



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELSE-OPPG

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR1
Sluttdato:	13-03-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 HELSE-OPPG 1 O-1 2020 VÅR1 stord		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Navn:	Renate Surén
Kandidatnr.:	304
HVL-id:	113274@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Helsepersonells påvirkning på pasientens opplevelse av verdighet i forbindelse med kirurgi for overvekt.

Antall ord *: 29379

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



MASTEROPPGAVE

Helsepersonells påvirkning på pasientens opplevelse av verdighet i forbindelse med kirurgi for overvekt.

Healthcare professionals influence on the patient's experience of dignity in connection with bariatric surgery.

Renate Surén

Tverrfaglig master i klinisk helse- og omsorgsvitenskap
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FSH) / institutt for helse- og omsorg / Masteroppgave i klinisk helse – og omsorgsvitenskap HELS-OPPG

Veileder: Frode Skorpen

13 Mars 2020

Forord

Da var jeg kommet dit at arbeidet med dette masterprosjektet nå er ferdig. Det føles både godt og litt vemodig på samme tid, men mest av alt er jeg veldig stolt over å endelig komme i mål. Det er ikke til å legge skjul på at det har vært ufattelig mye arbeid gjennom mange år, som har tatt av min tid, men som også har gitt meg mye lærdom tilbake. Den kunnskapen jeg nå sitter inne med etter å ha fått fordype meg i omsorgsvitenskapens verden vil jeg alltid bære med meg videre og dra nytte av i mitt videre arbeid. Dette prosjektet kunne aldri blitt virkelighet hvis det ikke var for alle de flotte menneskene som har hjulpet meg på veien til målet, og jeg har mange jeg vil takke.

Jeg vil først og fremst takke alle informantene i studien, som har bidratt med informasjon og gjort at denne studien kunne bli virkelighet. Takk for at dere var så imøtekommende og gav av deres tid.

Jeg må også få takke sykepleiere ved kirurgisk sengepost og fedmepoliklinikken, og da spesielt Vigdis. Tusen takk for at dere har vært så positive og hjelpsomme.

Jeg må også si tusen takk til min veileder Frode Skorpen, for all hjelp, støtte og motivasjon gjennom hele prosessen. Takk for alle gode og konstruktive tilbakemeldinger, for at du alltid fikk meg til å se fremover og at du fulgte meg hele veien til målet.

Jeg må også takke min arbeidsgiver som har tilrettelagt for meg slik at dette studie var mulig å gjennomføre ved siden av full jobb. Takk også til Norsk Sykepleierforbund for stipend som har lettet på de økonomiske utgiftene.

Takk til alle dere gode kollegaer som har hørt på meg, støttet meg og gitt meg motivasjon. Spesielt takk til Tove, for all hjelp og alle de gode samtalene.

Til slutt vil jeg takke alle vennene mine som har fulgt meg og hjulpet meg gjennom disse årene. Spesielt takk til Tone for hjelp til engelsk oversettelse. Og sist men ikke minst må jeg takke familien min, som har vært tålmodige og funnet seg i at jeg har brukt helger og kvelder på skolearbeid. Som har lagt til rette for at jeg har fått fred og ro til arbeidet. Uten dere hadde jeg aldri klart å komme i mål. Tusen takk alle sammen!

Haugesund, Mars 2020

Renate Surén

Sammendrag

Bakgrunn: Hvert år opereres rundt 3000 mennesker i Norge på grunn av overvekt. Tidligere studier har vist at overvektige gir uttrykk for redsel for å bli sett på som mindre verdt enn andre mennesker, og utsettes for stigmatisering og negative holdninger. Tiden på sykehus vil derfor enten kunne bygge opp under slike negative holdninger eller bidra til å fremme pasientens verdighet, og dermed deres syn på seg selv. Studien har ett omsorgsvitenskapelig perspektiv og det er forsøkt å finne svar på følgende problemstilling: «Hvordan påvirker helsepersonell fedmepasientens opplevelse av verdighet gjennom det kirurgiske forløpet?»

