
Problematisk alkoholbruk etter fedmekirurgi – en kvalitativ studie

ORIGINALARTIKKEL

HEGE TVEDT

hege.tvedt@sus.no

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse-Vest
Stavanger universitetssjukehus

Forfatterbidrag: planlegging, deltakelse og gjennomføring av
forskningsprosessen, intervju av deltakerne, utforming/design,
datainnsamling, analyse, fortolkning, litteratursøk og utarbeiding av
manuskriptet.

Hege Tvedt er klinisk sosionom med master i rus- og psykisk helsearbeid
og utfører rustilsyn på somatiske sengeposter.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

REIDAR STOKKE

Rogaland A-senter

Forfatterbidrag: idé, rekruttering av deltakerne, rusmedisinsk
kvalitetssikring, analyse og tolkning av data, litteratursøk,
utredning/revisjon av manuskriptet og godkjenning av innsendte
versjon.

Reidar Stokke er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og i
allmennmedisin og er avdelingssjef.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

TORGEIR GILJE LID

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse-Vest
Stavanger universitetssjukehus

og

Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Stavanger

Forfatterbidrag: idé, tilrettelegging, litteratursøk, revisjon av manuset og godkjenning av innsendte versjon.

Torgeir Gilje Lid er ph.d., spesialist i allmennmedisin, forskningsleder og førsteamanuensis II.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE SCHANCHE SELBEKK

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Stavanger

og

Rogaland A-senter

Forfatterbidrag: idé, utforming, design, metode, analyse og tolkning, litteratursøk, utarbeiding og revisjon av manuskriptet samt godkjenning av innsendte versjon.

Anne Schanche Selbekk er ph.d., sosiolog, førsteamanuensis og tidligere ansatt som FOU-leder ved Rogaland A-senter.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Forskning viser at det er økt risiko for alkoholbrukslidelser etter fedmekirurgi. Hensikten med studien var å få innsikt i hva fedmeopererte i rusbehandling selv tenker om mulige årsaker til utvikling av problematisk alkoholbruk etter fedmekirurgi.

MATERIALE OG METODE

Ti dybdeintervju med pasienter i rusbehandling i 2020 som tidligere hadde gjennomgått fedmekirurgi (seks menn og fire kvinner), ble gjennomført. Materialet ble transkribert og analysert ved hjelp av en stegvis deduktiv-induktiv (SDI) metode.

RESULTATER

Deltakerne opplevde problematisk alkoholbruk først etter fedmeoperasjonen. De beskrev nye intense rusopplevelser og at kroppen responderte annerledes på alkohol. Alkohol fikk nye funksjoner, som appetittvekker, smertedemper og materstatter. De fleste hadde positive erfaringer fra den første tiden etter operasjonen, men deltakerne beskrev samtidig en ambivalent kroppsomstilling og økt psykisk sårbarhet i årene etter.

FORTOLKNING

Alkoholens nye virkning og funksjon etter inngrepet kan ha gjort deltakerne mer sårbare for utvikling av problematisk alkoholbruk.

Hovedfunn

Et problematisk forhold til alkohol utviklet seg først etter fedmekirurgi.

Studiedeltakere beskrev nye og intense rusopplevelser ved alkoholinntak etter operasjonen.

Alkohol fikk nye funksjoner knyttet til appetitt, smerter, erstatning for mat og psykiske helseutfordringer.

Fedme og overvekt har vært en økende folkehelseutfordring i Norge de siste 40–50 årene [\(1\)](#). For personer med sykelig overvekt som har forsøkt konservativ behandling uten effekt og har BMI ≥ 35 kg/m² med tilleggssykdommer eller BMI < 40 kg/m², kan fedmekirurgi være en mulig behandling [\(2\)](#). Gastrisk bypass og langsgående ventrikkelreseksjon er omtrent like hyppige og utgjorde ni av ti operasjoner i 2021 [\(3\)](#).

Flere kunnskapsoppsummeringer viser en økt risiko for alkoholbrukslidelser og problematisk alkoholbruk etter fedmekirurgi [\(4–6\)](#). Samtidig er disse studiene vanskelige å sammenfatte grunnet ulik oppfølgingstid, operasjonsmetode og utvalg [\(4\)](#). En norsk registerstudie av forekomst av alkoholbrukslidelse etter operasjon fant at 6,36 % etter gastrisk bypass og 4,54 % etter langsgående ventrikkelreseksjon utviklet alkoholbrukslidelse per 1 000 personår [\(7\)](#). Risikoen for utvikling av alkoholavhengighet etter fedmekirurgi er høyere ved gastrisk bypass, og høyere for menn, røykere, de med jevnlig alkoholbruk før operasjonen og yngre personer samt ved bruk av illegale rusmidler og lav grad av tilhørighet [\(4, 8\)](#).

