



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 316

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6240

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 87

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGÅVE

Fedmekirurgiens tunge bakside
The heavy disadvantages of bariatric surgery

316

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24. Mai 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

This essay is based on a young woman called Anna. I met her during one of my practice periods in a surgical clinic where bariatric surgeries, or more common known as weight loss surgeries, was performed. She had been in the category of morbid obesity when first seeking for help. During lifestyle treatment she reduced her own bodyweight with 50%, and I met her as a healthy and lively young woman, who unfortunately had lost a lot of her confidence and belief in her self to the years of obesity, and therefore still chose to go through with the surgery.

This essay reflects upon the treatment of obesity in Norway today. It contains a critical view on the criterias and follow up on the patients, and reflects on how economics, attitudes and communication towards obesity people can affect the treatment.

Innholdsfortegnelse

Innleiing.....	5
Helsefremjande og førebyggjande helsearbeid	6
Møte med Anna.....	8
Overvekt og fedme	9
Faren med fedmen.....	10
Risikofaktorar	11
Korleis driv me førebyggjande mot overvekt i dag?	13
Fedmekirurgi	14
Økonomiske aspekter	16
Haldningar	18
Kommunikasjon – ein nøkkel til endring?	20
Avsluttande tankar	21
Referansar	22

*”Mange leter etter mirakelkurer, men miraklene skjer
når man slutter å tro på dem.”*

Innleiing

Fedme er ein av dei største helsetruslane me ser i verda i dag. I Noreg er heile 58,3% av den vaksne befolkninga overvektig (World Health Organization [WHO], 2018). Statistikken over antall overvektige aukar stadig, og det same gjer antalet fedmeoperasjonar per år.

Gjennomsnittlig opereras det 3000 mennesker pr. år for fedme. Fedmekirurgi er ein effektiv metode mot overvekt og vektrelaterte problem, men behandlinga har også sine baksider med eit mangfald av biverknader og komplikasjonar. Kanskje tydelegare enn nokon gong ser me kor viktig helsefremjande og førebyggjande helsearbeid er.

Til tross for at førebyggjande arbeid er i vinden som aldri før, aukar stadig antalet mennesker med overvekt og fedme, og det er snart ikkje ein einaste krok att i verda som ikkje er ramma av den såkalla fedmeepidemien. Kapasiteten på operasjonsbordene aukar i takt med befolkninga sin KMI, men ein stad på vegen ser det ut til at det førebyggjande arbeidet mot overvekt og fedme har falt av lasset. Tar me indikasjonar på fedme på alvor? Og kvifor gjer vi berre halvhjarta innsats på det førebyggjande arbeidet?

Gjennom praksis i sjukepleiestudie møtte eg fleire pasientar for fedmeoperasjon, og det var fleire ting som fekk meg til å stusse over behandlinga. Kvifor set me ikkje i gong tiltaka før ein har, eller er i stor fare for å utvikle komplikasjonar til fedmen?

Fedmekirurgi skal vere behandlingsmetoden ein nyttar når alt anna er prøvd, men når ein ikkje set i gang behandling før ein har fått kroppsmasseindeks som tilseier at risikoen for komplikasjonar til fedmen er stor, og sjansane for å gjennopnå normal kroppsmasseindeks er minimale, har ein eigentleg gjeve pasientane ein real sjanse til å unngå kirurgi?

Når ein først tilbyr behandling for å redde pasientane, burde det ikkje då tilbys før symptoma har etablert seg og pasientane er blitt så sjuke at dei ikkje ser ein anna utveg? I essayet vil eg argumentera for at det er for seint å setje inn tiltak når pasienten har etablert høgt blodtrykk, aterosklerose og hjartesvikt. Er det ein form for likegyldig mestringsstrategi der ein berre opererer problemet når det er gått for langt?

Fedmekirurgi sånn eg ser det i dag, er problematisk på grunn av manglande førebyggjande arbeid og mangel på sekundærforebygging i etterkant av behandling. Behandlinga er effektiv, men inneber óg betydelig risiko samt fare for komplikasjonar og biverknader. Det førebyggjande arbeidet er prega av likegyldighet, og det same er oppfølginga i etterkant av operasjon. Problematikken er i stor grad prega av val ein tek sjølv, og det er openbart at menneskjer som sliter med overvekt og fedme har behov for god støtte og oppfølging. At kunnskapsauking i befolkninga utgjer størstedelen av det helsefremjande og førebyggjande arbeidet retta mot overvekt er oppsiktsvekkande.

Helsefremjande og førebyggjande helsearbeid

WHO definerer helsefremjing som ein prosess som gjer den enkelte og samfunnet i stand til å bedre bevare si eiga helse. Det leggas vekt på at helsefremjing handlar om å oppnå helse, livskvalitet og velvære. (u.å, Health Promotion avsn. 3). For å forstå korleis ein kan fremje helse til pasientar i eit sjukepleiefagleg perspektiv, kan ein bruke Antonovsky sin teori om salutogenese.

Ordet salutogenese stammar frå de greske ordene salut og genesis, og betyr "helsens opprinnelse". Det defineras av Antonovsky (referert i Lindström & Eriksson, 2015, s. 27) som "bevegelsen i retning av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse". Det inneber at ein alltid vil ha ein eller annan grad av helse, og at den varierer over tid. Salutogen tenkning handlar om å skape helse ved å sjå det friske i individet og styrke vedkommandes ressursar, framfor å fokusere på sjukdomsfaktorar. Antonovsky var opptatt av å finne faktorar i individet som kunne skyve personen mot god helse på kontinuumet, til trass for sjukdom. Eit nøkkelbegrep i salutogen tenkning er "opplevelse av samanheng" (OAS), også kjent som "sence of coherence" (SOC). Det definerast av Antonovsky (1987) slik;

En generell innstilling som sier noe om i hvilken grad man har en gjennomgående, bestandig, men også dynamisk tillit til at (1) stimuli i en indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til å kunne håndtere kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er vel verd å engasjere seg i. (s. 19).

