydningsfulle. Funnene er et innspill til kompleksiteten i feltet overvekt og fedme, og viser at fedmeoperasjon som behandlingsalternativ kan ha betydelige, kompliserte og noen ganger utilsiktede konsekvenser for den det gjelder. Denne studien samsvarer og bekrefter mye av

hva tidligere litteratur har problematisert, og det er etter min mening behov for mer forskning på området, særlig fra et pasientperspektiv. Det ville for eksempel vært interessant å undersøke om det kan oppstå holdningsendringer blant pasienter som er forespeilet fedmekirurgi, men som får mulighet til å arbeide med kroppslige problemstillinger i terapi, før operasjon. I norsk psykomotorisk fysioterapi kan behandling for eksempel handle om å fremme kroppslige ressurser og knytte fortrolighet til en kropp som kanskje har vært trøblete å forholde seg til. Generelt tror jeg det kan være nyttig om behandling av overvekt og fedme ble mer individuelt tilpasset og mindre opptatt av vekt -og vektreduksjon som fremste behandlingsmål. Individuelle tilbud kan også bidra til å bygge bredere kompetanse og forståelse blant behandlere for at overvekt kan ses på som mer enn sykdom alene, samt at valg av andre behandlingsformer enn kirurgi reduserer sjansen for alvorlige komplikasjoner og irreversible endringer hos pasientene.

Jeg har opplevd arbeidet med denne oppgaven som relevant for min kliniske praksis som fysioterapeut og jeg håper kunnskapen kan bidra til en økt forståelse i møte med fedmeopererte og overvektige.

Referanser:

- Anderssen, J., & Gjernes, T. (2012). Det moderne behandlingssamfunnet. In A. H. Tjora (Ed.), *Helsesosiologi : analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andressen, J., & Gjernes, T. (2012). Det moderne behandlingssamfunnet. In A. H. Tjora (Ed.), *Helsesosiologi : analyser av helse, sykdom og behandling* (pp. 62-78). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bahus, M. K. (2019). Selvbestemmelsesrett. Retrieved from <https://snl.no/selvbestemmelsesrett>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed. ed.). New York: Oxford University Press.
- Bjørneboe, G.-E. (2020). BMI. Retrieved from <https://sml.snl.no/BMI>
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction : a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, P. (1990). *In other words : essays towards a reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels forl.
- Bourdieu, P., Prieur, A., & Ringen, E. (1999). *Meditasjoner*. Oslo: Pax.
- Connerton, P. (1989). *How societies remember*. Cambridge England: Cambridge University Press.
- DagensMedisin.no. (2018). Tar inn psykisk helse i fedmebehandlingen. Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/062/01/tar-inn-psykisk-helse-i-fedmebehandlingen/>
- Engeland, M. A., Bjørge, M. T., Selmer, M. R., & Tverdal, M. A. (2003). Height and Body Mass Index in Relation to Total Mortality. *Epidemiology*, 14(3), 293-299. doi:10.1097/01.EDE.0000047889.30616.73
- Flølo, T., Andersen, J., Kolotkin, R., Aasprang, A., Natvig, G., Hufthammer, K., & Våge, V. (2017). Five-Year Outcomes After Vertical Sleeve Gastrectomy for Severe Obesity: A Prospective Cohort Study. *The Journal of Metabolic Surgery and Allied Care*, 27(8), 1944-1951. doi:10.1007/s11695-017-2605-x
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Clarendon Press.
- Gallagher, S. (2009). Body image and body schema. *The Oxford companion to consciousness*, 117-119.
- Giddens, A., & Schultz Jørgensen, S. (1996). *Modernitet og selvidentitet : selvet og samfundet under sen-moderniteten*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Goffman, E. (1968). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, E., Kristiansen, S., Hviid Jacobsen, M., & Gooseman, B. (2009). *Stigma : om afvigerens sociale identitet* (2. udg. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Groven. (2014). "They think surgery is just a quick fix". *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1). doi:10.3402/qhw.v9.24378
- Groven, & Braithwaite, J. (2016). Happily-ever-after: Personal narratives in weight-loss surgery advertising. *Health Care for Women International*, 37(11), 1221-1238. doi:10.1080/07399332.2015.1094073

