

Et liv uten sult

Noen har prøvd å slanke seg så lenge de kan huske. De fleste har gitt opp. For mange er fedmekirurgi siste sjanse til et lettere liv.

TEKST og FOTO Tone Galén
tg@fysio.no

HVERT år opereres ca. 3.000 pasienter for sykkelig overvekt i Norge.

Ranveig Olsen fikk utført gastrisk bypass i desember i fjor, og har siden den gang gått ned et sted mellom 30 og 40 kilo. Etter et hjerneslag for flere år siden, ble hun i en periode sittende i rullestol.

– Da kom kiloene fort. Jeg trøstespiste samtidig som jeg ikke kunne være i vanlig aktivitet, forteller Olsen.

For å få fedmekirurgi gjennom det offentlige må pasienten ha BMI på 40 alene, eller BMI på 35 i tillegg til andre sykdommer. 2-4 prosent av befolkningen oppfyller disse kriteriene.

Varige endringer

Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst (SSO) ved sykehuset i Vestfold, er en tverrfaglig poliklinikk bestående av leger, klinisk ernæringsfysiologer, sykepleiere og fysioterapeut. Hensikten er å hjelpe pasientene til å gjennomføre varige endringer i kosthold og aktivitetsvaner.

Siden oppstarten i 2007 har antallet konsultasjoner vært jevnt stigende. Hvert år får ca. 250 personer fra Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder utført fedmekirurgi ved SSO.

SSO tilbyr også konservativ behandling med opphold på ulike rehabiliteringsinstitusjoner eller oppfølging hjemme. Dagbasert rehabilitering er en modell som skal motvirke «bobleeffekten» som kan oppstå når pasienten har oppfølging døgnet rundt gjennom lang tid.

Før hun bestemte seg for å la seg operere, deltok Ranveig Olsen på et 12-ukers kurs i livsstilsendring i Stavern hvor hun møtte tre dager i uka. Kombinasjonen av mindre mat og mer trening fikk henne ned i vekt. Men etter en stund kom kiloene tilbake.

– Det var vanskelig å videreføre livs-



LETTET Ranveig Olsen er en av stadig flere som lar seg operere i kampen mot kiloene.

stilsendringen hjemme uten oppfølging, sier Olsen.

- Flere ønsker kirurgi

Før en eventuell operasjon, har pasientene blitt henvist til en lokal overvektspoliklinikk av fastlegen. Her gjennomgår de et obligatorisk gruppetilbud på ti uker. Kurset består av en teoridel og en treningsdel. Treningen er variert og blir tilpasset den enkeltes behov, og pasienten inkluderes i et nettverk hvor de blir kjent med andre i samme situasjon.

Deretter møtes deltakerne en gang per måned i tre måneder, før de igjen får en samtale med lege som kan henvise videre til SSO.

– Det finnes ingen tall, men jeg opplever at flere nå ønsker kirurgi enn da jeg begynte ved SSO i 2003. Pasientene har i større grad tenkt gjennom dette før de kommer til oss, sier spesialfysioterapeut Ellen Gran. Hun jobber 60 prosent ved Poliklinikk Overvekt, SSO, i tillegg til å drive Aquafrisk fysioterapi og trening.

Gruer seg

Første konsultasjon på SSO består av en time med lege for å kartlegge helsestatus og diskutere hvilken type behandling som passer for pasienten. Hovedfokus er alltid kost- og livsstilsendring.

– Mange av pasientene gruer seg til denne første konsultasjonen. De har erfaringer fra tidligere møter med helsepersonell hvor omkvedet ofte har vært å ta seg sammen, spise mindre og trene mer, sier Gran.

Deretter får pasienten time hos ernæringsfysiolog/sykepleier og fysioterapeut.

Begge disse konsultasjonene bygger på Motivational Interview der pasientens egne erfaringer og motivasjoner blir vektlagt, samtidig som det gis informasjon om de ulike behandlingsovervektene SSO tilbyr.

– Det er viktig at pasienten er direkte involvert i å vurdere hva som er den beste behandlingen for han eller henne. Målet er å bygge opp under pasientens egne ressurser uten å skru forventningene så høyt at det ender i nederlag, sier hun.

– Vi er et godt tverrfaglig team som samarbeider tett. Som fysioterapeut fokuserer jeg naturlig nok på aktivitet og trening, men jeg kan også følge opp mål som de har satt sammen med ernæringsfysiologen, for eksempel om hvordan det går med målsettingen om å spise frokost.