OAS er ein måte å tenke, handle og vere på som skapar meining i livet, og tanken er at ein, med meining, lettare kan oppnå struktur og å finne ressurser. For å oppnå ein sterk OAS må individet inneha tillit til at utfordringane oppleves forståelige, ein må ha ei indre tru på at ein innehar gode nok mestringsressursar til å handtere utfordringane, og ein må vere motivert og sjå meiningen med å møte utfordringen. Antonovsky (1987, s.19) viser til at OAS er ein avgjerande faktor for å forklare individets plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse, og for å kunne bevege seg mot den "sunne" pol. I følge salutogen forskning viser det seg at individer med sterk OAS lever sunnere og meir aktive liv, samt er mindre plaga av sjukdom (Lindström & Eriksson, 2015, s. 59). Ein kan bruke OAS som ein mestringsressurs som hjelper individet å velgje mellom ulike strategier.

Begrepa helsefremjande og sjukdomsførebyggjande heng tett saman. Likevel er det vesentlige ulikheter. Helsefremjing har helse, velvære og livskvalitet som mål, medan sjukdomsførebygging har identifisering av sjukdomsteikn og å hindre, utsetje eller minske konsekvensar av sjukdom (Gammersvik & Larsen, 2012, s.114). Likevel er helsefremjande arbeid i nokre samanhenger såpass nære knytta til sjukdomsførebyggjing, at begrepa kan nyttast synonymt. I dette essayet tenkjer eg det er relevant å omtale begrepa som synonyme, ettersom det helsefremjande arbeidet og det førebyggjande arbeidet i stor grad er omfavna av dei same tiltaka når det omhandlar overvekt og fedme.

Å fremje helse er ein av de fire sentrale funksjonane for sjukepleiere. Historisk sett har helsefremjing alltid vært ein del av sjukepleierfunksjonen, men det siste århundret har fokuset på den behandlende funksjonen vært mye mer framtrødande enn den helsefremjande funksjonen (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 37). Metaforen "helse i livets elv" som er beskrive i Gammersvik og Larsen (2018, s. 14) er eit godt bilete på dei ulike nivåa i helsevesenet. Beskrivelsen går ut på at ein kan sjå for seg ei elv med både stryk og fossar. Ein kan enten stå oppe i stryket og setje opp gjerde og utstyre menneskene med redningsvester for å trygt komme over på andre sida av elva, eller ein kan stå nede ved fossekanten og redde dei som har falt i elva og står i fare for å drukne. Måten me handterer fedmeproblematikken på i dag kan minner meir om det å stå ved fossekanten å plukke opp dei som har falt uti, og i alt for liten grad om å arbeide førebyggjande oppe i stryket.

Overvekt og fedme er eit komplisert og kompleks tema. Gjennom studiet «bachelor i sykepleie» lærer me mangt om sjukdommar, sjukepleierteoriar og praktiske ferdigheitar. Kunnskapen omkring overvekt og fedme opplev eg heller som mager. Korleis skal me då som nyutdanna sjukepleiarar kunne bidra for å forebygje overvekt? Har me eigentleg nok kunnskap om denne problemstillinga til å møte pasientane på ein god måte? Som sjukepleiarar og anna helsepersonell er det viktig å ha kunnskap om dei pasientgruppene ein møter, enten det er på sjukehus, insutisjon, gjennom heimesjukepleie eller i andre samanhengar. I tillegg til dette står det beskrevet i dei yrkesetiske retningslinjene at «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2011. s. 8). Men har me eigentleg den kunnskapen som trengs for å kunne gjere dette?

Møte med Anna

I løpet av mi praksistid ved kirurgisk avdeling møtte eg eit fleirtal av pasientar som enten skulle eller hadde gjennomgått fedmeoperasjon. Fleire av desse gjorde inntrykk og blei bakgrunn for tankar og refleksjonar eg gjorde meg i ettertid. Eit av desse møta var med ei ung kvinne, la oss kalle ho Anna.

Klokka var 08:00, og morgonrapporten var akkurat ferdig. Eg hadde fått ansvar for eit firemannsrom, og ei av sengene tilhørde Anna. Ho skulle komme i avdelinga på morgonen for forberedingane til operasjonen. På veg ut av vaktrommet for å ta det første morgontilsynet møtte eg ei ung kvinne med lyse lokker. Eg vurderte at me var omtrent på same alder. "Hei! Anna heter jeg. Jeg skal inn til operasjon kl. 12, tror jeg. Er jeg komt på riktig sted?". Eg ser på jenta. Bruker nokre sekunder på å forstå samanhengen, for i mine auger såg Anna heilt alminneleg ut, verken større eller mindre. Eg strekkjer ut handa og helse før eg viser ho til rommet og sengja si. "Straks tilbake" seier eg. Inne på vaktrommet huker eg tak i første ledige sjukepleiar- "Du, Anna er her for fedmeoperasjonen, men... kvar er fettet?" spør eg forvirra. Sjukepleiaren drar pusten og sukker før ho forklarar. Anna hadde vore svært overvektig og allereie i starten av 20-åra fått påvist høgt blodtrykk og forhøga verdiar av LDL-kolesterolet. Ved hjelp av livsstilsvegleiing hadde ho redusert kroppsvekta si med 50%, og hadde no ein KMI rett i underkant av 30 kg/m². "Ho meiner ho ikkje kjem til å

klare å halde på vekta på eige hand, så då får ho operasjonen likevel" fortset sjukepleiaren før ho set i gang med dagens gjeremål. Eg tenkjer ikkje så mykje meir over det i augneblinken. Eg tek ein ekstra titt på dei preoperative prosedyrane, går tilbake til Anna og gjev ho den nødvendige informasjon, før eg set i gang med dei preoperative førebuingane. I løpet av føremiddagen tilbringer eg ein del tid saman med Anna. Gjennom samtalane forstår eg at det ligg meir bak hennas avgjersle om å gjennomføre operasjonen enn kva sjukepleiaren formidla til meg. Gjennom mange år med overvekt har Anna mista trua på seg sjølv, og til tross for hennar imponerende resultat av livsstilsendinga, meiner ho sjølv at det må fysiske begrensningar til for å sikre at ho ikkje får tilbakegang. Korleis ho har klart den store vekt nedgangen når ho sjølv meiner at ho ikkje eig sjølvdisiplin, har ho ingen gode svar på. Føremiddagen går, og klokka nærmar seg 12. Eg triller Anna mot operasjonsstova, smiler og ynskjer henne lukka til. Ho smiler tilbake og klapper smått i hendene av glede.