- Groven, Engelsrud, G., & Råheim, M. (2012). Living with Bodily Changes after Weight Loss Surgery - Women's Experiences of Food and "Dumping". *Phenomenology & Practice*, 6(1). doi:10.29173/pandpr19853
- Groven, & Hofmann, B. (2015). "Kan slankeoperasjon være noe for deg?" ; en studie av hvordan private klinikker informerer om fedmekirurgi. *Fysioterapeuten*, 82(4), 20-25.
- Guilbert, J. J. (2003). The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life [2]. *Education for Health*, 16(2), 230. doi:10.1080/1357628031000116808
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne : nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*.
- Hofsø, D., Aasheim, E. T., Søvik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R., . . . Hjelmesæth, J. (2011). Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 131(19), 1887-1892. doi:10.4045/tidsskr.10.1463
- Hutson, D. J. (2013). "Your body is your business card": Bodily capital and health authority in the fitness industry. *Social Science & Medicine*, 90, 63-71. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.003
- Klingberg, H. (2017). Hvorfor vil stadig flere norske kvinner ha større rumpe? Retrieved from <https://p3.no/hva-skjer-med-at-stadig-flere-norske-kvinner-vil-ha-storre-rumpe/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2011). *Interview : introduktion til et håndværk* (2. udg. ed.). København: Hans Reitzel.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lange, S. (2016). Nesten alle får bivirkninger etter fedmeoperasjon. Retrieved from <https://forskning.no/slanking-overvekt-diabetes/nesten-alle-far-bivirkninger-etter-fedmeoperasjon/444090>
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lysvold, S., Tomassen, J., & Garfjeld, M. (2018). Skjærer seg til helse. Retrieved from <https://www.nrk.no/nordland/xl/skjaerer-seg-til-helse-1.13922675>
- Maggard, M. A., Shugarman, L., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H., & Livingston, E. (2005). Meta-analysis: Surgical treatment of obesity (vol 142, pg 547, 2005). *Ann. Intern. Med.*, 143(6), 468-468. doi:10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00019
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Natvik, E., Gjengedal, E., & Råheim, M. (2013). Totally Changed, Yet Still the Same: Patients' Lived Experiences 5 Years Beyond Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1202-1214. doi:10.1177/1049732313501888
- NSD. Informasjon til samtykke. Retrieved from http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/
- Psathas, G., & Anderson, T. (1990). The 'practices' of transcription in conversation analysis. 78(1-2), 75-100. doi:doi:10.1515/semi.1990.78.1-2.75
- REK. Etikk om helseforskning. Retrieved from <https://helseforskning.etikkom.no/>
- Rugseth, G., Groven, K. S., & Engelsrud, G. (2015). Nye grep i fedmefeltet. *Fysioterapeuten*, 82(1), 26-27.
- Sandvik, J., Laurenus, A., Näslund, I., Videhult, P., Wiren, M., & Aasheim, E. T. (2018). Nordiske retningslinjer for oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 138(4), 326-327. doi:10.4045/tidsskr.17.1106

- Shilling, C. (1991). Educating the Body: Physical Capital and the Production of Social Inequalities. *Sociology*, 25(4), 653-672. doi:10.1177/0038038591025004006
- Strand, M. (2016). Mange unge menn får aldri nok muskler. Retrieved from <https://forskning.no/menneskekroppen-partner-psykiske-lidelser/mange-unge-menn-far-aldri-nok-muskler/404625>
- Svenaesus, F. (2000). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health : steps towards a philosophy of medical practice* (Vol. vol. 5). Dordrecht: Kluwer.
- Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Thornquist, E. (2001). Kroppssyn og faglige utfordringer i dag. *Fysioterapeuten*, 14/2001.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction : the Sherborne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforl.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Toombs, S. (1988). Illness and the paradigm of lived body. *Theoretical Medicine*, 9(2), 201-226. doi:10.1007/BF00489413
- Warholm, C., Øien, A. M., & Råheim, M. (2014). The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1). doi:10.3402/qhw.v9.22876
- WHO, W. H. O. (2020). Obesity and overweight. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Øverland, S. N., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. F., & Tollånes, M. C. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016). In: Folkehelseinstituttet.
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forl.
- Aamo, A. W., Lind, L. H., Myklebust, A., Stormo, L. K., & Skogli, E. (2019). OVERVEKT OG FEDME I NORGE:OMFANG, UTVIKLING OG SAMFUNNSKOSTNADER. *Menon Economics*, 9. Retrieved from <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

Utadæsjælåpplevelse

*- En kvalitativ studie med henblikk på kroppslige erfaringer før og etter
fedmekirurgi*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å delta i et intervju omhandlende dine kroppslige erfaringer før og etter fedmekirurgi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om personers kroppslige erfaringer tilknyttet fedmeoperasjon.