Var skeptisk

Fysioterapeuten skal hjelpe pasienten med å



Fakta

- Hvert år får ca. 3000 nordmenn utført fedmekirurgi.
- Kriteriene for å få operasjonen i det offentlige helsevesenet er en BMI på minst 40 eller BMI på 35 med tilleggs sykdommer.
- Også flere private klinikker tilbyr fedmekirurgi. Prisene ligger på rundt 100 000 kroner.
- Forskning viser at fedmekirurgi er den mest effektive metoden både å gå ned i vekt på, og holde vekten nede.
- Vanlige bivirkninger er dumping, kvalme, dehydrering, forstoppelse og psykiske reaksjoner.

komme i gang med aktivitet og trening, eller å holde aktivitetsnivået ved like. All aktivitet i hverdagen blir registrert sammen med fysiske begrensninger som vonde knær eller psykiske forhold som sosial angst og dårlig selvtillit.

– Vi bruker mye tid på å snakke om motivasjon, spesielt den indre. Hvilken type

Fedmekirurgi

- *Gastric bypass* er en operasjonsmetode hvor en kobler ut en større del av magesekken og tynntarmen slik at magesekkenes størrelse reduseres til ca. 30 ml.
- Ved metoden *gastric sleeve* fjernes ca. 85 % av magesekken og den resterende delen får form som et rør. Det skjer ingen utkobling av tynntarmen og man unngår dårligere næringsopptak.
- *Gastric banding* er en metode der det settes et justerbart bånd rundt øvre del av magesekken for å gjøre den mindre.
- Alle operasjonsmetodene utføres med kikkeshullskirurgi.

aktivitet er lystbetont for pasienten? På den måten prøver vi å arbeide fram en plan som er så realistisk og gjennomførbar som mulig, forteller Gran.

Ofte er det hensiktsmessig å velge ut helt konkrete mål som å gå til og fra jobb og å spise frokost hver dag, fremfor diffuse mål som å spise sunnere og bli mer aktiv.

LYSTBETONT For pasienter med sykkelig overvekt er det viktig å finne frem til en indre motivasjon. Fysioterapeut Andreas Aarvik og spesialfysioterapeut Ellen Gran legger forholdene til rette for den enkelte med hensyn til aktivitet og trening.

– I begynnelsen var jeg veldig skeptisk til fedmeoperasjoner. Jeg tenkte som en typisk fysioterapeut, og anså mer trening og mindre mat som den beste metoden for å gå ned i vekt. Nå ser jeg at dette for noen ikke er tilstrekkelig, de trenger også kirurgi. Samtidig er det viktig å få til en livsstilsendring i tillegg til operasjonen, sier Gran.

Forsker på effekt

SSO tilbyr to typer fedmekirurgi. Den best kjente og mest brukte er gastrisk bypass, hvor magesekken blir redusert med ca. 95 prosent og deler av tynntarmen sjaltes ut. En nyere metode som ikke innebærer kirurgi på tarmen er sleeve-gastrektomi, hvor to tredjedeler av magesekken fjernes. Begge operasjonene utføres med kikkeshullskirurgi.

– Vi forsker på hvilken operasjon som passer best til hvilke personer, særlig med tanke på gruppen som har type 2-diabetes. Per i dag er det gastrisk bypass som er gullstandarden, men i studiesammenheng tilbyr vi også sleeve-gastrektomi, forteller fysioterapeut Andreas Aarvik.

Han jobber 50 prosent som forskningsassistent for SSO Forskning og 50 prosent som fysioterapeut på Poliklinikk Overvekt Solvang, et lokalt helseforetak under SSO. Som forskningsassistent jobber han med Osebergstudien, en blindet randomisert studie som skal sammenligne effekten av gastrisk bypass og sleeve-gastrektomi på pasienter med type 2-diabetes.

– Fedmekirurgi er veldig i vinden. De som kommer hit er mer motivert for kirurgi enn konservativ behandling. Men det er også en hel del som drar på livsstilsopphold, sier Aarvik.