I etterkant av praksis dukker Anna stadig opp i tankane mine. Anna burde ikkje klappe i hendene for ein fedmeoperasjon, ho burde klappe i hendene for seg sjølv. Anna hadde halvvert kroppsvekta si, men hadde likevel ingen tru på seg sjølv. For helsevesenet var det nok at ho innfridde krava til kirurgi ved første møte. I dag er ho ikkje ein gong i kategorien fedme, men opereras likevel. Eg undrar meg over kva for eit problem det eigentleg er me opererer? Er fedmekirurgi blitt ein fedmeindustri, og er overbehandling og ukritisk utveljing ei sanning?

Overvekt og fedme

WHO definerer overvekt ut i frå kropps masseindeks, som er basert på ein person si høgde og vekt. Ein finn kropps masseindeksen ved å benytte seg av regnestykket kg/m^2 .

Kropps masseindeks mellom 25 og 29,9 defineras som overvekt. Fedme defineras som kropps masseindeks over 30, og sjukeleg fedme reknas ved kropps masseindeks over 40, eller over 35 med alvorlege følgesjukdomar (u.å., Body Mass Index: BMI).

På verdsbasis er overvekt og fedme eit stadig aukande problem. Faktisk så stort at det reknas som ein global epidemi- fedmeepidemien. Norge er intet unntak, og Anna er berre ei av mange i rekkene. I følge Folkehelse rapporten frå 2017 har eitt av seks born overvekt eller

fedme, ein av fire ungdommar har overvekt eller fedme, og ein av fire/fem vaksne i 40-45årsalderen har fedme (Folkehelseinstituttet [FHI], 2017). Overvekt i barnealder er forbunde med overvekt og fedme, samt auka sjukelighet og mortalitet i vaksen alder (Lobstein, Baur & Uauy, 2004), noko som er eit tydeleg teikn på at førebyggjande arbeidet er det viktigaste ein kan gjere i kampen mot fedmen. Men kva er det med fett, som er så farleg at me velgjer å foreta risikofylte operasjonar for å bli kvitt det?

Faren med fedmen

Fedme er ei viktig årsak til dårleg helse. Lobke Gierman, postdoktor ved Senter for molekylær Inflammasjonsforskning fortel i NRK-serien Viten og Vilje, at fett inneheld inflammasjonsceller, og at for mykje fett kan føre til ein betennelse i kroppen, som kan trigge enkelte sjukdommar. Ved å redusere kroppsvekta blir inflammasjonsverdien i kroppen lågare, og dermed reduseras risikoen for dei aktuelle sjukdommane (Alvestad, 2018, 11:47)

Årleg dør det ca. 2400 menneske i Noreg der dødsårsaka er knytt til høg kroppsmasseindeks (FHI, 2017). Risikoen for å utvikle følgesjukdommar aukar i takt med kroppsmasseindeksen, og sjansane for å gjenopprette normal kroppsmasseindeks synker jo tyngre ein blir. Lista over moglege følgesjukdommar er lang. Blant dei vanlegaste kan diabetes, hjarte-karsjukdommar og enkelte kreftformar nemnas. Forhøga kolesterol, som Anna hadde fått påvist, er eit tidleg teikn på at ein kan ha begynnande aterosklerose i blodårene, og aller best trives aterosklerosen i arteriene rundt hjartet. Det medfører auka risiko for hjarte-karsjukdommar og kan vise seg som hypertensjon, angina pectoris, og etterkvart som alvorlege tilstander som hjartefarkt og hjerneslag. Fedme og sjukeleg fedme kan også knyttas til redusert trivsel og livskvalitet. (Helsedirektoratet, 2010a).

Men fedme er ikkje berre eit problem for Anna og andre som lider av fedme.

Fedmeproblematikken berører oss alle, på ein eller anna måte. Ein nyleg rapport gjort av Menon Economics (Wasskog, Lind, Myklebust, Stormo, Skogli, 2019, s.31) vert det berekna at dei samla samfunnskostnadane relatert til fedme er så mykje som 68 milliardar kroner. Det er ikkje berekna dei samla helsekostnadane forbunde med overvekt, men sjukdomsbyrda åleine representerer ein samfunnskostnad på over 100 milliarder kroner,

noko som gjer at helseproblemet får plass blant dei mest alvorlege i samfunnet. Studiar viser at overvekt og fedme rammar samfunnet ved at det er årsak til ekstra fråværsdagar på arbeid, ekstra tilfelle av førtidspensjonering og ekstra bruk av helsetenester knytt til overvekt (Statens Institut for Folkesundhet, 2006).

Med dette i bakhovudet burde det altså vere ein god motivasjonsfaktor for heile samfunnet å satse midler på tiltak som kan førebyggje overvekt og fedme, då det viser seg å vere lønsamt i det lange løp for både den overvektige, og samfunnet som heilhet.

Risikofaktorar

Overvektige mennesker har lenge levd med stigmatiserande kommentarar og nedlatande haldningar. Ein må jo berre skjerpe seg, tenkjer mange. Men er det verkeleg så enkelt? Det kan vere mange årsaker til at nettopp Anna vart ramma av overvekt. Kanskje opplevde ho ei traumatisk hending som barn, eller kanskje ho er genetisk disponert for overvekt? I følge Folkehelse rapporten (2017) er det mange faktorar som kan medvirke til at eit menneske utviklar overvekt. Det kan vere psykiske lidelsar, medikamentar, gener og syndromer. Det er også funne samanheng mellom foreldras fødselsvekt og KMI, og barnets. Gammersvik & Larsen (2018, s. 65) hevder at det er statiske samanhenger mellom arbeidslaushet og typar arbeid og sjukdom, klassetilhørigheit og sjukdom, utdanningsnivå og sjukdom. Me er alle utstyrt med ulike forutsetningar for helse. Nokre er fødd nærre fossekanten, mens andre er fødd oppe i stryket. Felles for oss alle er at me må arbeide med dei forutsetningane me er tildelt.