Forsterkningsprosesser knyttet til inntak av alkohol endres etter fedmekirurgi og kan øke sannsynligheten for utvikling av alkoholbrukslidelser [\(4, 9\)](#). Endret anatomi etter operasjonen gir kraftigere og raskere alkoholeffekt på grunn av redusert nedbrytning av alkohol og raskere tømming av magesekken, særlig ved gastrisk bypass [\(10, 11\)](#). En nylig publisert studie av Engel og medarbeidere [\(12\)](#) med målinger før kirurgi og ett år etter identifiserte endringer i belønningseffekter og farmakokinetiske effekter av alkohol som mulige årsaker til økt risiko for alkoholbrukslidelse etter gastrisk bypass. Forsterkede belønningsreaksjoner ved alkoholinntak kan skje uavhengig av endret farmakokinetikk, muligens mediert av endringer i appetittregulerende peptider i magesekken [\(11\)](#).

Andre foreslåtte forklaringsmodeller er symptomsubstitusjon og avhengighetsoverføring, der alkohol trigger de samme belønningsresponsene i hjernen som mat gjorde tidligere [\(10, 11\)](#). I flere studier har man undersøkt mulige sammenhenger mellom matavhengighet før operasjon og utvikling av alkoholbrukslidelse etter operasjon. Resultatene viser at matavhengighet blant kandidater for fedmeoperasjon er relativt vanlig, men teorien om avhengighetsoverføring er usikker [\(13\)](#). Sammenfattet viser flere kvalitative studier økt sensitivitet for alkohol etter operasjon, med raskere beruselse, som igjen kan føre til mindre kontroll over alkoholinntaket [\(10, 14–16\)](#). Andre kvalitative studier viser hvordan problematisk alkoholbruk etter fedmekirurgi

er relatert til uløste psykologiske vansker, negativt selvilde, utfordringer med å håndtere matrestriksjoner, lite sosial støtte og at man er uforberedt på alkoholens virkning etter operasjonen (10, 15). Livstidsprevalensen for psykiske lidelser og psykososiale vansker blant personer med fedme med eller uten gjennomgått fedmekirurgi er større enn i den generelle befolkningen (9).

Fedmekirurgi innebærer store livsstilsendringer gjennom matrestriksjoner (15) og en identitetsmessig omstilling hvor man skal forholde seg til en ny kropp (17). Gjennom en fedmeoperasjon der kroppen endres, kan også opplevelsen av å være akseptert i offentligheten endres (18). En hypotese er at økt sosial deltakelse for noen pasienter kan føre til økt tilgang på alkohol, som igjen kan bidra til å forsterke inntaket (9).

Få studier har fokusert på pasienters egne erfaringer med utvikling av alkoholproblemer. Ingen studier er så langt vi vet gjennomført i norsk kontekst. I denne studien ville vi se nærmere på hvordan fedmeopererte pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling selv beskriver sine erfaringer med utvikling av alkoholproblemer. Vi ønsket å utforske dette basert på en biopsykososal forståelse av fenomenet (19, s. 120), med utgangspunkt i en kritisk realistisk vitenskapsposisjon, der kompleksiteten i fenomenet og spillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale mekanismer fremheves (20).

Følgende problemstilling ble formulert: Hvilke erfaringer har fedmeopererte som er henvist til rusbehandling med alkoholbruk f r og etter operasjon, og hva beskriver de selv som mulige årsaker til at alkohol ble et problem?

Materiale og metode

Deltakerne ble rekruttert fra en utrednings- og rusbehandlingsenhet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB, heretter omtalt som rusbehandling) i perioden januar til september 2020. Inklusjonskriteriene var gjennomgått fedmekirurgi, alder over 30 år og alkoholbrukslidelse med minimum to gjennomførte polikliniske samtaler eller en innleggelse i døgnbehandling. 35 personer oppfylte inklusjonskriteriene, og ti av disse ble valgt ut ifra spredning i alder, kjønn og behandlingsomfang.

