Pasienterfaringar med bruk av klinisk tilbakemeldingssystem i oppfølging etter fedmekirurgi

Ein kvalitativ studie

May Ina Kjøsnes Jarning, Eli Natvik og Pål Andre Hegland

May Ina Kjøsnes Jarning, Høgskulen på Vestlandet, Førde
May.Ina.Kjosnes.Jarning@hvl.no
Eli Natvik, Høgskulen på Vestlandet/Helse Førde, Førde
Pål Andre Hegland, Høgskulen på Vestlandet/Helse Førde, Førde

Samandrag

Etter fedmekirurgi opplever ein del pasientar helseutfordringar. For å auke brukarmedverknaden til pasientane og legge til rette for meir individuell oppfølging, blei eit nytt klinisk tilbakemeldingssystem (KTS) innført ved ein fedmepoliklinikk i Norge i januar 2018. Studien utforskar pasientane si innsikt i formålet med KTS, korleis spørsmål om psykisk helse blei erfart, og den samla nytteverdien av systemet i behandlingsoppfølginga. Studien har eit kvalitativt design. To fokusgruppeintervju og eit individuelt intervju blei gjennomført med pasienter som har brukt KTS etter fedmeoperasjon og systematisk tekst-kondensering blei brukt som analysemetode. Resultata syner at formålet med KTS var uklart for informantane, noko som påverka kor grundig og ærleg dei var i svara sine. Spørsmål om psykisk helse blei opplevd som sensitive og lite relevante, og den erfarte nytteverdien var avhengig av i kva grad behandlar tok utgangspunkt i tema pasienten sjølv opplevde som viktige.

Nøkkelord

Fedmepoliklinikk, brukarmedverknad, psykisk helse, kvalitativ metode, klinisk tilbakemeldingssystem

Fagfellevurdert artikkel

https://doi.org/10.7557/14.7821
© Forfatterne. Denne artikkelen er lisensiert under en Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal lisens.

Innleiing

Fedmekirurgi blir rekna som det mest verksame tiltaket for varig vektnedgang hos personar med fedme, særleg når livsstilendringar og medikamentell behandling ikkje har gitt tilstrekkeleg effekt (Swager et al., 2024). Dette er no ein etablert behandlingsmetode i Noreg. I 2023 var gjennomsnittsalderen 42 år, med gjennomsnittleg kroppsmasseindeks i området for alvorleg fedme, og dei fleste var under behandling for ein eller fleire fedmerelaterte sjukdommar (Våge et al., 2023).

Trass i at fedmekirurgi gir betydeleg vektnedgang og ofte betring av fedmerelaterte tilstandar, er inngrepet forbunde med risiko for postoperative komplikasjonar som ernæringssvikt, gastrointestinale plager og smerter (Busetto et al., 2017). I tillegg har denne pasientgruppa høgare risiko for psykiske lidingar som auka sjølvmordsfare, rusmisbruk og eteforstyrringar enn befolkninga elles (Castaneda et al., 2018; Müller et al., 2019; Spirou et al., 2020). Nordiske og internasjonale retningslinjer for oppfølging etter fedmekirurgi tilrår at pasientgruppa får livslang oppfølging. Mykje tyder likevel på at helsevesenet, forutan generelle livsstils råd, har lite å tilby pasientar som får vanskar etter ein fedmeoperasjon. Oppfølginga etter operasjonen dreier seg om vektstatus, kosthald og fysisk aktivitet, og det blir i mindre grad lagt til rette for samtale om psykososiale utfordringar og vanskelege kjensler som misnøye, sinne eller fortviling knytt til vekt og mat (Helse Bergen., 2016; Mechanick et al., 2019; Natvik et al., 2022; Natvik et al., 2021; Szmulewicz et al., 2019). Pasientgruppa har etterlyst betre oppfølging. Det er og ein del pasientar som trekker seg frå postoperativ oppfølging, noko som er uheldig, ettersom forsking syner at det kan vere ein samanheng mellom deltaking i oppfølging og varig vektreduksjon etter fedmekirurgi (Goldenshluger et al., 2018; Våge et al., 2023).

Eit klinisk tilbakemeldingssystem (KTS) har som mål å legge til rette for ei meir individuell oppfølging. Ved at pasientane gir eit bilde av korleis dei har det, kan systemet gjere det lettare både for pasientar og behandlar å identifisere pasienten sine utfordringar og behov (Boswell et al., 2015).

I praksis går KTS ut på at pasienten fyller ut eit elektronisk spørjeskjema som skal fange opp opplevingane hen har av helse og livskvalitet. Behandlar får tilgang til den digitale svarrapporten før poliklinisk oppfølging, og kan planlegge konsultasjonen basert på pasienten sine svar. Rapporten blir så nytta som utgangspunkt for dialogen med pasienten under poliklinisk konsultasjon (Field et al., 2019; Solstad et al., 2017; Solstad et al., 2020).

Ein oversikt over systematiske oversiktar undersøkte effekten av KTS knytt til helserelatert livskvalitet innan alle diagnoseområder (Hegland et al., 2018). Funna i denne studien var ikkje eintydige. Tre av fem inkluderte studiar synte at KTS kan ha positiv effekt på helserelatert livskvalitet. Dei positive effektane kom til syne i dei tilfella der pasientar responderte negativt på tradisjonell behandling. Liknande funn er gjort i en studie av Gibbons et al. (2021) som syner at KTS kan ha ein positiv

innverknad på livskvaliteten til pasienten, samt kan forbetre kommunikasjon mellom behandlar og pasient.

Hindringar for vellykka bruk av KTS kan oppstå når pasientane er usikre på korleis informasjonen dei gir blir handtert, og om opplysningane kan påverke den vidare behandlinga (Solstad et.al., 2017). At KTS har relevans og er validert mot aktuell pasientgruppe er og ei viktig forutsetning for vellykka implementering (Field et al. 2019).

Då bruken av KTS har vist seg å vere lovande i behandlingsforløpet til ulike pasientgrupper, kan innsikt frå desse vere nyttig i utviklinga av KTS for poliklinisk oppfølging av pasientar som har hatt fedmekirurgi. Gjennom litteratursøk fann vi ingen studiar som omhandla KTS knytt til behandling av fedme. Formålet med denne studien var difor å utforske korleis pasientar erfarte å bruke KTS som ledd i oppfølging etter fedmekirurgi.