Ein kan ikkje velgje kva fuglar som flyr over eins hovud, men ein kan bestemme kva fuglar som byggjer rede i eins hår” (Kinesisk ordtak)

Det er altså ikkje berre å skjerpe seg, men uansett kva disponerande faktorar ein har, kan ein ikkje utvikle overvekt med mindre omgjevnadane sikrar eller tillater at ein inntek meir energi enn kva ein forbrukar (Buhl, 1996, s. 77). Mennesker som har møtt fleire tøffe utfordringar i livet er ekstra sårbare for å utvikle overvekt, noko ein kan sjå i i lys av salutogen tenkning og svekka OAS. Om ein for eksempel har vore utsatt for traumer, vald, overgrep eller har

psykiske lidelsar, har ein større tendens til å kunne utvikle overvekt. Det er også naturleg ettersom det er kjent at mennesker bruker mat som erstatning, for eksempel når ein føler på kjensler som tristhet, tomhet eller sinne. (Buhl, 1996, s. 35). Det er også funne nokre gener som er direkte knytt til overvekt. Desse genene er alle deltakarar i appetittreguleringa, og tilstanden kallas monogen fedme. I tillegg er det ei rekke syndrom der overvekt er ein del av kjenneteikna. (FHI, 2017)

Anna fortel at mange år med overvekt har gjort at ho mista trua på seg sjølv, og at ho derfor meiner at kirurgi er siste utveg for ho. Kvifor aksepterer me at pasientene knytter sjølvfølelsen direkte og utelukkande opp mot kroppsmasseindeksen? Handlar ikkje sjølvfølelse om ein større heilhet, og korleis ein tenkjer om seg sjølv? Er det dei generelle haldningane i samfunnet me lar oss påverke av? Buhl (1996, s.63) hevder at dei fleste blir psykisk påverka av sjukeleg fedme, men nokre har eit uproblematisk forhold til det og let ikkje vekta påvirke deira sjølvfølelse. Desse har som regel betre helse enn dei som let vekta påverke sjølvfølelsen. I desse tilfella er det derfor viktig at ein ikkje legg for mange føringar for pasienten, då det kan skyve dei mot uhelse på kontinuumet.

Begynner ein i feil ende når me vel å ty til kirurgi? Kunne me oppnådd gode resultat om me fokuserte meir på individet som ein heilhet og fokuserte på det friske, i staden for å kun problematisere kroppsmasseindeksen?

Det ser ut til at me har relativt mykje kunnskap om farane med overvekt, samt kven som blir ramma av overvekt. Likevel står me meir eller mindre å ser på mens pasientande flyt med straumen nedover elva, medan me set store mengdar ressursar i beredskap rett ovanfor fossekannten. Eg undrar meg over kva som er årsakene til at dette har blitt vår handlingsstrategi.

Med tydelege samanhenger mellom overvekt i barnealder og overvekt i vaksen alder, undrar eg meg over kvifor befolkninga stadig blir tyngre og feitare. Tar me ikkje indikasjonane på fedme på alvor? Moglegheitane for å forebygge overvekt i vaksen alder, er aller størst i barnealder, så kva gjer me eigentleg i dag for å forebyggje overvekt?

Korleis driv me førebyggjande mot overvekt i dag?

I dei nasjonale retningslinjene for måling og vewing i helsestasjon- og skulehelsetenesta blir det anbefalt å vege barnet fleire gonger i fyrste og andre leveår, deretter ved 4 år og i 3.klasse og 8.klasse. I vidaregåande skule er det ingen faste kontroller. Ved iso-KMI over 25, kan det tyde på utvikling av overvekt og det anbefales å måle barnet på nytt etter 3-6 månader. Ved iso-KMI over 30 er det vanlegvis ein tydeleg indikasjon på betydeleg overvekt, og tiltak skal vurderas. I praksistida opplevde eg at både helsesøster og foreldre bagatelliserte barnas overvekt, kalla det kvalpefett og rekna med det ville normalisere seg med tida. Ingen snakk om vidare oppfølging, og ingen snakk om små tiltak for å bremse utviklinga. Den siste tidsbestemte anbefalte vewinga, i 8.klasse er akkurat i alderen der overvekt ofte begynner å utvikle seg (Helsedirektoratet, 2010b). Kvifor er me så opptatt av vekta før denne alderen, om me ikkje lenger har tenkt å bry oss når det verkeleg viser seg å kunne bli eit problem?

Som barn gleda eg meg til å bli vaksen, for då kunne eg kjøpe meg sjokolade akkurat når eg hadde lyst på det. Som vaksen skulle eg ynskje eg ikkje alltid hadde moglegheiten. Det var mykje lettare då mamma sa nei. Prøv å tenkje tilbake til di eiga ungdomstid. Endeleg ungdomsskuleelev, og eit nytt kapittel i livet har starta. Puberteten er i anmarsj og kjenslene byrjer å spire fram. Du har akkurat begynt å få bryster, og hoftene har fått nokre ekstra gram. I hovudet svirrar det kjensler ein aldri før har kjent på. Usikkerhet, spenning, forelskelse. Helsesøster kaller inn til vewing, men det er det siste du vil. Du har nok å forhalde deg til, om du ikkje skal bekymre deg for vekta også. Vewing i skulehelsetenesta er berre anbefalingar, og dermed også frivillig. Helsesøster forstår deg, så ho nemner ikkje eingong vewinga. Også helsesyster synes det er eit ubehagelig tema å ta opp.