Hensikt: Få fram ny kunnskap og økt forståelse for pasienters og sykepleieres erfaringer og egne subjektive opplevelser i forbindelse med kirurgi for overvekt.

Metode: Studien har en Q-metodologisk tilnærming, hvor 32 utsagn ble utviklet med bakgrunn i dagboknotater fra pasienter, dagsaktuelle program fra media, aktuell forskning og faglitteratur. Deltagerne besto av 5 pasienter og 3 sykepleiere. Utsagn ble sortert i en tvungen normalfordelingskurve utfra hva deltagerne var mest enig i til hva de var mest uenig i. Resultatene ble videre analysert og tolket.

Resultat: To faktorsyn ble avdekket og beskrives som «gode relasjoner skaper rom for tillit og trygghet» og «fravær av omsorgsrelasjoner mellom pleier og pasient gir opplevelse av å ikke bli sett og kjenne seg mindre verdsatt».

Konklusjon: Det kom frem at det finnes ulike oppfatninger av hvordan pasienter kjenner seg ivaretatt. For opplevd verdighet synes etablering av gode omsorgsrelasjoner å være essensielt. Å se pasienten som unik, vennlighet og god informasjon synes å fremme opplevelse av verdighet. Mens fraværende omsorgsrelasjoner, mangelfull informasjon og liten oppfølging, synes å virke hemmende på opplevelse av verdighet.

Nøkkelord: Overvekt, verdighet, omsorgsvitenskap, Q-metodologi, opplevelse, subjektivitet

Abstract

Background: Every year around 3000 people are operated in Norway due to obesity. Previous research has shown that people who struggle with obesity are subjected to stigma and negative attitudes, and several have expressed fear of being seen as less worthy than other people. The time in hospital will therefore either substantiate such negative attitude or help to promote the patient's dignity, and their self-experience. The study has a care science perspective, and we have tried to find answers to the following research question: "How does health care professionals influence the obese patient's experience of dignity throughout the surgical course?"

Purpose: The purpose was to develop new knowledge and an increased understanding of patients' and nurses' subjective experiences associated with surgery for obesity.

Method: The study has a Q-methodological approach, in which 32 statements were developed based on diary entries from patients, topical programs from media, current research and literature. The participants consisted of 5 patients and 3 nurses. Statements were ranked into a forced choice distribution curve, from most agreed to most disagreed. The results were analyzed and interpreted.

Result: Two different viewpoints emerged. They are described as "good relationships create room for trust and confidence" and "the absence of caring relationships between the caregiver and the patient gives the experience of not being seen and feeling less valued".

Conclusion: It emerged that there are different perceptions of how patients feel valued. For perceived dignity, the establishment of good caretaking seems to be essential. Seeing the patient as unique, kindness and good information seem to promote the experience of dignity. While absent of caring relationships, insufficient information and inadequate follow-up, seem to inhibit the perception of dignity.