Operasjonsskolen

Når valget har falt på fedmekirurgi, er ventetiden lang, gjerne opp mot halvannet år. Pasientene prioriteres inn i tre grupper slik at de som er veldig syke, opereres først. I mellomtiden jobber fysioterapeutene sammen med resten av teamet videre med endringen av livsstil, og pasientene går inn i det som blir kalt forberedelsestiden.

– Det er ikke ventetid, men tid for forberedelse. Vi har fokus på livsstilsendring



Fedmekirurgi er ingen mirakelkur, bare en ekstremt pedagogisk måte å få folk til å spise mindre på.

som skal vare resten av livet, ikke bare frem til operasjonen. Det gjelder å finne frem til et aktivitetsnivå som de kan leve med hver eneste uke, år ut og år inn, sier Aarseth.

Tre måneder før operasjonen blir pasienter og en pårørende invitert til en dag på SSO for å være med på Operasjonsskolen. Lege, ernæringsfysiolog, kirurg og fysioterapeut er representert. Dagen er en gjennomgang og en siste repetisjon av hva operasjonen innebærer, hvordan inngrepet skal foregå, kosthold rett etter inngrepet og generelt, aktivitet og motivasjon. I tillegg kommer to tidligere pasienter og forteller sin historie.

– Noe av poenget er å få hver enkelt til å tenke gjennom en siste gang om de ønsker å la seg operere. Det hender at pasienter trekker seg etter denne dagen, eller at de føler de trenger mer tid til å gjøre endringer, sier Gran.

De tre siste ukene før operasjonen må alle gå på en lavkaloridiett for å tømme leveren for fett.

En stor forandring

Da kiloene hun mistet under kursoppholdet var tilbake på plass, tok Ranveig Olsen igjen kontakt med SSO. Etter å ha ventet i halvannet år og gjennomført gruppesamlinger, samtaler og operasjonsskole, fikk hun utført gastrisk bypass.

– For meg var det helt greit å vente så lenge. Jeg fikk tid til å forsone meg med inngrepet og tenke grundig gjennom om det var dette jeg ville. Det er en stor forandring i livet, og jeg er glad jeg ikke bare hoppet i det, sier Olsen.

Hvis man holder seg til de anbefalingene som blir gitt med hensyn til kosthold, opplever de fleste fedmeopererte få plager.

– Det har gått helt smertefritt, jeg har ikke hatt noen plager. Den største forandringen er at jeg må spise oftere og mindre. Jeg føler egentlig ingen sult i det hele tatt i løpet av dagen og må spise etter klokka for å få i meg nok næring.

Ingen mirakelkur

Selve inngrepet tar rundt en time og pasienten er oppe og går samme dag. De blir væ-

rende på sykehuset i to til tre dager, før de blir sendt hjem med en sykmelding på seks uker. Fra nå av består en middagsporsjon av til sammen en desiliter mat.

– Mange pasienter tror at det store øyeblikket er selve operasjonen. Men forbedelsesfasen er meget viktig. Alt som kan gjøres på forhånd, som å øke aktiviteten og innføre gode kostvaner, vil man få igjen for etterpå, sier Gran.

Etter operasjonen følges pasientene opp gjennom to år. Det første gruppemøtet med fysioterapeut finner sted etter åtte måneder. Mange har da allerede gått ned mange kilo i vekt og befinner seg på en rosa sky.

– Det er lett å glemme fokuset på en ny livsstil når kiloene forsvinner av seg selv, så vi snakker blant annet om hvor viktig aktivitet er for å opprettholde vekttalet og helse generelt, sier Gran.

Det er fullt mulig å gå opp igjen i vekt etter fedmekirurgi. Inntak av energitett mat og det faktum at man kan spise litt mer etter hvert som tiden går, gjør at noen legger på seg igjen.

– Fedmekirurgi er ingen mirakelkur, bare en ekstremt pedagogisk måte å få folk til å spise mindre på, sier Aarseth.

– Faller du tilbake til gamle synder, kan løpet være kjørt. Det finnes eksempler på pasienter som har gått opp igjen i vekt til samme nivå som før operasjonen.

Trening er mer enn SATS

Pasientene ved SSO er en meget heterogen gruppe. Et treningsopplegg kan være alt fra å gå rundt i sin egen stue med rullator til intervalltrening i bakke. Derfor er det så viktig å snakke med hver enkelt for å skreddersy et opplegg som passer.

– Det handler også om å ufarliggjøre aktivitet, sier Aarvik.