Overvekt er eit tabubelagt og sårt tema for mange. Å oppsøkje hjelp er ikkje alltid like enkelt. Kanskje det er så ubehageleg å søke hjelp, at ein ikkje tørr å gjere det før ein ikkje lenger har noko val? Når ein er blitt så tung at det påverker arbeidsliv og daglegdagse aktivitetar, og vekta verkeleg er blitt ein trussel for eit normalt liv? Jo høgare kroppsmasseindeksen er blitt, jo mindre sjansar har ein for å oppnå normal kroppsmasseindeks igjen. Ein prøvar å ete mindre, trene meir, men kroppen krigar og tviheldt på alt den har. Kroppen har tilvendt seg

dei gode fettlagra, og går rett i forsvarsmodus når ein gjer noko for å ta det frå den. Siste utveg blir fedmeoperasjon. Når me ser tilbake på det førebyggjande arbeidet, har me eigentleg tatt indikasjonar på fedme alvorleg? Har me gitt pasientane ideelle moglegheiter til å snu før det var for seint?

Det er blitt skriva mange flotte ord og tilsynelatande gjennomtenkte løysingar for å bekjempe fedmeproblematikken. Gjennomgåande tema i desse dokumenta er kunnskapsauke i befolkninga. Ironien i å auke kunnskapen ved å nøkkelmerke sunnare alternativer samtidig som ein stadig godkjenner produksjon av ferdigprodukter med høgt sukker- og fettinnhald er for meg stor. Feit mat gjer at dopamin skilles ut frå hjernen, og gjev oss ei god kjensle. Gode kjensler likar me, så me gjentek inntaket. Etterkvart er det ikkje berre gode kjensler, men også gode kilo som følgjer med. Dei gode kjenslene forsvinn kanskje, men behovet er der likevel, så me fortset å ete den same feite maten. Me veit at det ikkje er bra for kroppen, men kroppen skrik etter det, og det er vanskeleg å stå imot. Trur me verkeleg mangel på kunnskap er rota til fedmeproblemet?

I boka "Helsefremmende sykepleie" (Gammersvik & Larsen, 2018, s.37) nevnas helsas paradoks. Dess betre behandlingar og meir teknologi, dess verre viser folks sjølvopplevde helse seg å være, tyder det på i levekårsundersøkelsene de siste tiårene. I en kronikk fra Tidsskriftet "Den norske legeforening" hevder også Roksund og kollegaer (2016) at helsevesenets ressurser og teknologi gjev gode mogelegheit for behandling og forebygging av sykdom, men at ved feil bruk kan dette føre til sjukdom og redusert livskvalitet. (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 37). Kan det være tilfelle at fedmebehandlingen blir så god at ein ikke lenger tar det forebyggende arbeidet på alvor?

Fedmekirurgi

Fedmekirurgi er ein behandlingsmetode mot sjukeleg fedme, dersom alt anna er prøvd utan resultat. Kort forklart endrar kirurgien fordøyelsessystemets funksjon, ved å redusere magesekkens størrelse og eventuelt "koble av" delar av tynntarmen. På den måten blir evnen til matinntak redusert, og opptaket av mat frå mage/tarm reduseras, noko som fører til vektreduksjon. Operasjonen vil derimot ikkje gje varig vekttap dersom ein ikkje gjer om på

kosthald og livsstil, men ein vil få tydelege signaler dersom ein et for store porsjoner. Heile 30% går mykje opp igjen i vekt etter operasjon (Oslo Universitetssykehus, 2016). Anna hadde på eigehand redusert kroppsvekta si betraktelig, og hadde i hovudsak berre det vedlikehaldande arbeidet igjen. Anna seier sjølv at ho ikkje har tru på å klare det utan kirurgi, men kva signal sender ein om ein godtar dette som grunn til å få gjennomføre operasjonen? Kva skal Anna gjere om 2 år, når operasjonen har gjeve den kickstarten den er meint å vere, og ho igjen må fortsette arbeidet på eigehand? Kva om me hadde arbeida i tråd med Antonovsky sin teori om salutogenese, og sett det friske i Anna. Kunne me då hjelpe Anna til ein sterkare OAS og med det hjelpe ho til å finne meining i å leve på ein meir helsefremjande måte?

I 2017 var det registrert 2258 operasjonar (Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi, 2018,s 16). I følge prioriteringsveiledaren for sjukeleg fedme har ein rett på nødvendig helsehjelp dersom ein, som vaksen over 18 år, har kroppsmasseindeks større eller lik 40, eller kroppsmasseindeks større eller lik 35 med komplikasjonar relatert til fedme (Helsedirektoratet, 2015). I spesialisthelsetenesta blir ein utreda og ulike behandlingsmetoder vurderas. I Norge har ein nasjonale føringar på kven som kan tilbys fedmekirurgi. I tillegg til dei same kriteria til kroppsmasseindeks som er nemnt ovanfor, er det også ein heil del andre vurderingar som blir gjort. Deriblant vekthistorikk, arv, blodprøver, klinisk undersøkelse, psykiske vurderingar m.m., men å ta ein totalvurdering er ei oppgåve for spesialistane (Helsedirektoratet, 2010a). I ein kohortstudie av Fildes, A.et al. (2015) studerte ein vektendring i ei stor gruppe pasienter i engelske allmennpraksiser. Det blei funne at det var svært vanskeleg for ein med fedme å oppnå normal kroppsvekt. Denne sannsynligheten viste seg å vere lavare dess høgare kroppsmasseindeks deltakaren hadde i utgangspunktet var. Av dei med fedme var sannsynligheiten for å oppnå normal kroppsvekt kun 1 av 210 for menn og 1 av 124 for kvinner, og blant dei med sjukeleg fedme var sannsynligheiten kun 1 av 1290 for menn og 1 av 677 for kvinner. Kvifor tilbyr ein då ikkje behandling før pasientane er blitt så tunge at sjansane for vellykka vektnedgang er minimale?

For mange kan fedmeoperasjon høyrer ut som ei lettvingt løysing, men einkvar operasjon medfører risikoar, og blant fedmeoperasjonane er det 10-20% av pasientane som

gjennomgår biverknader eller komplikasjonar i etterkant. Det kan blant anna vere anastomoselekkasje, blødningar, reoperasjon og sårinfeksjon m.m. (Maggard MA, et.al, 2005). I tillegg er overvektige spesielt utsatt for komplikasjonar som sårinfeksjoner, blødningar, lungebetennelse og blodpropp, nettopp på grunn av overvekta. (O'Brien, et. al, 2013). Kvifor tilbys det ei behandling som er meir risikofyllt jo høgare kroppsmasseindeks ein har, og samtidig set kriterier til høge verdiar av kroppsmasseindeks, for å få behandlinga?