Metode

Denne studien har eit kvalitativ design, som eignar seg godt til å utforske dynamiske prosessar som samhandling, erfaringar, forventningar, tankar og handlingar. For å forstå korleis pasientar erfarte å bruke KTS og kva meining og betydning dei la i dette, brukte vi fokusgruppeintervju (Malterud, 2018a).

Kontekst for studien

For å kartlegge områder denne pasientgruppa sjølv opplevde som utfordrande blei KTS vurdert som eit eigna kartleggingsverktøy og eit nyutvikla klinisk tilbakemeldingssystem blei innført ved ein fedmepoliklinikk i Norge i januar 2018. KTS består av seks validerte spørjeskjema som kartlegg livskvalitet, psykisk helse, gastrointestinale plagar og pasientens meistringstru i forhold til eting. Eitt av desse, NORSE Feedback (versjon 2.0), er opphavleg utvikla for psykisk helsevern. Skjemaet vart av prosjektgruppa, som bestod av pasientar, ein klinkar og forskarar, vurdert som relevant for pasientgruppa. Skjemaet vart inkludert for å fange opp psykiske helseutfordringar som pasientane sjølv har rapportert som viktige (Hegland et al, 2020). Ei samla oversikt over skjema, inkludert tal spørsmål og temaområde, er presentert i Tabell 1**.** Ei detaljert beskriving av utviklinga av KTS er tidlegare publisert (Hegland et al, 2020).

Tabell 1. Oversikt over spørjeskjema , og kva dei måler.

Spørjeskjema:	Måler	Tal spørsmål
Norse Feedback versjon 2.0	Psykisk helse	93
Obesity -Related Problems Scale (OP)	Livskvalitet	8
Patient-Reported Outcomes in Obesity (PROS)	Livskvalitet	10
The Short Form 36 (SF 36) Versjon 1	Livskvalitet	36

Spørjeskjema:	Måler	Tal spørsmål
Weight Efficacy Lifestyle Questionaire Short-Form (WEL-SF)	Eigenmestring i samband med eting	8
The gastrointestinal symptom rating scale (GSRS)	Symptom frå mage-tarm	15

Utval og rekruttering

I studien brukte vi tilgjengelegheitsutval (Thagaard, 2013), der informantar blei rekrutterte frå ein fedmepoliklinikk via to tredjepartar. Dei kontakta potensielle informantar via telefon, og inviterte dei til å delta i denne studien. For å bli inkludert i studien måtte informantane ha brukt systemet minst ein gong som del av behandlingsoppfølginga. Alle informantane hadde i løpet av dei siste to åra hatt konsultasjon der KTS vart nytta. Rekruttering av informantar til studien blei gjort medan det var restriksjonar i samband med Covid 19, noko som medførte ei utfordring då fleire potensielle informantar vegra seg for å stille til intervju. Det endelege utvalet bestod av ti informantar. Ytterlegare informasjon om utvalet er beskrive i tabell 2.

Tabell 2. Informasjon om utvalet.

Informantkoder	Kjønn:	Alder:	Operert for fedme	Brukt KTS
A-1	Kvinne	60-70	Eit år sidan	3 gonger
A-2	Kvinne	50-60	Fem år sidan	3 gonger
A-3	Kvinne	30-40	Ti år sidan	1 gong
A-4	Kvinne	50-60	Eit år sidan	2 gonger
A-5	Mann	30-40	Fem år sidan	1 gong
A-6	Kvinne	50-60	Ikkje opplyst	1 gong
B-7	Kvinne	60-70	Fem år sidan	5 gonger
B-8	Kvinne	20-30	To år sidan	2 gonger
B-9	Kvinne	40-50	Fem år sidan	5 gonger
C-10	Kvinne	60-70	Ti år sidan	1 gong

Intervju

Studien inkluderte to fokusgruppeintervju og eit individuelt intervju. Den første fokusgruppa hadde seks informantar, medan den andre hadde tre. Ein informant blei forhindra frå å delta i fokusgruppe, men ønskte å dele sine erfaringar. Sidan eit individuelt intervju kunne bidra til å utdjupe datamaterialet, vart det difor gjennomført. Intervjua blei gjennomført hausten 2020. Fokusgruppeintervjua varte i overkant av 1,5 time, det individuelle intervjuet varte i 30 minutt. Både fokusgruppeintervjua og det individuelle intervjuet blei gjennomført fysisk.

Intervjuguiden inneheldt opne spørsmål om pasientar sine erfaringar med bruk av KTS (tabell 3). Guiden var utvikla gjennom ein interaktiv prosess med innspel frå alle forfattarane, og spørsmåla vart vurdert for tematisk breidde og for å unngå leiande spørsmål. Før første intervjuet var guiden diskutert internt for å sikre klarheit og relevans. Intervjuguiden vart nytta som ei støtte under intervjua for å sikre at vi var innom alle tema. Dette for å legge til rette for ein fri samtale. Intervjuguiden vart diskutert i etterkant av første intervju, og vi fann ikkje grunn for å gjere endringar på den.

Tabell 3. Intervjuguide.

Tema	Spørsmål
Informasjon om KTS:	Kva informasjon fekk de/du før utfylling av spørjeskjemaet? Korleis blei formålet med bruken av dette spørjeskjemaet forklart for dykk før utfylling?
Spørjeskjema og spørsmål:	Korleis opplevde de/du å bruke KTS? Korleis opplevde du/de brukarvennlegheita av spørjeskjemaet? Korleis var relevansen av spørsmåla som blei stilt? Kan de/du gi ei beskriving av korleis de opplevde spørsmåla og dei svaralternativa som sto i spørjeskjemaet. Kan de gi ei beskriving av korleis svaralternativa passa for dykk/deg? Opplevde de/du nokon av spørsmåla sensitive og vanskelege å svare på av den grunn? Kan de/du seie noko om tidsbruken og mengda spørsmål?
Brukarmedverknad/ styrke evna til eigenmestring	Ein av grunnane til at KTS blei innført var å sikre betre brukarmedverknad, kan de/du gi nokre eksempel på at bruken av spørjeskjema gav dykk moglegheit for å påverke behandling/den oppfølginga de/du fekk frå poliklinikken? Førte bruken av KTS til at de/du blei meir bevist eigen evne til å jobbe med problemområde? Kan de/du seie noko om korleis de/du opplever å forberede seg til konsultasjon på denne måten?