Keyword: Obesity, dignity, Caring Science, Q-methodology, experience, subjectivity.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR FORSKNINGSTEMA OG FOKUSOMRÅDE	1
1.2 OPPGAVENS RELEVANS OG PROBLEMSTILLING	2
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING	2
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	2
2. TEORETISK BAKGRUNN	4
2.1 FORANKRING I KLINISK OMSORGSVITENSKAP	4
2.1.1 <i>Verdighet</i>	5
2.1.2 <i>Verdighet og lidelse</i>	7
2.1.3 <i>Verdighet og skam</i>	10
2.1.4 <i>Verdighet og omsorgsetikk</i>	11
2.1.5 <i>Annen omsorgs litteratur</i>	12
2.2 ANNEN RELEVANT LITTERATUR	13
2.2.1 <i>Overvekt og fedme</i>	13
2.2.2 <i>Overvekts-kirurgi</i>	14
3. TIDLIGERE FORSKNING	16
3.1 FORSKNING RELATERT TIL OVERVEKT	16
3.2 TIDLIGERE FORSKNING I ETT OMSORGSVITENSKAPELIG PERSPEKTIV.....	17
3.3 OPPSUMMERING AV FORSKNING RELATERT TIL OVERVEKT OG VERDIGHET	19
4. METODE.....	21
4.1 Q-METODOLOGI.....	21
4.1.1 <i>Operant subjektivitet</i>	21
4.1.2 <i>Abduksjonsprinsippet</i>	22
4.2 METODISK TILNÆRMING	22
4.2.1 <i>Kommunikasjonsuniverset</i>	23
4.2.2 <i>Q-utvalget</i>	23
4.2.3 <i>Personutvalg (P-utvalg)</i>	25
4.2.4 <i>Q-Sortering</i>	27
4.2.5 <i>Analyse</i>	29
4.2.6 <i>Faktortolkning</i>	31
4.3 VALIDITET OG RELIABILITET	31
4.4 METODISKE BETRAKTNINGER OG METODEKRITIKK	33
4.5 FORSKNINGSETIKK	34
4.6 FORSKERROLLEN OG SELVREFLEKSIVITET	35
5. OPPSUMMERING AV RESULTAT	37
5.1 FAKTORSYN 1: GODE OMSORGSRELASJONER SKAPER ROM FOR TILLIT OG TRYGGHET	37
5.2 FAKTORSYN 2: FRAVÆR AV OMSORGSRELASJONER MELLOM PLEIER OG PASIENT GIR OPPLEVELSE AV Å IKKE BLI SETT OG KJENNE SEG MINDRE VERDSATT.....	40
5.3 UTSAGN SOM SKILLER FAKTOR 1 OG 2 - DISTINGUISHING STATEMENTS.....	42
5.4 SAMMENFALLENDE UTSAGN FOR FAKTOR 1 OG 2 – CONSENSUS STATEMENTS	44
6. DISKUSJON.....	46
6.1 GODE OMSORGSRELASJONER SKAPER ROM FOR TILLIT OG TRYGGHET.....	46

6.1.1	<i>Utsagn som er nøytralt plassert</i>	53
6.1.2	<i>Avsluttende refleksjon av faktorsyn 1</i>	54
6.2	FRAVÆR AV OMSORGSRELASJONER MELLOM PLEIER OG PASIENT GIR OPPLEVELSE AV Å IKKE BLI SETT OG KJENNE SEG MINDRE VERDSATT	55
6.2.1	<i>Utsagn som var nøytralt plassert</i>	65
6.2.2	<i>Avsluttende refleksjon av faktorsyn 2</i>	65
7.	KONKLUSJON	67
7.1	STUDIENS RELEVANS FOR PRAKSIS	68
7.2	KRITISK REFLEKSJON AV STUDIEN	68
7.3	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	69
	REFERANSER	70
	VEDLEGG	74
VEDLEGG 1	UTSAGN SYKEPLEIER	74
VEDLEGG 2	UTSAGN PASIENT	76
VEDLEGG 3	INFORMASJON OM PROSJEKTET VERDIGHET OG OVERVEKTS-KIRURGI - 1.....	78
VEDLEGG 4	INFORMASJON OM PROSJEKTET VERDIGHET OG OVERVEKTS-KIRURGI - 2.....	79
VEDLEGG 5	INSTRUKSJON FOR DAGBOKNOTATER	80
VEDLEGG 6	INSTRUKSJONSBETINGELSE FOR GJENNOMFØRING AV Q-SORTERING	81
VEDLEGG 7	UTDYPENDE FORKLARING AV STUDIENS INNHOLD	83
VEDLEGG 8	BAKGRUNNSOPPLYSNINGER	84
VEDLEGG 9	FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT DEL 1 OG 2	85
VEDLEGG 10	FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT PASIENT – DEL 2	88
VEDLEGG 11	FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT SYKEPLEIER – DEL 2.....	91
VEDLEGG 12	POSTINTERVJU – SKRIFTLIG	94
VEDLEGG 13	SVAR REK.....	95
VEDLEGG 14	SVAR NSD	96
VEDLEGG 15	GODKJENNING STAVANGER UNIVERSITETS SYKEHUS	97
VEDLEGG 16	GODKJENNING HELSE – FONNA	98
VEDLEGG 17	BEKREFTELSE PÅ ENDRING NSD.....	99
Figur 1	<i>Q-utvalg basert på Fisher balanced block design</i>	100
Figur 2	<i>Q-sorteringsmatrise</i>	101
Tabell 1	<i>Korrelasjon mellom faktorene</i>	102
Tabell 2	<i>Faktorladinger</i>	103
Tabell 3	<i>Faktor reliabilitet</i>	104
Tabell 4	<i>Fremtredende utsagn faktor 1</i>	105
Tabell 5	<i>Fremtredende utsagn faktor 2</i>	106
Tabell 6	<i>Utsagn som skiller faktor 1 og 2</i>	107
Tabell 7	<i>Sammenfallende utsagn faktor 1 og 2</i>	108