Kvifor fekk ikkje Anna hjelp før ho hadde utvikla høgt blodtrykk og høgt kolesterol? Fedmekirurgi er ein effektiv behandling for rask vektneidgang, men det er ingen mirakelkur, og kroppen har alt fått kjenne på fedmens påkjenningar, det blir ein ikkje kvitt. Kvifor set me ikkje i gang tiltaka mens det fortsatt er gode sjansar for å gjennopnå normal kroppsvekt? Når me skal redde menneske frå fedmen, kvifor venter me då til dei alt er blitt sjuke?

Også i etterkant av ein fedmeoperasjon kan ein undre seg over kvifor oppfølginga er lagt opp slik den er. I etterkant av operasjonen skal ein fylgjas opp i 2 år av spesialisthelsetenesta. Deretter venter årlege konsultasjonar med fastlegen (Helsedirektoratet, 2010a). Dei første 1-2 åra etter operasjon har samtlege pasientar vektneidgang (Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi, 2018). Kvar er samanhengen med å avslutte den spesialiserte oppfølginga i det kritiske augneblinket der pasientane igjen står i fare for vektauke? Sekundærforebygging er viktig for at pasientane skal klare å oppretthalde vekta dei har oppnådd etter operasjonen. Kvifor tek ikkje helsevesenet ansvar for pasientane når dei treng det som mest?

Økonomiske aspekter

Økonomi er ein viktig del av drivkrafta i samfunnet vårt, og enten me liker det eller ikkje gjeldt det også i helsesektoren. Sjukehusa må tjene pengar, og då må naturlegvis også dei lønnsame pasientane prioriteras. Det er fleire aspekter rundt fedmekirurgi eg ikkje ser logiske forklaringar på, og kanskje forklaringane ikkje alltid ligg i kva som er det beste for pasienten, men styras av budsjett?

Med tanke på at slankeindustrien, der både farmasøytiske industrier, slankeklubber, kostholdseksperter, magasiner, næringsmiddelindustrien og reklamevirksomheter er inkludert, alltid har vore ein driftig virksomheit og i dag er enda større utbreid enn før (Buhl, 1996, s. 89), er det påfallande å tenkje at økonomiske interesser også kan regjere i fedmekirurgien

Blant dei om lag 3000 pasientane som vert opererte årleg i Noreg, vert 1/3 av operasjonane gjennomførte på private sjukehus. I årsrapporten frå 2017 i kvalitetregisteret for fedmekirurgi (2018) er det fire sjukehus som skil seg ut i oversikta over gjennomsnittleg kroppsmasseindeks ved operasjon. Og kva viser det seg? Jo, at alle desse fire sjukehusa er private. For dei fire private sjukehusa er gjennomsnittleg kroppsmasseindeks ved operasjon betraktelig mindre enn ved dei offentlege, med ein variasjon mellom 37,6-38,4. Ved dei offentlege sjukehusa som er registrert, ligg verdiane mellom 40,4-44,3, med hovedyngda mellom 42,5-44,3 (Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi, 2018, s.11). Eg er ikkje ute etter å kritisere at pasientane får hjelp på eit tidlegare stadie, men er nysgjerrig på betydninga av den store forskjellen mellom private og offentlege sjukehus. Private sjukehus får ikkje refusjon for å behandla pasientar på samme måte som dei offentlege sjukehusa får. Dermed må dei private tilpasse seg etterspørsla i befolkninga. At dei private sjukehusa tilbyr denne behandlinga kan peike på at fedmekirurgi er blant dei lønnsame pasientane. Det kan også vere andre årsaker til at dei private opererer ved lavare kroppsmasseindeks. Kanskje det opplevas lettare for pasientane å gå direkte til ein spesialist i fedmeklinikk, enn å gå via fastlege og spesialisthelsetenesta grunna ubehaget og skammen mange kjenner på med å oppsøke hjelp for slike tabubelagte tema? Kanskje dei på denne måten føler dei går litt under radaren?

Eit anna oppsiktsvekkande funn i årsrapporten for fedmekirurgi (Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi, 2018, s.7), var at heile 77% av pasientane som opereras er kvinner. Til tross for at kvinner utgjer størsteparten av fedmeoperasjonane, viser tal frå FHI at fordelinga av fedme i befolkninga slett ikkje er sånn som operasjonstala førespeiler. Blant middelaldrande mennesker, som er i aldersgruppa der flest operasjonar utførast, har faktisk 1 av 4 menn fedme, og 1 av 5 kvinner (FHI, 2017). Beveger me oss vidare til sjukeleg fedme, har kvinnene

tatt igjen mennene. Uansett, operasjonstala gjenspeiler ikkje tilstandene i befolkninga, og kvifor er det slik? Kan svaret ligge i historia og haldningar?

Haldningar

Historia om Anna fekk meg til å tenkje på mange ting. Ein av dei tinga var haldningar blant helsepersonell. Korleis kunne legen med godt samvit operere eit friskt organ, på eit frisk menneske som hadde vist friskt pågangsmot? Kva har haldningar å seie for behandlingen av pasientane?

Haldningar defineras av Kaufman (referert i Ekeland, Iversen, Nordhelle & Ohnstad, 2010) som "En relativt vedvarende måte å organisere våre tanker, følelser og handlinger på". Haldningar påverkas frå mange hold, blant anna av foreldre, kultur, medier og venner. Dette fører til at me danner oss meiningar og holdningar ovenfor ulike temaer (s. 231). Dei som strever med overvekt og fedme får ofte høyre at dei har dårleg viljestyrke eller ikkje er motiverte nok. Etterkvart kan desse tankane aksepteras av individet som ei sanning. Lav sjølvfølelse og overvekt kan forsterke kvarandre. Mange har likevel ei førestilling om at usikkerheten og nedstemtheten skyldas overvekten, og at det vil forsvinne dersom berre kiloane forsvinn. I tillegg eksisterer det ein forestilling om at overvektige menneske har felles trekk- "overvekts-personlighet", og både pasientar, behandlarar og befolkninga generelt innehar denne oppfatninga (Buhl, 1996, s.101)

Ein studie frå USA gjort med 400 klinikere som arbeidde spesialisert mot fedmeproblematikken, viser at helsepersonell har stigmatiserande haldningar mot pasientane, og tankar om at "dei må berre skjerpe seg" er utbredt (Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair & Billington, 2012). Det er ikkje foretatt lignande forskning i Noreg for å avdekke holdningar rundt pasientar med overvekt og fedme, men studien frå USA kan likevel vere ein god indikasjon på kva haldningar ein finn også her til lands.