I første runde kontaktet en sekretær ved rusbehandlingsenheten ti pasienter, hvorav sju samtykket til deltakelse, to takket nei og én svarte ikke på telefonen. I andre runde ble til sammen seks nye kontaktet, hvorav to takket nei og fire ønsket å delta.  n av disse ble imidlertid ekskludert grunnet bruk av illegale rusmidler.

Seks menn og fire kvinner i alderen 30–69 år ble inkludert i studien.  tte pasienter hadde gjennomgått gastrisk bypassoperasjon og to ventrikelreseksjon. Behandlingsniv et varierte mellom innleggelse, poliklinisk behandling eller begge deler.

Individuelle dybdeintervju ble valgt som metode, og det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (21). Temaer i intervjuguiden var blant annet bakgrunn for å velge fedmekirurgi, forholdet til mat, alkoholbruk f r og etter

operasjon, helsetilstand og erfaringer med hjelpeapparatet. Deltakernes erfaringer med hjelpeapparatet ble ikke analysert i denne artikkelen. Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter høsten 2020 etter skriftlig samtykke, enten hjemme hos deltakerne, i rusinstitusjon eller på intervjuerens arbeidssted. Deltakerne fikk selv velge intervjusted, med unntak av dem som på intervjutidspunktet var innlagt i døgnbehandling. Intervjulengden var 32–90 minutter, med et gjennomsnitt på 64 minutt. Noen deltakere hadde mer på hjertet enn andre, og den semistrukturerte intervjuguiden la til rette for å stille utdypende oppfølgingsspørsmål. Intervjuene ble tatt opp og transkribert verbatim (ordrett).

Intervjuene ble analysert av førsteforfatter i samarbeid med andre og fjerdeforfatter, ved hjelp av en stegvis deduktiv-induktiv (SDI) metode (21). Målet med denne metoden er å utvikle generaliserbare konsepter eller funn som både støtter opp om, utfordrer og utvider eksisterende teori. Metoden tar utgangspunkt i en induktiv empirinær koding av det transkriberte materialet, som videre bearbeides gjennom grupperinger av koder og utvikling av konsepter. Selv om metoden er induktiv, er den også deduktiv, fordi man i de senere stegene søker støtte i teori og sjekker opp mot empirien. I analysen sjekket vi empirien opp mot eksisterende teorier for utvikling av alkoholbrukslidelse hos fedmeopererte.

NVivo 12 Plus ble brukt i analysearbeidet. Datamaterialet besto av 237 transkriberte sider (108 172 ord) som ble til 412 empirinære koder (*nodes*) i NVivo, deretter gruppert til 26 kodegrupper, og til slutt sammenslått og redusert til fem kodegrupper som representerer funnene.

For å sikre kvaliteten i rapporteringen fra studien benyttet vi oss av COREQ, en 32-punkts sjekkliste for kvalitative intervjustudier (22).

Studien ble godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning Vest (saksnummer 108872) og av Norsk senter for forskningsdata (saksnummer 279680).

Resultater

Problematisk alkoholbruk utviklet seg etter operasjonen

Deltakerne hadde varierende grad av alkoholbruk før operasjonen, men ingen hadde tidligere opplevd alkohol som problematisk eller blitt henvist til rusbehandling. «Til tross for høy tilgang til alkohol drakk jeg lite» sa deltaker 1 (heretter kalt D1, deltaker 2 er D2 osv.). Flere vurderte at alkoholforbruket før operasjonen hadde vært høyere enn gjennomsnittet i befolkningen, men at det «aldri skapte noen problemer» (D2). Deltakerne beskrev at alkoholbruken begynte å bli problematisk fra tre måneder til fem år etter operasjonen. De som selv syntes at de hadde høyt alkoholforbruk før operasjonen, utviklet problematisk bruk raskt etter operasjonen. De fleste opplevde at det var en sammenheng mellom fedmeoperasjonen og utvikling av alkoholproblemer. To av deltakerne mente at operasjonen var eneste årsak til alkoholproblemet.