1. Innledning

Denne oppgaven ser på pasienters og sykepleieres opplevelser i forbindelse med kirurgi for overvekt, med fokus på hvordan pasienten kjenner seg ivaretatt gjennom det kirurgiske forløpet, og hva som hemmer eller fremmer opplevelse av verdighet. Oppgaven er ett mastergradsprosjekt og er skrevet som en monografi.

1.1 Bakgrunn for forskningstema og fokusområde

Høsten 2016 bestemte jeg meg for å starte på masterstudiet klinisk helse- og omsorgsvitenskap. Omsorgsvitenskapen omhandler kunnskap om mennesket i forhold til helse, omsorg og lidelse, og kunnskapen kjennetegnes av ett helhetlig menneskesyn og fokuserer på den eksistensielle dimensjonen hos pasienten. Jeg visste ikke da hvor jeg kom til å ende underveis og hvordan denne fordypningen i omsorgsvitenskapens verden ville påvirke meg og mitt arbeid. Etterhvert har jeg sett og ikke minst lært hvor viktig kunnskap om mellommenneskelige relasjoner er for å kunne yte god omsorg. Denne kunnskapen er både teoretisk og praktisk, noe som betyr at den ikke bare kan læres gjennom studier men også gjennom erfaringer i praksis. Etter å ha sett flere artikler i media med fokus på stigmatisering og skam hos mennesker som sliter med overvekt begynte jeg å tenke på hvordan det oppleves å gjennomgå overvekts-kirurgi og hvordan disse pasientene kjenner seg ivaretatt gjennom det kirurgiske forløpet. Overvekts-kirurgi har blitt utført i over tretten år ved min arbeidsplass og i løpet av mine år som operasjonssykepleier har jeg møtt mange pasienter, både engstelige og håpefulle på sin vei til en ny tilværelse. Jeg har flere ganger i min yrkeskarriere stilt meg spørsmål om det er noe mer vi kan gjøre for å ivareta pasienten enda bedre. For hva vet vi egentlig om pasientens egne opplevelser og hvilken påvirkning har vi som profesjonelle helsearbeidere sett med pasientens øyne? Å behandle alle pasienter med respekt og verdighet er helt essensielt og noe vi har forankret gjennom hele vår utdanning som sykepleier og spesialsykepleier. Men opplever alle pasienter at deres verdighet ivaretas? Med bakgrunn i dette ønsker jeg derfor i denne oppgaven å se nærmere på hva både pasienter og sykepleiere mener at hemmer eller fremmer opplevelsen av verdighet i forbindelse med overvekts-kirurgi.

1.2 Oppgavens relevans og problemstilling

Tema for oppgaven er pasienter som skal opereres for overvekt og pasienters og sykepleieres erfaringer av hva som hemmer eller fremmer verdighet gjennom det kirurgiske forløpet. Hensikten er å få økt forståelse og kunnskap om pasienters og sykepleieres subjektive opplevelser i forbindelse med kirurgi for overvekt og dermed mulighet for enda bedre behandling av denne pasientgruppen. Oppgavens overordnede problemstilling er som følger: «Hvordan påvirker helsepersonell fedmepasientens opplevelse av verdighet gjennom det kirurgiske forløpet?»