– Det råder en holdning i samfunnet om at trening er zumba på SATS, sykling til og fra jobb, eller hard trening før Birkebeineren. Mange blir lettet over å høre at å gå til butikken eller barnehagen i stedet for å ta bilen utgjør en viktig forskjell. Plutselig blir fysisk aktivitet noe de kan mestre og de blir motiverte.



Kan være tøft

Vanlige plager etter å ha gjennomgått fedmekirurgi er diare og luft i tarmen. Inngrepet kan også føre til tarmslyng og brokk, noen mister litt hår, og det kan bli vanskelig for kroppen å ta opp all næringen den trenger. Lavt blodsukker og psykiske problemer kan også forekomme. Det er vanskelig å vite på forhånd hvordan man vil reagere.

– For mange er det tøft ikke å kunne bruke mat på samme måte som før. Noen erstatter det med alkohol eller andre rusmidler, noen med shopping. Vi anbefaler en profesjonell samtalepartner for de pasientene som takler savnet av mat på en slik måte. Andre opplever inngrepet som en befrielse: Nå kan jeg ikke spise, problem løst, forteller Aarvik.



FORBEREDELSE I tiden før operasjonen dreies fokus mot livsstilsendring. Nye vaner innen trening og kosthold skal være livet ut - det er fullt mulig å gå opp igjen i vekt selv etter fedmekirurgi. Foto: Colourbox.com

Ved gastrisk bypass kommer en stor mengde mageinnhold raskt ned i tarmen, noe som kan føre til Dumping syndrom. Særlig etter inntak av sukker og fett kan pasienten oppleve både kvalme og smerter, og tilstanden kan gi blodtrykksfall med svimmelhet og tap av bevissthet.

– Dumping syndrom er en ønsket komplikasjon som har en slags antabus-effekt, sier Gran.

– Men det er forskjell på folk også etter operasjonen: Noen får dumping syndrom av laks og makrell på grunn av det høye fettinnholdet, andre kan spise sjokolade.

Har vært åpen

– Det gjør meg ingenting ikke å kunne spise som jeg gjorde tidligere. Snarere tvert imot; det er en lettelse å ha klare grenser. Jeg får lyst på visse matvarer innimellom, men det holder å vite at jeg ikke har godt av det. Også i sosiale sammenhenger, sier Ranveig Olsen.

Hun roser SSO for måten hun er blitt møtt på.

– Jeg føler at jeg har fått et nytt liv. Alt er lettere. Men operasjonen er bare hjelp til selvhjelp. Jeg må fortsatt passe på det jeg spiser og være i aktivitet, sier hun.

Olsen har vært helt åpen om operasjo-

nen, og mange kommenterer vekttapet.

– Det er mindre stigmatisering av de som tar slankeoperasjon nå enn tidligere, sier Gran.

– Kunnskapen sprer seg om at dette ikke er et «quick fix», men et inngrep som får omfattende konsekvenser for den det gjelder. Vi som helsepersonell må ta innover oss at det er mye som ligger bak når mennesker blir overvektige. De må bli møtt med respekt for den de er, sier hun. ■



Kjenner på stigmatisering og redsel for sykdommer

Pasienter som gjennomgår gastrisk bypass er en heterogen gruppe med stort spenn i alder og sosial status. Fysioterapeut og stipendiat Karen Synne Groven har intervjuet 22 av dem.

TEKST Tone Galåen
tg@fysio.no

I SIN DOKTORGRADSAVHANDLING som hun snart skal avslutte, ser Groven nærmere på livssituasjonen til 22 overvektige kvinner etter operasjon. Hvilke bivirkninger sliter de med? Hvordan takler de problemet med løs hud etter hvert som kiloene forsvinner? Hvordan blir de oppfattet sosialt? Og hvilken betydning har mat, trening og fysisk aktivitet?

Alle deltakerne i studien ble intervjuet etter operasjonen, de fleste to ganger. Noen fikk operasjon i det offentlige, andre betalte av egen lomme. De har blitt operert ved forskjellige sykehus, også utenlandske.

De 22 kvinnene hadde prøvd det meste av slankekurer og medikamentell behandling før de valgte kirurgi. Felles for dem var at de var engstelige for å få sykdommer som diabetes, hjerteinfarkt og kreft, til tross for at de fleste ikke hadde en diagnose før de ble operert. I tillegg bidro sosial stigmatisering til å gjøre hverdagen mer og mer krevende.