Den nye intense rusopplevelsen

Samtlige deltakere beskrev hvordan deres erfaringer med å drikke alkohol drastisk endret karakter etter operasjonen. Alle opplevde at alkoholen virket raskere, og etter 2–3 alkoholenheter følte de seg beruset. Deltaker 3 konkretiserte at han opplevde å tåle maksimalt halvparten av det han tålte før. I tillegg beskrev de fleste at de ble like fort edru som de ble beruset, og at de på den måten opplevde gjentakende sterke rusopplevelser i løpet av en kveld: «Jeg har jo faktisk blitt full og edru tre ganger på en kveld» (D4). Deltaker 1 opplevde rusen som intens og sammenlignet den med å sette et skudd med heroin: «Jeg vil tro det kan sammenlignes med å sette et skudd, for virkningen kommer så raskt.» For flere gav den raske beruselsen en god, varm og avslappende følelse i kroppen:

«Jeg tålte så lite før jeg kjente det, det var så lett å få den gode følelsen, om og om igjen, i løpet av en kveld. Det var den følelsen jeg ble avhengig av.» (D5)

Deltaker 3 og 4 kjente et sug etter alkohol som de ikke tidligere hadde hatt.

Flere beskrev en endret opplevelse av bakrus. Deltaker 6 kjente ikke lenger bakrus, og dermed ble terskelen for å drikke lavere. Deltaker 7 og 8 opplevde at bakrusen var kraftigere enn før, og fikk behov for å «reparere». Alle tre oppfattet den nye bakrusen som en medvirkende faktor til alkoholproblemet. Deltakerne opplevde at kroppen «snakket» med dem på en annerledes måte som de ikke forsto, og at de måtte lære seg å «kommunisere» med sin egen kropp på nytt:

«Kroppen min har alltid vært flink å si fra, 'nå kan du ta deg en kopp med kaffe', men etter operasjonen så gjør den ikke det lenger.» (D1)

Alkohol som appetittvekker, smertedemper og materstatter

Deltakerne beskrev at alkohol fikk nye funksjoner for dem etter inngrepet. Flere deltakere opplevde matrestriksjoner etter operasjonen som krevende, med dårlig matlyst, redusert smakssans og magesmerter etter spising. De fortalte om hvordan alkohol kunne bidra til å normalisere eller gjenskape tidligere forhold til mat, enten som en appetittvekker, smertedemper eller materstatter.

Deltaker 8 hadde et lidenskapelig kjærlighetsforhold til mat: «Når jeg var brisen, var det lettere å spise, fordi jeg fikk bedre appetitt, slik at jeg kunne spise mer.» Flere av deltakerne savnet å spise uten å kjenne ubehag, og noen hadde erfart at magesmertene forsvant når de drakk alkohol: «De første årene var det en del magesmerter, og jeg merket at når jeg drakk vin, så gikk det bort» (D2). Deltaker 7 fikk etter operasjon et såkalt dumpingsyndrom (ubehagelige symptomer grunnet raskt tømming av magesekken) hvis hun spiste sjokolade, men ikke når hun drakk alkohol.

For to av deltakerne var matinntak før operasjonen nært knyttet til regulering av følelser, der mat enten gav glede eller dempet vanskelige følelser: «Mat fungerte som trøst for meg, så ble det plutselig tatt fra meg og alkoholen ble et substitutt for maten» (D9). Deltaker 5 hadde ikke før intervjuet reflektert rundt hvorvidt eget forhold til mat var knyttet til regulering av følelser, men underveis i intervjuet resonnererte hun seg fram til en mulig sammenheng.

Flertallet opplevde imidlertid ikke at maten hadde vært en mestringsstrategi knyttet til regulering av følelser. Vektoppgangen forklarte de med at de hadde vært over gjennomsnittet glade i mat, at de spiste uregelmessige måltider, gjerne få og store porsjoner til feil tidspunkt på dagen. I tillegg pekte de på forklaringer som inaktivitet og arv.

Ambivalent kroppsomstilling

De fleste hadde positive erfaringer fra den første tiden etter operasjonen. Deltakerne var samlet sett fornøyde med vektnedgangen. Det gjorde godt å kjenne at kroppen var lettere og klarte mer, og enkelte var for første gang i livet fornøyde med egen kropp og utseende. Deltaker 5 uttrykte at hun følte seg som et nytt menneske. Hvor mye den tidligere vekten hadde påvirket livssituasjonen, selvbildet og det sosiale livet var ulikt for deltakerne. Flere hadde slitt med overvekt siden barndommen.

Tre av deltakerne gav uttrykk for lavt selvilde før operasjonen, knyttet til kropp og utseende.