Det finnes forskning og teorigrunnlag for å hevde at holdningar påverkar handlinger. (Bohner og Dickel, 2010, s. 408) Dersom behandlar sit med ei oppfatning av at overvekten skyldas at ein ikke skjerper seg, kvar skal pasienten da finne håp og motivasjon? Kirurgi skal vere

behandlingen ein nyttar dersom gjentatte forsøk på vektnedgang på ulike måtar ikkje har lykkas, men dersom behandler allerede sitter med en håpløshet ovenfor pasienten, kor mykje er då egentlig forsøkt før ein gjev etter for kirurgi?

Ettersom statistikken viser at kvinner i større grad enn menn vel å foreta fedmeoperasjon, er dei psykologiske konsekvensane overvekt og fedme har for menn i forhold til kvinner også interessante. For overvekt hos kvinner er langt mindre helseskadeleg enn kva overvekt blant menn er, blant anna på grunn av den ulike vektfordelingen på kroppen. Hos menn legger kiloene seg ofte på magen, og ein får større midjemål. Hos kvinner legger det seg derimot ofte på hofter og overarmer. Likevel viser den psykologiske belastningen av overvekt seg å vere mykje større blant kvinner. Hos menn er pondusmage forbundet med at ein er lykkeleg, livsnyttar og har god råd, mens kvinners overvekt møtast med bekymring (Buhl, 1996, s. 78). Buhl (1996, s. 78) hevder at samfunnets negative holdning ovenfor overvektige kvinner etterkvart kan svekke kvinns sjølvtilitt og påverke arbeidslivet og sosiale relasjonar. Det kan påverke sjølvfølelsen og føre til at ein mister trua på seg sjølv, og ein kan letteare gje opp håpet om å klare å gå ned i vekt. Studier viser at svært mange overvektige opplever ubehagelige kommentarar om kroppen sin og vekta, i stor grad også fra helsepersonell (Puhl, 2012). I mange tilfeller er dette ei medvirkande årsak til at pasienten ikkje gjennomfører rutinemessige undersøkingar som screening for brystkreft, nettopp i frykt for kommentarar frå helsepersonellet. Olson (1994) har funne at overvektige kvinner oftare avbestiller timen hos fastlegen, dersom veving inngår. Det kjem også fram at pasientane vegrar seg for å ta kontakt med helsepersonell for si vektproblematikk fordi dei enten har opplevd eller er redd for å bli behandla dårleg og å oppleve å bli stigmatisert (Puhl, 2012).

Haldningane både i pasienten sjølv, blant helsepersonell og i samfunnet generelt kan altså ha stor påverking for kva for behandling pasientane får, eller tar i mot. Vi veit at overvekt og fedme kan ha psykologisk påverknad på pasientane, samt stigmatiserande haldningar dei møter frå andre. Dette kan resultere i at pasientane har, på grunn av motstanden ein kjenner på, lågare OAS og dermed ikkje finn håp i seg sjølv til å gjere dei tiltaka som skal til for å få til ein vektreduksjon. Då er det viktig at helsepersonell innehar haldningar og formidlar håp på ein overbevisande måte. Kirurgi skal vere siste utveg, men når vi veit at det fort kan føles slik for pasientane, og at helsepersonell også ser på pasientane som

”håplause”, har vi reelt sett gitt pasientane moglegheit til å velje noko anna? Dersom studiene som avslører ekspertanes haldningar ovanfor pasientgruppa stemmer, og dei verkeleg meiner at desse menneskene berre burde skjerpe seg, kvifor i alle dagar går dei då med på å sende pasientane gjennom risikofylte operasjonar? Opererer vi også håp inn i folk, no i moderne tid?

Negative haldningar kan skade relasjonen mellom mennesker. Overvektige kan ofte oppleve å bli bekrefta som annerledes, i staden for å bli positivt bekrefta. ”Å bli utsatt for negative haldningar oppleves på det individuelle plan som mangel på bekreftelse, og på det sosiale plan som usynliggjøring...” (Ekeland, et.al, 2010, s. 240). Når ein pasient føler seg usynliggjort kan dette medvirke til at pasienten tilbakeheld helseopplysningar- helseopplysninger som kan vere viktig for å utføre forsvarleg helsehjelp.

Kommunikasjon – ein nøkkel til endring?

Sjukepleiara utgjør ei stor andel av norsk helsepersonell, og me kan møte pasientgruppa i både sjukehus, institusjon, heimesjukepleie og andre samanhenger. Då er det viktig at me både har haldningar og kunnskap på stell for å møte pasientane på ein god måte.

Profesjonell kommunikasjon handlar om korleis me som helsepersonell kommuniserar med pasientar ut i frå vår yrkesrolle. I kommunikasjonen bør den faglege kompetansen komme til syne, og opplevast som hjelpande. Den skal vere pasientretta, og er ifølgje Eide og Eide (2007, s. 18-20) begrunna med verdiar som likeverd, hensyn til pasientens beste og rett til sjølvbestemmelse. Pasientretta kommunikasjon består av fire viktige element. Pasienten sitt perspektiv må komme tydeleg fram, pasientens psykososiale kontekst må forstås, det skal nås fram til ei felles forståing i overensstemmelse med pasientens verdiar, og ein skal hjelpe pasienten å bevare og utøve kontroll der det lar seg gjere (Eide og Eide, 2007, s. 20). Det vil seie at når me kommuniserar med pasientar angåande deira overvekt- eller fedmeproblem, må pasientane få fortelje om deira perspektiv og me må forsøke å forstå deira tanker. For å forstå pasienten og hjelpe dei til gode beslutningar, er gode kommunikasjonsevner viktig.