– Mange vurderte etter hvert operasjon som en «siste utvei», at de ikke hadde noe valg hvis de skulle unngå å bli alvorlig syke. Men når de snakket om dette valget, handler det vel så mye om hvordan sosiale stigma preget hverdagen, sier Groven.

Organisert trening

Fysisk aktivitet for «sykelig overvektige» pasienter organisert i tverrfaglige, helsefaglige behandlingsopplegg, er forholdsvis nytt i Norge. Slike livsstilsprogram forekommer først og fremst i spesialisthelsetjenesten, og fysioterapeuter er ofte involvert i behandlingen.

– Likevel vet vi lite om hvor mange slike

behandlingsopplegg som finnes og hvordan fysioterapeuter møter pasientene, hva de vektlegger av trening, og hvilken forskning de støtter seg på, sier Groven.

En av artiklene i hennes pågående doktorgradsavhandling omhandler rehabilitering etter operasjon. 11 av de 22 kvinnene i avhandlingen hadde deltatt i det samme gruppebaserte programmet. I dette programmet ble det lagt mye vekt på intervalltrening og styrketrening – treningsformer som har vist seg å ha god «effekt» for de som ønsker å gå ned i vekt. Ved å få frem kvinnes erfaringer med denne treningen, synliggjøres imidlertid andre «funn» enn det som kan måles i kvantitative studier.

Ulike behov

Utfordringen ligger i å kombinere oppfølging i gruppe med individuell oppfølging ved å fokusere på hvilke utfordringer den enkelte har etter operasjonen og tilpasse treningen deretter. Mange kan være plaget av bivirkninger som mage/tarm-problemer, fatigue og svimmelhet, noen strever også med å få i seg nok næring. Når man sliter med slike plager, kan det være særlig krevende å drive intervalltrening.

– Desto viktigere blir det å involvere pasientene i planleggingen av treningsaktivitetene, slik at alle får et alternativ som passer. Man vet dessuten lite om betydningen av intervalltrening for fedmeopererte pasienter, eksempelvis om det er gunstig å vektlegge intervalltrening det første året etter operasjonen, sier Groven.

Når det har gått et år eller mer etter operasjonen, vet man svært lite om hvilken oppfølging disse pasientene får. De bor spredt rundt i landet og er prisgitt lokale tilbud som ofte ikke er tilpasset deres behov.

Det er gjort veldig få randomiserte forsøk på denne gruppen, blant annet på grunn av etiske problemstillinger. Det finnes svært få langtidsstudier, men de som finnes, viser at hvis man sammenligner grupper vil vektreduksjonen vare lengst for de som er operert, og at fedmeopererte pasienter som endrer livsstil holder mer stabil vekt enn de som går tilbake til gamle vaner. De 22 kvinnene i studien var engstelige for å gå opp igjen i vekt, og hadde erfart at andre i samme situasjon gjorde det.



FORSKER Karen Synne Groven. Foto: privat

– Den kvantitative forskningen viser at vekta begynner å gå opp igjen etter to år, men at det er store variasjoner. Den individuelle oppfølgingen kan dermed med fordel vedvare utover det tilbudet denne gruppen får i dag, sier Groven.

Bare et verktøy

Noen av deltakerne i studien fikk komplikasjoner etter inngrepet. En av deltakerne fikk store smerter og måtte opereres på nytt.

Kirurger og helsepersonell har stort fokus på livsstilsendring etter operasjonen. Pasientene blir oppfordret til å endre matvaner og øke sitt fysiske aktivitetsnivå for å holde vekta nede. Derfor har begrepet «operasjon er kun et verktøy» fått stort gjennomslag blant helsepersonell.

– Dette er et tveetydig begrep som minner pasientene på at hvis de ikke lykkes med å gå ned vekt – og holde vekta nede – så er det først og fremst deres egen skyld. De som får ulike former for plager etter inngrepet og sliter med å endre livsstil, kan da lett føle skyld og skam fordi de ikke lykkes slik andre synes å gjøre. At det faktisk kan være selve inngrepet som volder plager og bivirkninger, og at noen er spesielt sensitive for disse «virkningene», er lite drøftet innen forskning og i den offentlige debatten rundt vektreduserende kirurgi, sier Groven. ■