For noen innebar vektnedgangen at man i større grad deltok på samfunnets arenaer. Før operasjonen hadde ikke deltaker 1 et sosialt liv utenom jobb, men etter operasjonen endret dette seg:

«Jeg var høy på meg selv, sosial, tok alle rom jeg kom inn i og traff damer, noe jeg ikke hadde gjort på mange år.» (D1)

Selv om den første tiden etter operasjonen for mange var en opptur, var det deltakere som angret på operasjonen og ikke ville anbefale den til andre. Både deltaker 1 og deltaker 7 fikk større sosiale og personlige utfordringer enn før operasjonen. For deltaker 1 forverret depresjonen seg, mens deltaker 7 følte at kroppen ikke tok til seg næring og ble utmattet og deprimert. Begge opplevde at alkohol fungerte som medisin.

Samtidig som gleden over den slanke kroppen var til stede, var det for deltaker 5 vanskelig å ta inn over seg endringen. Frykten for å legge på seg ble stor, og forholdet til kroppen enda mer anstrengt enn før.

I tillegg til de positive følgene av operasjonen som de selv erfarte, opplevde de også positiv oppmerksomhet og mindre stigma fra omgivelsene. Den nye oppmerksomheten fra andre ble på den ene siden verdsatt, samtidig som omstillingen til livet som slank ble beskrevet som en lang prosess der «hodet ikke holder følge» (D5) og «jeg kjøper etter 10 år fortsatt størrelse L i klær, selv om jeg vet at jeg bruker størrelse S» (D9). Disse erfaringene ble ikke direkte koblet til problematisk alkoholbruk.

Økt psykisk sårbarhet

Deltakerne beskrev at personlige utfordringer i livet også hadde betydning for utvikling av problematisk alkoholbruk, der alkohol ble brukt for å dempe psykisk smerte: «Jeg brukte ikke alkohol for å bli ruset, men for å skru meg av» (D9).

Nesten halvparten av deltakerne hadde slitt med depresjon over flere år før operasjonen. Blant deltakerne som ikke tidligere hadde hatt psykiske vansker, opplevde flere at de fikk det etter operasjonen. De beskrev at de følte seg mer

sårbare og tunge til sinns. Én uttrykte det slik:

«Før var jeg utadventd, nå er jeg blitt asosial og bare drikker, er alene, ser TV, låser meg inne (...) det har nok med alkohol å gjøre, men det er flere faktorer som spiller inn...» (D8)

Diskusjon

Endring i kroppens reaksjoner på alkohol etter fedmekirurgi er beskrevet i både kvalitative og kvantitative studier, særlig ved gastrisk bypass (4, 7, 14, 15, 23). I denne studien fikk vi rike beskrivelser av hvordan deltakerne konkret opplevde dette. Å erfare en belønningsreaksjon som er mye sterkere enn det man tidligere har erfart, kan gjøre motivasjonen for gjentakelse ekstra sterk (24). Beskrivelsen av at «det er som å sette et skudd» synliggjør den potensielle avhengighetsskapende kraften som kan ligge i en intensiv opplevelse. Erfaringene kan jamføres med det som i studien til Yoder og medarbeidere beskrives som *a new buzz* som er med på å forsterke en utvikling mot problematisk alkoholbruk (10). Hvordan dette eventuelt henger sammen med forventninger til alkohol i forkant av operasjon vet vi mindre om.

Mange av deltakerne erfarte at de ble like fort edru som de ble beruset, men vi har ikke funnet studier som direkte kan bekrefte dette. Tvert imot viser studier at det tar lengre tid å bli edru (11). Annen forskning viser at fedmeopererte beskriver både bedre rus og manglende bakrus (25), slik som hos noen av våre deltakere. Vi har utilstrekkelig kunnskap om bakrus innenfor avhengighetsforskningen, men stort inntak vil vanligvis gi verre bakrus (26, s. 116).

De fleste deltakerne i denne studien opplevde bedre livskvalitet etter operasjonen, med vektnedgang, høyere aktivitetsnivå, mindre stigma og økt sosialisering, noe som innebar at de i større grad var deltakere på arenaer der bruk av alkohol var en del av det sosiale livet. Dette bekreftes også i andre kvalitative studier, der den første tiden etter operasjon beskrives som en *honeymoon* (10). Om økt tilstedeværelse på sosiale arenaer med bruk av alkohol var med på å forsterke utvikling av alkoholproblemer, sa imidlertid ikke deltakerne noe om.