Ein samtaleteknikk som kan vere aktuell i møte med denne pasientgruppa, er motiverande intervju. Hovudfokus i motiverande intervju er å hjelpe pasienten til å endre atferd ved å hente fram pasientens eigne verdiar, ressursar og evner gjennom samtale. For at pasienten skal vere motivert til å ville gjere endring, må pasienten først og framst ha tru på sine eigne evner til å kunne oppnå det. Ved å stille åpne spørsmål, reflektere og oppsummere det pasienten seier, kan ein skape den støtta pasienten trenger (Helsedirektoratet, 2015).

Avsluttande tankar

Arbeidet med essayet har bekrefta mine skeptiske tanker rundt fedmekirurgien, og eg er heilt sikker på at me må hanskas med fedmeepidemien på ei anna måte enn dagens strategi. Om haldningsendring og kommunikasjonsevner er svaret, det veit eg ikkje. Men at det vil vere eit positivt bidrag? - det er eg sikker på.

Ettersom over halvparten av befolkninga i Noreg er overvektige i dag, er dette ei pasientgruppe ein kan møte kvar som helst. Både menn og kvinner, unge og eldre. Sjukepleiaren kan ikkje direkte avgjere kven som skal utføre fedmeoperasjon og ikkje, men dersom det stemmer at haldningar og sjølvfølelse spelar ei viktig rolle i korleis pasientane oppfattar si eiga evne til å lykkas med vekt nedgang, kan sjukepleiaren arbeide førebyggjande på mange arena.

I dei yrkesetiske retningslinjene står det at "Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom" (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Vidare seier de yrkesetiske retningslinjene (2011) at sjukepleiarar skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasientane. Sjukepleiaren har altså rolle som hjelper- ikkje berre med dei fysiske plagene og sjukdom, men også med psykososiale problemar, samt å fremme mestring. Kanskje kunnskap om korleis språkbruk opplevast kan senke terskelen for å tematisere kroppsvekt på eit tidlegare tidspunkt, og dermed kanskje gjere førebyggjing meir effektivt?

Referansar

Alvestad, P.O. (Programleder). (2018, 12.april). Viten og vilje: Fedmekirurgiens bakside [TV-program]. Henta frå <https://tv.nrk.no/serie/viten-og-vilje/2018/DMTV23002118/avspiller>

Antonovsky, A. (1987) *Unravelig the Mystery og Health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bohner, G. og Dickel, N. (2010) Attitudes and attitude changes. *The annual review and psychology*. Henta 12.05.2019 frå <http://www.soc.ucsb.edu/faculty/friedkin/Syllabi/Soc147/Week1OptReading.pdf>

Buhl, C. (1996). *Overvekt og slanking: psykologisk forståelse og behandling av overvekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eide, H., Eide, T., Eide, E. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T.J. Iversen, O. Nordhelle, G. og Ohnstad, A. (2010) *Psykologi for sosial- og helsefagene*. Oslo: Cappelen Damm AS

Folkehelseinstituttet (2017, 4.oktober). Overvekt og fedme i Norge. Henta frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/#helserisiko-knytt-til-fedme>.

Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlag.

Helsedirektoratet (2010a). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne* (IS-1735). Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme>

Helsedirektoratet (2010b). *Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (IS-1736). Henta frå

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme>

Helsedirektoratet (2015, 29.september). Prioriteringsveileder- sykkelig overvekt. Henta 28.april 2019 frå <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/sykkelig-overvekt/tilstander-for-sykkelig-overvekt/sykkelig-overvekt-voksne>

Lindström, Bengt & Eriksson, Monica (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal.

Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. I IASO International Obesity Task Force, *PubMed*. Henta frå

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15096099>

Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, et al. (2005) Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *PubMed*. Hentet fra

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15809466>

Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (2018, 20.september) *Årsrapport for 2017 med plan for forbedringstiltak*. Henta frå <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/575/resultater>

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Nr 1. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Olson, C.L., Schumaker, H.D, Yawn, B. (1994). Overweight women delay medical care.

PubMed. Henta frå <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8000560>

Puhl, Rebecca M. (2012) The stigma of Obesity: A Review and Update. *PubMed*. Hentet fra

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2008.636>

BSS9, 316, 24.05.2019

O'Brien, PE., MacDonald, L., Anderson, M., Brennan, L., Brown, WA. (2013) Long-term outcomes after bariatric surgery: fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature. I *PubMed*. Henta frå

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235396>

Roksund, G., Brodersen, J., Johnson, G.E., Hjörleifsson, S., Laudal, M., og Swensen, E. (2016). Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136 (), s. 1903-5. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0572.

Statens Institut for Folkesundhet (2006). Risikofaktorer og folkesundhet i Danmark (ISBN: 87-7899-104-8). Henta frå <file:///Users/stitha/Downloads/Risikofaktorer.pdf>

Senter for sykkelig overvekt, Oslo Universitetssykehus (2016). *Informasjon til deg som ønsker operasjon for sykkelig overvekt*. Henta frå <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-avdeling/Documents/Brosjyre%20for%20SSO.pdf>

Wasskog, A., Lind, L.H., Myklebust, A., Stormo, K., Skogli, E. (2019) Overvekt og fedme i Norge: omfang, utvikling og samfunnskostnader (MENON-publikasjon nr.9/2019) Henta frå <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>

World Health Organization (u.å). The Ottawa Charter for Health Promotion. Henta frå <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization. (u.å). Body mass index – BMI. Henta frå <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

World Health Organization (2018, 31.januar). Age-standardized prevalence of overweight (defined as BMI = 25 kg/m²), age 18+, WHO estimates (%). Henta 12.04.2019 frå https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_627-3020-age-standardized-prevalence-of-overweight-defined-as-bmi-25-kgm2-in-people-aged-18-years-and-over-who-estimates/