Forskningsprosjektet gjøres i forbindelse med et masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (psykomotorisk fysioterapi).

Opplysninger fra prosjektet skal ikke brukes til andre formål enn hva dette prosjektet angår, bortsett fra videreformidling av kunnskap som forhåpentligvis kan stimulere til økt interesse, samt inspirere til videre forskning.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Arktiske Universitet (UiT), Institutt for helse- og omsorgsfag.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er ønsket å delta fordi du har gjennomgått en fedmeoperasjon for to år siden eller senere. Du er en av tre som kommer til å delta med samme hensikt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Som deltaker innebærer det deltakelse i et intervju som vil vare i ca. én time. Intervjuet inneholder spørsmål omhandlende personalia, praktiske opplysninger, din sykehistorie og dine kroppslige erfaringer tilknyttet fedmeoperasjon. Hvis aktuelt, skal du også utfylle et spørreskjema i forbindelse med intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Prosjektleder er den eneste som skal behandle personopplysninger om deg. Ved behov vil opplysningene kunne brukes i veiledning tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, her under Norges arktiske universitet (UiT) og veiledning Anne Gretland, Førstelektor, fagansvarlig Masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.
- Vi ønsker å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger om deg. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode eller et fiktivt navn, adskilt fra øvrige data.
- Intervjuet vil bli tatt opp som lydfil via en computer, og vil direkte opplastes til Tjenester for sensitive data (TSD). TSD anvendes for å tilstrebe den sikreste formen for datalagring. Øvrige opplysninger vil bli lagret på en kryptert minnepenn.

Som deltaker vil du trolig kunne gjenkjenne deg selv i publikasjon, ettersom du kjenner din egen historie. Samtidig vil det tilstrebes at, opplysninger om deg fremgå på en slik måte at andre ikke skal kunne gjenkjenne deg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2020. Personopplysninger og opptak fra intervju vil bli slettet ved prosjektslutt. Forekommer det utsettelse av prosjektet vil opplysningene holdes tilgjengelig til prosjektet er avsluttet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT Norges Arktiske Universitet / Institutt for helse og omsorg har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UIT Norges Arktiske Universitet / Institutt for helse og omsorg ved Sondre Tveit Hauan
Mail sondrehaugan@live.no eller telefon 91387636
- Veileder/prosjektansvarlig: Anne Gretland, Førstelektor, fagansvarlig Masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi:
Mail anne.gretland@uit.no eller telefon 90031463

- Vårt personvernombud: Personvernombud ved UiT Norges arktiske universitet
Mail personvernombud@uit.no eller telefon 776 46 322 og 976 915 78
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no)
eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sondre Tveit Hauan

Prosjektansvarlig/Forsker

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Utadæsjælåpplevelse» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i spørreskjema
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (se siste avsnitt under punktet «*Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger*» for mer informasjon)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15/05/2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Utadæsjælåpplevelse

Referansenummer

527130

Registrert

15.07.2019 av Sondre Tveit Hauan - sha318@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Gretland , anne.gretland@uit.no, tlf: 90031463

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Sondre Tveit Hauan, sondrehauan@live.no, tlf: 91387636

Prosjektperiode

01.08.2019 - 15.05.2020

Status

11.11.2019 - Vurdert

NSD Personvern

11.11.2019 09:57

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 527130 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 11.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og seksuelle forhold eller orientering, og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

Vi gjør oppmerksom på at deltaker skal informeres om at det ikke må deles personopplysninger om tredjepersoner.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Tjenester for sensitive data (TSD) er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3: Temaguide