Alkohol som medisin eller erstatning

Alkohol fikk en ny funksjon som appetittvekker (da appetitten forsvant) og smertestiller (når smertene kom) for flere deltakere. Vi har ikke funnet annen forskning som tar opp disse aspektene. I en eksperimentell studie om alkohol og appetitt i den generelle befolkningen fant man at moderat alkoholkonsum kan føre til økt appetitt, særlig for fettholdig og velsmakende mat, fordi slik mat påvirker belønningsmekanismene i hjernen, som frigjør dopamin og gir velbehag (27). Alkohol har også smertedempende egenskaper som gjør at selvmedisinering mot smerter er relativt vanlig (28). Samtidig har alkohol en dempende effekt som kan føre til at mindre oppmerksomhet rettes mot smertene (26), og disse vil derfor oppleves som svakere.

To av deltakerne i studien beskrev hvordan det å spise fungerte som trøst og som en regulering av egne følelser, og alkoholen erstattet etter operasjonen maten som trøst. Dette kan forstås i lys av teorier om matavhengighet og det å fylle tomrommet. Samtidig gjelder dette bare to av deltakerne i denne studien, i motsetning til i Yoder og medarbeideres studie der psykologiske drivere ble sett på som grunnleggende for utvikling av et alkoholproblem for de fleste deltakerne (10). Det er allikevel verd å merke seg at omtrent halvparten av deltakerne i denne studien slet med depresjon i forkant av operasjon.

Teorier om avhengighetsoverføring (11, 24), der én avhengighet blir erstattet med en annen, er usikre og foreløpig for lite utforsket (13). Vitenskapelig sett er det vanskelig å definere klart hva matavhengighet er, og man strever med å finne en klar sammenheng mellom matavhengighet før kirurgi og alkoholavhengighet etter. Alkoholproblem etter kirurgi henger sammen med typen inngrep, og utviklingen av alkoholbrukslidelser skjer ikke umiddelbart etter operasjonen, men gjerne flere år senere (4). Fysiologiske og psykologiske teorier utelukker imidlertid ikke hverandre. Begge kan ha betydning sammen med sosiale faktorer for utviklingen av alkoholbrukslidelse (23). Selv om teorien om å fylle tomrommet bare dekker erfaringene til to av våre deltakere, kan den bidra til å forstå hva som ligger bak utviklingen av alkoholbrukslidelser etter fedmekirurgi.

Negativ forsterkning

Nesten halvparten av deltakerne hadde slitt med depresjon over flere år før operasjonen, og flere av deltakerne som ikke hadde hatt det før, fikk psykiske vansker etter operasjonen. Etter fedmeoperasjon forekommer både kroniske følgeeffekter (29) og forverring av eller nyoppstått depresjon (30). En kvalitativ norsk studie blant personer med sykelig overvekt viste at traumer og andre belastende livserfaringer er assosiert med overvekt (31). Selv om deltakerne ikke nødvendigvis relaterte alkoholbruk direkte til utfordringer av psykososial karakter, er det naturlig å tenke at disse fenomenene spiller sammen som negative forsterkninger (23).

For et mindretall av deltakerne i denne studien var omstillingen til det nye livet en krevende prosess de var lite forberedt på. To av kvinnene slet med at de fortsatt følte seg store, selv om de hadde mindre kropp, noe som understøttes i litteraturen (17). Noen var bekymret for vektoppgang og hadde fortsatt et anstrengt forhold til kroppen, som er vanlig etter fedmeoperasjon (32). Deltakerne koblet ikke disse utfordringene direkte til utvikling av alkoholproblemer, men det er allikevel relevant å peke på en mulig sammenheng mellom en ambivalent kroppsomstillingsprosess og økt psykisk sårbarhet, som igjen kan resultere i et økt inntak av alkohol som mestringsstrategi (24).

I en studie fant man at de som utviklet alkoholproblemer etter operasjon, i større grad hadde dårligere selvbilde knyttet til manglende mestring av alkoholbruken og vektoppgang (15). Enkelte deltakere i vår studie var engstelig for vektoppgang, noen hadde lagt litt på seg, med dette ble ikke direkte satt i sammenheng med dårlig selvbilde. De fleste slet imidlertid med dårlig samvittighet og stigma relatert til manglende kontroll over alkoholbruken, noe

som kan tolkes som en form for mislykkethet over egen kontrollleve. For dem som var mest misfornøyde med utseendet før operasjonen og hadde lavt selvbilde, kan stigma rundt problematisk alkoholbruk bli et dobbelt stigma.