Tema	Spørsmål
Konsultasjon ved poliklinikk:	Kan de/du gi ei beskriving av korleis samandragsrapporten til KTS blei brukt under konsultasjonen? Var det «lett» å forstå tilbakemeldingsrapporten ut frå dei svara som var gitt? Opplevde de/du at helsepersonellet ved poliklinikken var godt forberedt til konsultasjonen? Var konsultasjonen slik som forventa ut frå dei svara som var gitt? Kan du/de beskrive korleis du/de opplevde at konsultasjon tok utgangspunkt i KTS kontra ein «vanleg» konsultasjon? Tok helsepersonell tak i dei bekymringane de/du kjende var viktige for dykk/deg? Korleis opplevde de/du samtalen rundt di helse og din livssituasjon? Fekk de/du tilbod om kontakt med anna helsepersonell som ein konsekvens av svara? Fører bruken av KTS til betre eller dårlegare samhandling med helsepersonell?
Op**psummerande spørsmål:**	Har de/du nokon andre erfaringar frå bruken av KTS, som vi ikkje har vore inn på? Noko ein bør endre på ved bruken av KTS? Alt i alt kva tenker de/du om nytteverdien av slike system?

Førsteforfattar leia intervjua, medan sisteforfattar assisterte under fokusgruppe-intervjua, og stilte oppfølgingsspørsmål. Informantane var inviterte til å dele sine erfaringar, beskrive konkrete situasjonar og diskutere fritt, i tråd med Malterud (2018a). Etter kvart fokusgruppeintervju reflekterte moderator og co-moderator over innhaldet saman. Vi erfarte at tema frå det første intervjuet vart utdjupa i det andre, samstundes som nye perspektiv kom fram. Etter første intervjuet la vi merke til at ein informant hadde delteke lite. Dette tok vi omsyn til i det andre intervjuet gjennom å aktivt invitere alle informantane inn i samtalen undervegs. Det individuelle intervjuet vart gjennomført av førsteforfattar, med intervjuguiden som støtte, men samtalen var i hovudsak informantstyrt, og tema vart utdjupa gjennom relevante oppfølgingsspørsmål. Dette intervjuet introduserte ikkje nye tema, men utdjupa funn frå fokusgruppene, mellom anna knytt til opplevinga av å dele opplysningar om eiga psykisk helse.

Analyse

Førsteforfattar transkriberte materialet. Alle intervjua blei analysert i tråd med Systematisk tekstkondensering (Malterud, 2018b). Det individuelle intervjuet vart behandla som et supplement til fokusgruppene og integrert i den samla analysen. Første trinn i analyseprosessen var å få eit heilskapleg inntrykk av materialet ved at forfattarane las gjennom det transkriberte materialet uavhengig av kvarandre. Gjennom analyseseminar diskuterte forfattarane seg fram til seks førebelse tema som danna grunnlag for neste trinn i analysen som bestod i å identifisere meiningsberande einingar og sortere desse under kodegrupper. Eksempel frå analyseprosessen er beskriven i tabell 4.

Tabell 4. Eksempel frå analyseprosessen.

Meiningsberande einingar	Førebelse kodar	Endeleg kode	Endeleg tema
«Eg er litt usikker, kanskje det blei nevnt, eh.. men eg hadde fokuset mitt ein anna plass.. på... Det var mykje informasjon, ehh fokuset var på andre ting enn at det skulle kome ein link, så mulig det blei sagt. Men eg hugsa ikkje.	Mengd informasjon som har ført til informasjonsforvirring.	Informasjonskaos	Manglande innsikt i formålet med KTS
«Eg veit at eg, på innkallingsbrevet som man får så, så sto det at eg skulle fylle ut nokre spørjeskjema på nett. [..]. Ehhm, men eg tenkte at det var ein slags oppfølging, eg viste ikkje at vi kom til på sjå på resultata på sjølve ehm, timen etterpå. Det viste eg ikkje.»	Usikker på formålet		
«[…], men eg viste ikkje så godt på førehand og eg har aldri fått med meg om dette var noko som skulle delast, eller bli del av ein statistikk, sant. Det har vi aldri fått informasjon om.»	Ikkje fått informasjon		

Trinn tre i analyseprosessen var å kondensere teksten. Teksten blei skriven som kunstig sitat som samanfatta informantane sine ytringar, med tydelege spor av ord og omgrep frå dei meiningsberande einingane slik at bodskapen frå informantane blei bevart. Kondensert tekst blei vurdert på nytt, og kodegrupper som overlappa kvarandre blei slått saman og redusert til 3 endelege tema.

Siste trinn i analyseprosessen var å samanfatte funna, og presentere dei på ein måte som viste samanheng mellom funna og formålet med studien. Her blei det brukt direkte sitat frå informantane for å underbygge den analytiske teksten.

Etiske aspekt ved tilgang til feltet

Studien omhandlar pasienterfaringar med å svare på spørsmål om eiga helse i oppfølging etter fedmekirurgi, som er eit sensitivt tema. Dette omfattar og erfaringar med spørsmål som sjølvskading og sjølvmordstankar i KTS. Ved psykiske utfordringar hos pasient kunne sjukepleiar konferere med psykolog tilknytt poliklinikk. Studien er gjennomført i tråd med forskingsetiske prinsipp om respekt for informantane sin autonomi og integritet, frivillig deltaking, informert samtykke, konfidensialitet og personvern (Den nasjonale forskingsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021). Studien er godkjent av personvern-ombodet i helseføretaket og Norsk senter for forskingsdata (NSD), prosjektnummer 282738. Informantane fekk tilsendt informasjonsbrev og signerte samtykkeskjema før intervju.

Resultat

Analysen resulterte i tre hovudtema: Manglande innsikt i formålet med KTS, Kartlegging av psykisk helse – eit sensitivt tema og Erfart nytteverdi av KTS i samtale med behandlaren. Det første og det tredje tema handlar i hovudsak om

korleis KTS blir introdusert, forstått og brukt under konsultasjon, medan det andre temaet primært handlar om innhaldet i KTS, særleg spørsmål knytt til psykisk helse.