Innledning	<ul style="list-style-type: none"> - Personalia - Alder, diagnose/ikke-diagnose, - Fortelle kort om hva som skal skje i dag - Repetere forhold omhandlende taushetsplikt og anonymitet - Bekreft samtykke fra informant og informer hvordan TSD fungerer. - Evt. Spørsmål?
Tiden før og etter operasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Hva er din umiddelbare tanke når jeg sier ordet fedmeoperasjon? <ul style="list-style-type: none"> o Er det noe spesielt du husker fra tiden som sykelig overvektig? o Hvordan opplevdes tiden for deg før operasjonen? – skoletid, sosialt, jobb og fritid, interesser o Det er flest kvinner som tar et slikt inngrep. Hvordan er det å være mann? o Har du vært flau, følt skam eller hatt lyst til å skjule at du har tatt operasjon? - Hva var din motivasjon for å ta fedmeoperasjon? <ul style="list-style-type: none"> o Ville motivasjonen din vært den samme i dag om du skulle gjort det igjen? - Hva var dine forventninger til operasjon? <ul style="list-style-type: none"> o Har OP levd opp til dine forventninger? o Jeg har hørt at noe angrer, hvordan er det med deg?
Hvordan opplever du deg selv i dag, etter operasjonen?	<ul style="list-style-type: none"> - Ter du deg på samme måte som før? <ul style="list-style-type: none"> o Hva er det som gjør at du o Er du blitt mer oppmerksom på hva og hvordan du gjør ting i hverdagen? o Deltar du mer/mindre i sosiale sammenhenger? Samtaler, oppførsel, tar du større/mindre plass? - Kjenner du deg mer synlig/usynlig? <ul style="list-style-type: none"> o Får du mer eller mindre oppmerksomhet fra – venner, familie, ukjente, helsevesenet o Hvordan føler du andre forholder seg til deg? o Når du ser deg selv uten ifra, (bilder, video og speil ect.) kjenner du deg igjen? - Føler du deg mer hjemme nå? (i din nye kropp) <ul style="list-style-type: none"> o Hva er det som gjør at du o Liker du deg selv bedre i dag (hvis du gjør)? o Føler du at du mestrer hverdagen bedre eller dårligere? <ul style="list-style-type: none"> - Hva er det som gjør det slik?
Endring av vaner	<ul style="list-style-type: none"> - Gjør du ting annerledes som når du handler eller er på resturante, pub, café? Salat vs burger, kake til kaffe, alkohol, klær og ting (bil-elektronikk-møbler ect) - Går, løper, sitter og beveger du annerledes? <ul style="list-style-type: none"> o Er du mer eller mindre fysisk aktiv? Nye/andre aktiviteter?

	<ul style="list-style-type: none"> - Gjør du noe annerledes i morgen/kveldsrutinen? - ser deg selv i speilet, når du pusser tenner, gå på toalettet, dusjer, kler av/på deg <ul style="list-style-type: none"> o Endringer i intime vaner – seksuell aktivitet - Ha du endret aktivitet på sosiale medier? - Tar du bedre vare på deg selv i dag enn før? Sosialt, selvbilde, raushet, (u)vaner knyttet til mat og drikke, annet? - Har du blitt mer streng med seg selv i forhold til mat og drikke innkjøp, kos, søtsaker og alkohol
Nye komplikasjoner	<ul style="list-style-type: none"> - Hadde du smerter før OP? <ul style="list-style-type: none"> o Er det oppstått en smerte etter OP? o Er smerten knyttet til opplevelser som når du gjør enkelte ting, er i sosiale settinger, beveger deg, befinner deg steder ... - Har du slitt eller sliter du med psykiske plager? (angst, depresjon, nedstemthet) – Har det endret seg? <ul style="list-style-type: none"> o Er det kommet nye plager/komplikasjoner til, etter OP? Som dumping, overflødig hud? o Hvordan påvirker de nye utfordringene deg?
Oppsummering og avslutning	<ul style="list-style-type: none"> - Spør etter hensyn, noe informantene behøver akkurat nå <ul style="list-style-type: none"> o Er det noe du vil legge til som vi ikke har snakket om? o Hvordan går det med deg nå? Noe du føler vi bør snakke om? - Takker for intervjuet - Stopper opptak