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i flere kapitler, med hensikt å gi en oversikt over den teoretiske og metodiske tilnærming som er benyttet i denne studien. Kapittel 2 redegjør for oppgavens teoretiske bakgrunn, og inneholder omsorgsvitenskapelig litteratur og aktuell faglitteratur omkring tema. Kapittel 3 omhandler aktuell forskning og kapittel 4 forklarer oppgavens metodiske tilnærming. Der blir teori om Q-metodologi, samt praktisk gjennomføring av denne studien nærmere beskrevet. Metode kapitlet inneholder også en analysedel som viser hvordan studiens analyse er gjennomført. Kapittel 5 oppsummerer funn fra analysen og i kapittel 6 blir funn diskutert opp mot aktuell omsorgsvitenskapelig litteratur, faglitteratur og forskning. Kapittel 7 inneholder konklusjon og studiens relevans for praksis.

1.4 Begrepsavklaring

Begreper som er sentrale i denne oppgaven er hovedsakelig omsorgsvitenskapelig begreper som vil bli redegjort for i oppgavens teoretiske del. Begrepet overvekt vil romme både overvekt, fedme, og sykkelig overvekt, og det er i all hovedsak valgt å bruke ordet overvekt i teksten. Overvekt og fedme defineres utfra ett klassifiseringssystem i henhold til verdens helseorganisasjon (WHO), der overvekt brukes om de med lavest kroppsvekt i forhold til høyde (KMI), og er dermed den minst alvorlige gruppen. Fedme betegner klasse to og tre i klassifiseringssystemet og omhandler de med høyere vekt i forhold til høyde og økt fare for andre sykdommer. Sykelig overvekt er de med høyest kroppsvekt i forhold til høyde og dermed klassifiseres som den mest alvorlige gruppen. Valget falt likevel på og

hovedsakelig benytte ordet overvekt, selv om det utfra WHO's definisjon egentlig kun rommer de minst overvektige.

2. Teoretisk bakgrunn

Dette kapitlet presenterer aktuell teori omkring oppgavens tema, og har til hensikt å skape en ramme rundt tematikken og belyse ulike aspekt omkring begrepet verdighet. Verdighet sees i sammenheng med andre grunnleggende begreper innen omsorgsvitenskapen, og det teoretiske rammeverket forsøker å danne en basis for å få en bedre oversikt over hvordan begreper i omsorgsvitenskapen står sammen i ett samspill, og hvordan dette påvirker mennesket gjennom ulike livssituasjoner og gjennom ulike omsorgsmøter. I tillegg presenteres generell litteratur om overvekt og overvektkirurgi.

2.1 Forankring i klinisk omsorgsvitenskap

Omsorgsvitenskapen består av kunnskap som omhandler menneskets helse, lidelse og omsorg, og kjennetegnes av ett helhetlig menneskesyn. Den gir dyptgående kunnskaper om hvordan det er å leve med uhelse og sykdom og hvordan en som pleier kan bidra til å lindre lidelse hos pasienten. Omsorgsvitenskapen har fokus på menneskets eksistensielle dimensjon i motsetning til den naturvitenskapelige tradisjonen som har som hovedfokus menneskelig forandring og biologi. Den naturvitenskapelige tradisjon har vært preget av ett kunnskapssyn som er reduksjonistisk eller anatomisk og reduserer mennesket til deler bestående av f.eks. organ eller organsystem. Dette er viktig for å forstå sykdommer hos mennesket. Omsorgsvitenskapen stiller andre spørsmål og gir ett unik og annet bidrag enn naturvitenskapen. Sammen gir kunnskaper fra begge vitenskaper en bredere forståelse for mennesket i sin helhet (Ekebergh, 2015, s. 15-16).