Styrker og svakheter ved studien

Selv om antallet studiedeltakere kunne vært høyere, vil vi argumentere for at materialet har god informasjonsstyrke, i tråd med Malteruds modell (33). Deltakerne som på intervjutidspunktet ikke var innlagt i døgninstitusjon, fikk velge om de ville bli intervjuet hjemme hos seg selv eller i intervjuers kontorlokale. Det kan ha påvirket dialogen at intervjuene ble gjennomført i ulike fysiske omgivelser, samtidig som det er nærliggende å tro at de valgte sted ut fra preferanse.

Deltakerne var i ulike faser av rusbehandlingsforløpet, noe som kan ha påvirket svarene deres ulikt. Populasjonen og problemstillingene var spesifikke, dialogen i intervjuene hadde høy kvalitet og studien hadde en klar analysestrategi.

Hensikten med studien var å få tak i pasienterfaringer om et nokså spesifikt tema. Intervjueren hadde lang erfaring med å snakke med pasienter om alkoholbruk og helse, og dette har vært med på å styrke kvaliteten på dialogen. Samtidig jobbet intervjueren på somatisk sykehus og kan ha blitt påvirket av å ha møtt mange pasienter med alkoholproblematikk som har gjennomført fedmekirurgi. På den annen side kan intervjuerens faglige interesse ha kvalitetssikret dialogen.

Det ble ikke gjort pilotintervju eller repetisjonsintervju, og deltakerne fikk ikke mulighet til å lese igjennom intervjuene eller kommentere funnene. Dette kunne man ha gjort for å styrke kvaliteten på studien.

Det retrospektive designet kan ha påvirket detaljnivået i fremstillingen av forløp. Intervjuene ble gjennomført 6–8 måneder ut i koronapandemien, noe som kan ha påvirket deltakernes psykiske helse og alkoholbruk. Samtidig lå mange av deltakernes erfaringer tilbake i tid, og flere hadde vært avholdne til alkohol siden før pandemien.

Konklusjon

Studien bidrar til å belyse og gi innsikt i fedmeoperertes erfaringer med utvikling av problematisk alkoholbruk etter operasjon i en norsk kontekst. Erfaringene kan illustrere hvordan ulike mekanismer knyttet til biologiske endringer virker sammen med psykologiske og sosiale forhold i utviklingen av alkoholbrukslidelser etter fedmekirurgi. Funnene viser at vi trenger mer kunnskap om risikofaktorer for å utvikle alkoholbrukslidelse etter fedmekirurgi. Samtidig ser vi betydningen av å fange opp risikofylt alkoholbruk etter operasjonen og tilby nødvendig hjelp. I tillegg viser våre funn at det er relevant å tematisere eventuell gjennomført fedmekirurgi hos pasienter i rusbehandling.

Artikkelen bygger på Hege Tvedts masteroppgave med prosjekt i regi av Rogaland A-senter. Reidar Stokke var veileder og Anne Schanche Selbekk hovedveileder.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon. <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/> Lest 14.5.2020.
2. Helsedirektoratet. Overvekt og fedme. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme> Lest 18.4.2021.
3. Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOREg-N). Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-06/Årsrapport%202021%20SOREg-N.pdf> Lest 24.11.2022.
4. Ivezaj V, Benoit SC, Davis J et al. Changes in Alcohol Use after Metabolic and Bariatric Surgery: Predictors and Mechanisms. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 85. [PubMed][CrossRef]
5. Azam H, Shahrestani S, Phan K. Alcohol use disorders before and after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Ann Transl Med* 2018; 6: 148. [PubMed][CrossRef]
6. Cerón-Solano G, Zepeda RC, Romero Lozano JG et al. Bariatric surgery and alcohol and substance abuse disorder: A systematic review. *Cir Esp (Engl Ed)* 2021; 99: 635–47. [PubMed][CrossRef]
7. Strømmen M, Bakken IJ, Klöckner C et al. Diagnoses related to abuse of alcohol and addictive substances after gastric bypass and sleeve gastrectomy: a nation-wide registry study from Norway. *Surg Obes Relat Dis* 2020; 16: 464–70. [PubMed][CrossRef]
8. King WC, Chen JY, Mitchell JE et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA* 2012; 307: 2516–25. [PubMed][CrossRef]
9. Sarwer DB, Heinberg LJ. A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and bariatric surgery. <https://psycnet-apa-org.ezproxy.uis.no/fulltext/2020-09435-010.html> Lest 9.3.2021.
10. Yoder R, MacNeela P, Conway R et al. How Do Individuals Develop Alcohol Use Disorder After Bariatric Surgery? A Grounded Theory Exploration. *Obes Surg* 2018; 28: 717–24. [PubMed][CrossRef]
11. Blackburn AN, Hajnal A, Leggio L. The gut in the brain: the effects of bariatric surgery on alcohol consumption. *Addict Biol* 2017; 22: 1540–53. [PubMed][CrossRef]