Manglande innsikt i formålet med KTS

Informantane opplevde at dei mangla innsikt i formålet med KTS då dei fylte ut skjemaet første gong. Dei fortalde at dei hadde fått omfattande munnleg og skriftleg informasjon gjennom heile pasientforløpet, inkluder i den polikliniske oppfølginga. Mengda og breidda av informasjon gjorde det utfordrande for dei å skilje informasjonen om KTS frå annan informasjon knytt til behandlings- og oppfølgingsprosessane.

Ein informant understreka viktigheita av å bidra med tilbakemeldingar til praksisfeltet. Ho hadde forstått at svara frå KTS skulle nyttast for å vidareutvikle behandlingstilbodet for fedmeopererte.

> *Når du i utgangspunktet er positiv til det at, det er jo viktig at dei som skal utføre dette får innspel, ikkje sant. Altså frå oss, sånn at det blir gjort noko med og då synes no eg, at eg skal strekke meg lang for å bidra med tilbakemelding.* (Informant C-10)

Vidare ynskte ho å bidra til eit betre behandlingstilbod for pasientgruppa. At svara ho gav skulle brukast som utgangspunkt for dialog med behandlar hadde ho ikkje innsikt i.

Fleire hadde undra seg over kvifor behandlar var interessert i opplysningar om deira helse, og kva opplysningane skulle brukast til. Dei beskreiv usikkerheit rundt å svare på spørsmål, spesielt knytt til psykisk helse. Spørsmål kring kva svara skulle brukast til gjorde dei tilbakehaldne til å svare heilt ærleg.

Først når dei kom til poliklinisk oppfølging blei informantane merksame på at svara dei gav i KTS skulle nyttast som utgangspunkt for samtale med behandlar. Dette kom som ei overrasking, dei kunne ikkje hugse å ha blitt førebudde på at det skulle brukast slik.

Informantane uttrykte at dei ville brukt meir tid på svara og gitt ærlegare svar dersom dei hadde vore klar over at svara skulle vere utgangspunkt for samtale med behandlaren. Dette kom mellom anna til uttrykk slik: «*[…] at behandlar viste interesse for kvardagen min, opplevde eg som positivt. Det gjorde det lettare for meg å vere ærleg om det som opptok meg.*» (Informant B-8)

Kartlegging av psykisk helse – eit sensitivt tema

At KTS inneheldt spørsmål som kartla psykisk helse, var eit tema som skapte engasjement og diskusjon i intervjua. Mange opplevde at det var uventa å få spørsmål som kartla psykisk helse. Informantane erfarte at dette var eit tema det var vanskeleg å få spørsmål om, og dei hadde reagert ulikt på desse. Reaksjonane var

spesielt knytt til at dei fekk konkrete spørsmål om sjølvmordstankar og sjølvskading. Det såg ut til å vere greitt for informantane å få spørsmål om å ha det vanskeleg, men dei opplevde spørsmåla om sjølvmordstankar, sjølvskading depresjon og rusmisbruk som nærgåande.

Informantane gav uttrykk for at dei hadde oppsøkt hjelpeapparatet for å få hjelp for sitt overvektsproblem, og ikkje var budde på å snakke om si psykiske helse. Dei oppfatta difor spørsmåla som kartla psykisk helse som lite relevante. Ein av informantane uttrykte dette slik:

> *Kvifor spør dei om sånt då, fordi eg har ikkje noko problem med psyken. Eg har aldri hatt noko problem med psyken. Det er vekta eg har hatt problem med. Eg synes det er heilt forferdeleg … altså å få eit slikt spørsmål.* (Informant B-7)

Andre uttrykte at desse spørsmåla kunne vere viktige, då dei anerkjende at pasientar kunne ha psykiske utfordringar. Dei opplevde likevel at spørsmåla var meir eigna til å diagnostisere psykisk sjukdom enn å avdekke psykiske belastningar som kan oppstå etter ein fedmeoperasjon. Dei uroa seg for å få eit stempel som psykisk sjuk, ettersom dette var noko dei ikkje identifiserte seg med. Vidare påpeikte informantane at spørsmåla ikkje gav rom til å skrive frie kommentarar der dei kunne gi ei årsaksforklaring dersom dei hadde det vanskeleg. Det kom fram at når svaralternativa ikkje passa, var det lettare å krysse av for «ikkje relevant» på spørsmål dei gjerne ville ha utdjupa meir. I lys av denne utryggleiken stilte ein av informantane følgande spørsmål:

> *Ja, kva skjer eigentleg dersom eg svarer 5-eller 6 på spørsmålet om ein vil ta sjølvmord, det er jo ganske alvorleg. Har helsepersonell meldeplikt og du blir henta av folk i kvit frakk, og innlagt på psykiatrisk avdeling med ei alvorleg diagnose?* (Informant B-8)

Informantane kjende seg ikkje trygge på kva opplysningane skulle brukast til, og meinte at det var ein risiko for at behandlaren kunne mistyde svara. Denne usikkerheita kunne medføre at dei modifiserte svara. Sjølv om dei fleste informantane gav uttrykk for at dei kunne oppleve spørsmåla om psykisk helse som ubehagelege på fleire måtar, var det nokre som ikkje hadde motførestillingar til måten spørsmåla var utforma på: «*Det var ingenting eg vart forskrekka eller opprørt over.*» (Informant C-10). Eit fellestrekk hos informantane som ikkje hadde motførestillingar mot desse spørsmåla, var ei oppfatning av at psykisk helse var eit viktig tema å kartlegge, slik at dei som hadde behov for det, raskt kunne få hjelp.

Erfart nytteverdi av KTS i samtale med behandlaren

At KTS skulle brukast direkte i samtale med behandlaren, var nytt og uventa for informantane. Dei diskuterte mellom anna korleis KTS blei brukt under poliklinisk konsultasjon og korleis dette påverka samhandlinga med behandlaren.

Fleire informantar gav uttrykk for at dei hadde ei positiv oppleving av korleis KTS blei brukt under samtale med behandlaren, og dei såg på dette som eit nyttig behandlingsverktøy. Her påpeikte informantane at dei fekk tenkt gjennom korleis dei opplevde eigen helsetilstand ved å svare på spørsmåla i KTS. Såleis var dei meir førebudde til samtale med behandlaren.

Ein av informantane opplevde mat og måltid som det mest utfordrande etter operasjonen. Ho hadde gått gjennom svarrapporten saman med behandlar, og opplevde at behandlar oppfatta problemstillinga. Ho erfarte at behandlar ut i frå dette tok opp det som var viktig for ho og gav svar på det ho lurte på. «*Mi oppleving var at behandlar gav meg rom for å ta opp dei tema som var viktige for meg. Dei gir meg og svar på det eg lurer på*» (Informant B-9).

Andre erfarte at dei ikkje kjende seg att i KTS svarrapporten. For enkelte kunne verktøyet opplevast mindre relevant eller til og med skape avstand til eigne svar. Informant A-4, som hadde brukt KTS to gonger, fortalde at når søylene i rapporten blei vist og samanlikna med dei frå førre konsultasjon kunne ho ikkje hugse tidlegare svar. For henne vart ikkje KTS nyttig eller hjelpsamt. Ho understreka at hennar behov var personleg rettleiing for å nå eigne mål, ikkje ei standardisert oppfølging.

Informantane peika på at KTS ikkje måtte bli for styrande for samtalen med behandlar, noko som kom til uttrykk slik:

> *Eg synes at det er for mykje fokus på å sjå på dette skjemaet, og for lite spurt om korleis vi eigentleg har det. Og eg føler at eg kan ikkje avbryte når behandlar går gjennom dette skjema greiene. Så eg veit ikkje heilt eg*. (Informant A-6)

Som vist ovanfor var oppfatningane ulike når det gjeldt korleis KTS påverka samhandlinga. Fleire framheva at behandlar måtte vere open for tema pasienten ynsker å ta opp, uavhengig av kva ein skåra på skjemaet.

Diskusjon

Funna i denne studien viser at erfaringane er samansette og reiser spørsmål knytt til manglande innsikt, opplevd irrelevans av enkelte spørsmål og at uvissheit knytt til bruk av data påverka pasientanes tryggleik og korleis dei svarte på spørsmål. Studien bidreg med kunnskap ved å synleggjera at implementering av KTS ikkje berre handlar om teknisk integrasjon, men og om kommunikasjon, relevans og pasientopplevd nytteverdi.

Informantane i denne studien opplevde at det store fokuset på psykisk helse var uventa, og dei syntest at spørsmåla i liten grad spegla deira situasjon. Dette var eit overraskande funn sett i lys av tidlegare forsking som syner at denne pasientgruppa etterlyser betre oppfølging av psykisk helse, og at pasientar som har gjennomgått

fedmekirurgi også har ein høgare førekomst av psykiske lidingar enn befolkninga elles (Sarwer & Heinberg, 2020). Ei mogeleg forklaring på desse funna kan være at informantane ikkje hadde søkt hjelp for si psykiske helse, men for fedme-problematikken sin. Dei var difor ikkje førebudde på at behandlaren også var interessert i deira psykiske helse. Spørjeskjemaet knytt til psykisk helse er i tillegg utvikla for behandling i psykisk helsevern (Hegland et al, 2020). Eit viktig moment for vellykka implementering av KTS er at spørsmåla er validert for den aktuelle pasientgruppa (Enden et al., 2018; Field et al., 2019; Nielsen et al., 2020). Sjølv om prosjektgruppa som utvikla KTS også bestod av pasientar som hadde gjennomgått fedmekirurgi, burde spørjeskjemaet som målte psykisk helse i større grad vore tilpassa pasientgruppa før det vart teken i bruk.

Eit gjennomgåande tema i alle intervjua var at informantane opplevde manglande informasjon om hensikta med svare på spørjeskjemaet. Informantane fortalde at manglande innsikt førte til at dei fekk ulik tilnærming til spørsmåla, særleg knytt til psykisk helse. Dette medførte varierande grad av ærlege svar, der nokre modifiserte svara eller omgjekk dei ved å krysse av for «ikkje relevant» på spørsmål dei opplevde som for nærgåande. Tidlegare forsking har vist at forståing for kvifor helseopplysningar blir samla inn i samband med konsultasjonar, og tillit til korleis behandlingsapparatet tolkar og brukar helseopplysningane, har betydning for gyldigheita av svara pasienten gir (Börjesson & Boström, 2019; Goldenshluger et al., 2018). Ein kan difor anta at meir grundig informasjon om føremålet med KTS kunne ha påverka korleis informantane ville nytte tilbakemeldingsskjemaet.

Funna viser at også dei informantane som hadde opplevd psykiske utfordringar etter operasjonen, var skeptiske til å svare på spørsmål om psykisk helse. Ei årsak til dette var mellom anna ein redsel for å bli diagnostisert som psykisk sjuk. Informantane opplyste at dei vurderte om dei kunne svare heilt ærleg, eller om spørsmåla knytt til suicidalitet og rus kunne medføre innlegging ved psykiatrisk klinikk. Denne problemstillinga er også funnen i behandling i psykisk helsevern, der pasientane vurdera kva konsekvensar svara deira kan ha for behandlinga dei får, og tilpassar svara etter det (Börjesson & Boström, 2019). Det er difor viktig at behandlaren nyttar svara frå KTS som eit hjelpemiddel i dialogen med pasienten, og samtidig har fokus på å byggje tillit til pasienten slik at hen torer å være ærleg om sin situasjon.

Utryggleiken knytt til kva pasientane svarar kan også ha samanheng med at svaralternativa var førahandsdefinerte, og at informantane ikkje fekk anledning til å nyansere svara sine gjennom fritekstsvar. Dette samsvarer med teori som peikar på at avsendar då har mindre kontroll over korleis mottakar tolkar opplysningane (Thornquist, 2016), og at pasienten dermed kan bli sårbar når det er behandlar som sit med tolkingsmakta (Hovland, 2020). Informantane uttrykte at dersom dei hadde visst at svara var meint som ei innleiing til samtale med behandlar, hadde dei turt å svare meir sannferdig.