12. Engel SG, Schaefer LM, Kerver GA et al. The rewarding effects of alcohol after bariatric surgery: do they change and are they associated with pharmacokinetic changes? *Surg Obes Relat Dis* 2022; 18: 190–5. [PubMed][CrossRef]
13. Ivezaj V, Wiedemann AA, Grilo CM. Food addiction and bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2017; 18: 1386–97. [PubMed][CrossRef]
14. Ivezaj V, Kalebjian R, Grilo CM et al. Comparing weight gain in the year prior to treatment for overweight and obese patients with and without binge eating disorder in primary care. *J Psychosom Res* 2014; 77: 151–4. [PubMed][CrossRef]
15. Reaves DL, Dickson JM, Halford JCG et al. A Qualitative Analysis of Problematic and Non-problematic Alcohol Use After Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2019; 29: 2200–9. [PubMed][CrossRef]
16. Spadola CE, Wagner EF, Varga LM et al. A Qualitative Examination of Increased Alcohol Use after Bariatric Surgery among Racially/Ethnically Diverse Young Adults. *Obes Surg* 2018; 28: 1492–7. [PubMed][CrossRef]
17. Perdue TO, Schreier A, Swanson M et al. Majority of female bariatric patients retain an obese identity 18-30 months after surgery. *Eat Weight Disord* 2020; 25: 357–64. [PubMed][CrossRef]
18. Grønning I. Fedmefortellinger: Om vektnedgang og biografiske opprykk. *Sosiologisk Tidsskr* 2014; 22: 227–48. [CrossRef]
19. Biong S, Ytrehus S. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2018.
20. Jakobsen TG. Vitenskapsfilosofi og kritisk realisme - et ikke-antroposentrisk alternativ. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2021: 228–30.
21. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk, 2017.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–57. [PubMed][CrossRef]
23. Saules KK, Wiedemann A, Ivezaj V et al. Bariatric surgery history among substance abuse treatment patients: prevalence and associated features. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6: 615–21. [PubMed][CrossRef]
24. Engel SG, Schaefer LM, Davis J et al. Review of Changes in the Reinforcing Effects of Alcohol in Weight Loss Surgery Patients. *Curr Psychiatry Rep* 2021; 23: 69. [PubMed][CrossRef]
25. Ivezaj V, Saules KK, Wiedemann AA. "I didn't see this coming.": why are postbariatric patients in substance abuse treatment? Patients' perceptions of

etiology and future recommendations. *Obes Surg* 2012; 22: 1308–14. [PubMed][CrossRef]

26. Mørland J, Waal H. *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget, 2016.

27. Schrieks IC, Stafleu A, Griffioen-Roose S et al. Moderate alcohol consumption stimulates food intake and food reward of savoury foods. *Appetite* 2015; 89: 77–83. [PubMed][CrossRef]

28. Alford DP, German JS, Samet JH et al. Primary Care Patients with Drug Use Report Chronic Pain and Self-Medicate with Alcohol and Other Drugs. *J Gen Intern Med* 2016; 31: 486–91. [PubMed][CrossRef]

29. Gribsholt SB, Svensson E, Richelsen B et al. Rate of Acute Hospital Admissions Before and After Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery: A Population-based Cohort Study. *Ann Surg* 2018; 267: 319–25. [PubMed][CrossRef]

30. Green DD, Engel SG, Mitchell JE. Psychological aspects of bariatric surgery. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27: 448–52. [PubMed][CrossRef]

31. Stranden E, Gundersen IF, Getz L et al. Belastende livserfaringer blant pasienter med sykelig overvekt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: 1640–5. [PubMed][CrossRef]

32. Lier HØ, Aastrom S, Rørtveit K. Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery—a qualitative study. *J Clin Nurs* 2016; 25: 322–31. [PubMed][CrossRef]

33. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res* 2016; 26: 1753–60. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 4. januar 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0449

Mottatt 26.6.2022, første revisjon innsendt 2.11.2022, godkjent 24.11.2022.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 16. februar 2026.