Frykt for stigmatisering frå både samfunnet og helsepersonell er også ein barriere når det gjeld å søke hjelp for psykiske lidingar og for fedme (Corrigan et al., 2014; Simpson et al., 2021). Stigmatisering kjem i tillegg til sjukdomsbelastninga og kan gjere situasjonen endå meir krevjande. Tidlegare forsking syner at helsepersonell kan ha negative stereotype oppfatningar når dei møter pasientar med fedmeproblematikk (Corrigan et al., 2014; Robstad et al., 2019; Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018; Ueland, 2019). Pasientar med fedme kan dermed oppleve dobbelt stigma, då fedme blir sett på som både eit fysisk avvik og ein karakterbrest (Eriksen, 2017). Når spørsmål om psykisk helse kjem i tillegg, kan det for enkelte opplevast som ei ekstra utfordring. Vektstigma gir ein viktig kontekst for å forstå kva som kan påverke pasientane i denne studien sine erfaringar.

Det kan sjå ut til at det er ein samanheng mellom korleis informantane erfarte at svarrapporten spegla deira oppleving av sin situasjon, og kor nyttig dei opplevde KTS i samtale med behandlaren. Informantane som opplevde bruken av KTS som positiv, opplevde at svarrapporten hadde gitt behandlaren rett bilete av situasjonen deira, og dei kjende at behandlaren kom dei i møte på områda som var viktige for dei. Dette er samanfallande med tidlegare forsking som syner at dersom både behandlar og pasient opplever KTS som meiningsfullt, kan systemet bidra til betre kommunikasjon og skape ein open dialog (Carlier et al., 2010; Field et al., 2019; Hovland, Ytrehus, Mellor-Clark, et al., 2020). Informantane som opplevde liten nytteverdi av KTS uttrykte at dei kjende seg fanga i svara dei hadde gitt. Dei opplevde dermed at dei ikkje fekk diskutert dei tema som var viktige for dei, og at svarrapporten vart for styrande under samtalen. Her kan bruken av svarrapporten ha hindra den frie samtalen (Ekeland & Heggen, 2007).

Nyare forsking understrekar at spørjeskjema åleine ikkje gir betre behandlings-resultat. McAleavey et al. (2024) peikar på at dersom KTS skal ha effekt, må det brukast aktivt i dialogen og vere ein integrert del av oppfølginga. Det synes difor som viktig at behandlar i dialog med pasienten avklarar kva som skal leggast vekt på i samtalen. Truleg er dette spesielt viktig i dei tilfella der pasientane ikkje kjenner seg igjen i svarrapporten. Dette peikar på at svarrapporten bør brukast på ein fleksibel måte, slik at pasientane får anledning til å snakke om det som er viktig for dei (Boswell, et al., 2015; Hovland et al., 2020; Solstad et al., 2020).

Gitt informantane sine erfaringar i denne studien, så bør ein reflektere over om bruk av KTS skal vere ein integrert del av oppfølginga, eller om behandlar skal introdusere dette som eit supplement til oppfølginga etter at dei har møtt kvarandre og starta ein relasjon. Det er då mogleg at pasienten vil oppleve ein større nytte av KTS, og at hen vil svare gjennomtenkt fordi hen er trygg på hensikta. I sin tur vil det truleg bli eit betre verktøy for behandlar for å tilpasse konsultasjonen til pasientens behov.

Styrkar og svakheiter ved studien

Ulik gruppestorleik mellom dei to fokusgruppene kan ha påverka datakvaliteten. Større grupper gir potensial for breiare diskusjon, men kan medføre at enkelte stemmer ikkje kjem til uttrykk. Mindre grupper gir meir rom for kvar informant, men kan mangle den kollektive dynamikken som ofte gir rike data. Vi vurderer at kombinasjonen av desse to formata har gitt både breidde og djupne, men erkjenner at dynamikken kan ha påverka korleis tema vart utdjupa. Til dømes oppdaga vi etter første intervju at ein informant deltok i lite i samtalen.

Det individuelle intervjuet hadde ein meir uformell karakter, og intervjuguiden vart ikkje følgd systematisk. For å ivareta ulikheit i datasamlinga vart intervjuet analysert på same måte som fokusgruppene, og behandla som eit supplement til dei samla funna. Vi vurderer at dette intervjuet styrka forståinga av tema som allereie var identifisert, men ikkje introduserte nye perspektiv.

Med tanke på metting av data, ville det vore ein fordel å ha gjennomført fleire fokusgruppeintervju. Her kunne fleire nyansar kome fram. Gitt restriksjonar knytt til pandemi, vart det utfordrande å skaffe fleire informantar.

Ein styrke ved denne studien er at informantane hadde eit felles grunnlag å diskutere ut frå, erfaringar som er spesifikke for denne studien: Bruk av KTS i oppfølging etter fedmekirurgi. For nokre av informantane var det over eit år sidan dei hadde nytta KTS, noko som kan ha påverka korleis dei hugsa og skildra tidlegare erfaringar, særleg informasjonen dei hadde motteke. Samstundes erfarte vi at informantane hadde klart føre seg den opplevinga dei hadde når dei svarte på spørsmåla i KTS. Refleksjonane informantane delte i intervju er i hovudsak knytt til bruken av systemet, ikkje til sjølve den kirurgiske prosessen, og vi vurderer difor at tidspunkt for operasjon har mindre betydning for erfaringane knytt til KTS.

Pasienterfaringar med å bruke KTS har ikkje vore beskrive tidlegare, og resultata kan slik ha verdi for kvalitetsutvikling og forsking på nye måtar å følgje opp pasientar etter fedmekirurgi. I tillegg gav det individuelle intervjuet moglegheit for å utdjupe og nyansere tema som kom opp i fokusgruppene (Malterud et al., 2016; Thagaard, 2013).

Berre ein mann deltok i denne studien, og det betyr at resultata frå studien ikkje vil synleggjere eventuelle skilnadar på erfaringar knytt til kjønn. Samstundes syner tal frå 2023 at 72 % av dei som gjennomfører fedmeoperasjon, er kvinner (Våge et al, 2023). På bakgrunn av dette kan utvalet likevel reknast som relativt representativt for den pasientgruppa som oftast gjennomgår slik behandling. I tillegg var det ein viss variasjon i fokusgruppene i at ein mann deltok i det eine fokusgruppeintervjuet, og ved at informantane hadde ulik alder, ulik oppfølgingstid etter fedmekirurgi og hadde brukt KTS i ulik grad. Fordelen med denne variasjonen er at breidda på datamaterialet kan bli styrkt, og det kjem til syne fleire nyansar (Malterud, 2018a; Malterud et al., 2016).

I denne studien kom det fram ny kunnskap om KTS i oppfølginga av fedmeopererte. Resultata frå denne studien kan vere nyttige for vidareutvikling av KTS til oppfølging av pasientar etter fedmekirurgi og gi innspel til utviklinga av KTS for andre pasientgrupper. Overføringsverdien kjem an på om forskarar og behandlarar vurderer resultata i studien som solide, relevante og nyttige for seg.

Implikasjon for praksis og vidare utvikling

Funna peikar på at tydeleg informasjon om formålet med KTS, korleis opplysningane blir behandla og brukt vidare i oppfølginga, og kva konsekvensar svara har for behandlinga, er avgjerande for vellykka implementering. Særleg bør behandlar forklare kvifor pasienten fyller ut KTS, korleis svare blir brukt i samtalen, og at målet er å fange opp det pasienten sjølv opplever som viktig.

På bakgrunn av desse funna vurderer vi at KTS bør presenterast som ein frivillig førebuing til konsultasjonen og at pasientane kan velje det bort dersom dei ønskjer det. Dette kan redusere risikoen for at nokon føler seg pressa til å dele sensitive opplysningar, eller ikkje ynskjer å svare ærleg. Desse råda bygger på funna våre, men bør undersøkast nærare i framtidige studiar, til dømes ved å samanlikne erfaringar med frivillig og meir obligatorisk bruk av KTS. I tillegg bør behandlaren bruke svarrapporten fleksibelt og vere lydhøyr for pasienten sine prioriteringar, uavhengig av kva som står i skjemaet.

Vi ser og behov for vidare forsking som undersøker korleis KTS faktisk blir brukt som grunnlag for dialog mellom pasient og behandlar i polikliniske konsultasjonar, og om kombinasjonen av god informasjon og systematisk bruk av KTS som grunnlag for dialog kan styrke pasientmedverknad. Det bør og utforskast korleis innhaldet i KTS kan tilpassast slik at det opplevast som meiningsfullt og støttande for pasientane.

Konklusjon

Studien viser at vellykka implementering av KTS krev meir enn teknisk integrasjon. For at KTS skal styrke kvaliteten på konsultasjonen må pasientens forståing, spørjeskjemaets relevans og pasientopplevd tryggleik ivaretakast. Erfaringane varierte: medan nokre opplevde skjemaet som nyttig for refleksjon, uttrykte fleire tydeleg skepsis og erfarte delar av innhaldet som lite relevant og til dels belastande, særleg spørsmål knytt til psykisk helse. Dette peikar på at utfordringane ikkje berre handlar om manglande informasjon, men om korleis verktøyet opplevast i praksis. KTS bør kanskje difor ikkje være eit standard verktøy, men eit tilbod til pasientane for å sikre brukarinvolvering.

Litteratur

Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. *Psychother Res*, *25*(1), 6–19. https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696

Busetto, L., Dicker, D., Azran, C., Batterham, R. L., Farpour-Lambert, N., Fried, M., Hjelmesæth, J., Kinzl, D. R. L., Makaronidis, K. S., Schindler, K., Topalak, H., … Yumuk, V. (2017). Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obesty Facts, 10*(6), 597–632. https://doi.org/10.1159/000481825

Börjesson, S., & Boström, P. K. (2019). "I want to know what it is used for": Clients' perspectives on completing a routine outcome measure (ROM) while undergoing psychotherapy. *Psychother Res*, *30*(3), 337–347. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1630780

Carlier, I. V., Meuldijk, D., Van Vliet, I. M., Van Fenema, E., Van der Wee, N. J., & Zitman, F. G. (2010). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *J Eval Clin Pract*, *18*(1), 104-110. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x

Castaneda, D., Popov, V. B., Wander, P., & Thompson, C. C. (2018). Risk of Suicide and Self-harm Is Increased After Bariatric Surgery-a Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*, *29*(1), 322–333. https://doi.org/10.1007/s11695-018-3493-4

Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, *15*(2), 37–70. https://doi.org/10.1177/1529100614531398

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora.* https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/

Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering-Reform eller retorikk*. Gyldendal Akademiske.

Enden, T., Bernklev, T., Jelsness-Jørgensen, L.-P., & Amdal, C. D. (2018). Pasientene kjenner best egen helse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, *138*(8). https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1054

Eriksen, C. B. (2017). Det er ikke slut, før den fede dame taber sig. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, *41*(2), 106–123. https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2017-02-02

Field, J., Holmes, M. M., & Newell, D. (2019). PROMs data: can it be used to make decisions for individual patients? A narrative review. *Patient related outcome measures*, *10*, 233–241. https://doi.org/10.2147/PROM.S156291

Gibbons, C., Porter, I., Gonçalves-Bradley, D. C., Stoilov, S., Ricci-Cabello, I., Tsangaris, E., Gangannagaripalli, J., Davey, A., Gibbons, E. J., Kotzeva, A., Evans, J., van der Wees, P. J., Kontopantelis, E., Greenhalgh, J., Bower, P., Alonso, J., & Valderas, J. M. (2021). Routine provision of

feedback from patient-reported outcome measurements to healthcare providers and patients in clinical practice. *Cochrane Database Syst Rev*, *10*(10), Cd011589. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011589.pub2

Goldenshluger, A., Elazary, R., Cohen, M. J., Goldenshluger, M., Ben-Porat, T., Nowotni, J., Geraisi, H., Amun, M., Pikarsky, A. J., & Keinan-Boker, L. (2018). Predictors for Adherence to Multidisciplinary Follow-Up Care after Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg*, *28*(10), 3054–3061. https://doi.org/10.1007/s11695-018-3296-7

Helse Bergen (2016). Nordiske retninglinjer for kontroll og tilskudd av vitaminer/mineraler samt oppfølging etter fedmekirurgi kontroll-og-tilskudd-av-vitaminer. https://www.helse-bergen.no/49c469/siteassets/seksjon/soreg/documents/nordiske-retningslinjer-for-kontroll-og-tilskudd-av-vitaminer---norsk-versjon-pdf-26.5.17.pdf

Hegland, P. A., Aasprang, A., Hjelle Øygard, S., Nordberg, S., Kolotkin, R., Moltu, C., Tell, G. S., & Andersen, J. R. (2018). A review of systematic reviews on the effects of patient-reported outcome monitoring with clinical feedback systems on health-related quality of life-implications for a novel technology in obesity treatment. *Clin Obes*, *8*(6), 452–464. https://doi.org/10.1111/cob.12277

Hegland, P. A., Aasprang, A., Kolotkin, R. L., Moltu, C., Tell, G. S., & Andersen, J. R. (2020). A novel patient-reported outcome monitoring with clinical feedback system in bariatric surgery care: study protocol, design and plan for evaluation. *BMJ Open*, *10*(6), e037685. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037685

Hovland, R.T. (2020). *Kliniske tilbakemeldingssystemer i psykiske helsevern - implementering og praktisering.* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.

Hovland, R. T., Ytrehus, S., Mellor-Clark, J., & Moltu, C. (2020). How patients and clinicians experience the utility of a personalized clinical feedback system in routine practice. *Jounal of Clinical Psychology, 79*, 711–728. https://doi.org/10.1002/jclp.22992

Malterud, K. (2018a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (2 ed.). Universitetsforlaget As.

Malterud, K. (2018b). *Kvalitative forsknings-metoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget As.

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, *26*(13), 1753–1760. https://doi.org/10.1177/1049732315617444

McAleavey, A. A., de Jong, K., Nissen-Lie, H. A., Boswell, J. F., Moltu, C. & Lutz, W. (2024). Routine outcome monitoring and clinical feedback in psychotherapy: Recent advances and future directions. *Adm Policy Ment Health, 51,* 291–302. https://doi.org/10.1007/s10488-024-01351-9

Mechanick, J. I., Apovian, C., Brethauer, S., Garvey, W. T., Joffe, A. M., Kim, J., Kushner, R. F., Lindquist, R., Pessah-Pollack, R., Seger, J., Urman, R. D., Adams, S., Cleek, J. B., Correa, R., Figaro, M. K., Flanders, K., Grams, J.,

Hurley, D. L., Kothari, S., ... Still, C. D. (2019). Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures - 2019 update: Cosponsored by American association of clinical endocrinologists/American college off endocrinology, The obesity society, American society for metabolic & Bariatric surgery, Obesity medicine association, and American society of anesthesiologists - executive summary. *Endocr Pract*, *25*(12), 1346–1359. https://doi.org/10.4158/gl-2019-0406

Müller, A., Hase, C., Pommnitz, M. & de Zwaan, M. (2019). Depression and Suicide After Bariatric Surgery. *Curr Psychiatry Rep*, *21*(9), 84. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1069-1

Natvik, E., Lavik, K. O., Ogden, J., Strømmen, M. & Moltu, C. (2022). The patient-practitioner interaction in post bariatric surgery consultations: an interpersonal process recall study. *Disability and Rehabilitation*, 1–10. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2152876

Natvik, E., Råheim, M. & Sviland, R. (2021). The hamster wheel: a case study on embodied narrative identity and overcoming severe obesity. *Med Health Care Philos*, *24*(2), 255–267. https://doi.org/10.1007/s11019-021-10002-x

Nielsen, A. S., Kidholm, K. & Kayser, L. (2020). Patients' reasons for non-use of digital patient-reported outcome concepts: A scoping review. *Health Informatics J*, *26*(4), 2811–2833. https://doi.org/10.1177/1460458220942649

Robstad, A. N., Westergren, T., Siebler, F., Søderhamn, U., Fegran, L. (2019). Intensive care nurses`implicit an explicit attitudes and their behavioural intension towards obese intensive care patients. *J Adv Nurs, 75*, 3631–3642. https://doi.org/10.1111/jan.14205

Sarwer, D. & Heinberg, L. (2020). A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and bariatric surgery. *Am Psychol*, *75*(2), 252–264. https://doi.org/10.1037/amp0000550

Simpson, E., Brown, R., Sillence, E., Coventry, L., Lloyd, K., Gibbs, J., Tariq, S. & Durrant, A. C. (2021). Understanding the Barriers and Facilitators to Sharing Patient-Generated Health Data Using Digital Technology for People Living With Long-Term Health Conditions: A Narrative Review. *Front Public Health*, *9*, 641424. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.641424

Solstad, S. M., Castonguay, L. G. & Moltu, C. (2017). Patients' experiences with routine outcome monitoring and clinical feedback systems: A systematic review and synthesis of qualitative empirical literature. *Psychother Res*, *29*(2), 157–170. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1326645

Solstad, S. M., Kleiven, G. S. & Moltu, C. (2020). Complexity and potentials of clinical feedback in mental health: an in-depth study of patient processes. *Quality of life research*, *30*, 3117–3125. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02550-1

Spirou, D., Raman, J. & Smith, E. (2020). Psychological outcomes following surgical and endoscopic bariatric procedures: A systematic review. *Obes Rev*, *21*(6), e12998. https://doi.org/10.1111/obr.12998

Swager, L. C., Pratt, K. J., Kiser, H. M. & Pona, A. A. (2024). Metabolic and Bariatric Surgery Patients' Preoperative Dieting Attempts and Associations With Postoperative Outcomes. *Obes Sci Pract.10*(6), e70030. https://doi.org/10.1002/osp4.70030

Szmulewicz, A., Wanis, K. N., Gripper, A., Angriman, F., Hawel, J., Elnahas, A., Alkhamesi, N. A. & Schlachta, C. M. (2019). Mental health quality of life after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical obesity*, *9*(1), e12290. https://doi.org/10.1111/cob.12290

Tanneberger, A. & Ciupitu-Plath, C. (2018). Nurses' Weight Bias in Caring for Obese Patients: Do Weight Controllability Beliefs Influence the Provision of Care to Obese Patients? *Clin Nurs Res*, *27*(4), 414–432. https://doi.org/10.1177/1054773816687443

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2016). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Fagbokforlaget.

Ueland, V. (2019). Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme. *Sykepleien forskning, 14*(77012), e-77012. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.77012

Våge, V., Lyyjynen H. & Hanson, S. (2023). *Norsk kvalitetsregister for fedmekirugi* (Årsrapport 2023). Scandinavian obesity surgery registry Norway https://www.helse-bergen.no/49daff/contentassets/2444c1e8cc95404fa3529d8af4a0602f/arsrapport-soregn-2023_final.pdf