Innen omsorgsvitenskapen finnes flere ulike teorigrunnlag og kunnskapstradisjoner som har mye til felles men som likevel forklarer det samme på noe ulik måte. I denne oppgaven tas det utgangspunkt i den caritative omsorgsteorien, som først og fremst har utviklet kunnskap om helse og lidelse og som preges av menneskets vilje til å vise omsorg for andre (Ekebergh, 2015, s. 15-16). De bærende begrepene i den caritative omsorgsteorien er de etiske verdiene medmenneskelighet, verdighet og lindret lidelse. I den caritative omsorgsteorien er mennesket som helhet, med kropp, skjel og ånd og menneskeverdet selve grunnsteinen. Teorien er utviklet gjennom flere tiår av Katie Eriksson og hennes medarbeidere, og Erikssons ideer og tanker om omsorg er derfor sentrale og vil bli trukket frem når teori skal utdypes.

2.1.1 Verdighet

Tilbake til 1400 tallet formulerer filosofen Pico della Mirandola i sin lovprisning av menneskets verdighet ett nytt bilde av mennesket hvor han understreker at verdigheten er iboende i hvert enkelt menneske, og det uten unntak. Hans betraktninger om menneskeverdet har vært med på å danne grunnlaget for våre menneskerettighetserklæringer som gjelder den dag i dag (Giovanni, 2013). Mennesket iboende verdighet er grunnleggende også innen omsorgsvitenskapen, hvor verdighet sees som ett grunnleggende bærende begrep og innebærer at alle mennesker har en iboende absolutt verdighet som er gitt alle mennesker ved livet, og som er ukrenkbar. Gjennom begreper skapes vår virkelighet og ved å tydeliggjøre hva verdighet innebærer som begrep, kan det bidra til å skape omsorgsrelasjoner i en caritativ tradisjon som verner om menneskeverdet (Edlund, 2012, s. 363-364). Pico della Mirandola funderer over meningen med menneskets enestående vesen. Han viser til at Gud skapte mennesket i sentrum av verden, uten gitte grenser, men med mulighet for selv å bruke sin egne frie vilje. Han sier: «Det er mennesket gitt å ha det som mennesket selv ønsker og å være det mennesket selv vil» (Giovanni, 2013). Eriksson (2018, s. 14) viser til Pico della Mirandola når hun sier at menneskets verdighet har sin grunn i menneskets valg til å forme sitt liv og sitt vesen. Hun viser til at menneskets verdighet ligger i den absolutte frihet som er gitt mennesket, hvor vi er herre over vårt eget begjær og over våre drifter. Verdighet er forbundet til ethos, der ethos beskrives som «menneskets hjem». Det viser til at ett menneske som har tilegnet seg ett ethos utstråler kjærlighet og er hjemme i sitt eget liv. Hun er ansvarlig og er bærer av naturlig verdighet og hun tjener mennesket (Eriksson, 2018).

Ordet verdighet kan ledes tilbake til de latinske ordene dignitus og dignus som betyr likeverdighet og troverdighet. Med verdighet menes det å inneha en verdi, men vi kan likevel ikke sammenligne ordene verdighet og verdi da de ikke innehar samme betydning (Eriksson, 2018, s. 389). Som begrep innehar verdighet, sett i ett omsorgsvitenskapelig perspektiv flere dimensjoner. Den absolutte verdighet er gitt ved livet og sees som ukrenkbar, den fins på ett ontologisk nivå og er uforanderlig. Her finnes menneskeverdet og menneskets frihet, ansvar og plikt. Menneskets iboende verdighet er alltid tilstede, selv i de vanskeligste og mest sårbare situasjoner. En annen dimensjon er den relative verdighet som har sine røtter i den absolutte verdighet. Den relative verdigheten formes av det enkelte menneske og omhandler bevisstheten om vår egen og andres verdighet, og den endrer seg gjennom livet og påvirkes av den kulturen vi lever i. Den relative verdigheten innehar en indre og ytre side som endres og formes gjennom livet, og omtales gjerne som en tredje dimensjon av begrepet. Den ytre relative verdigheten viser seg gjennom måten vi forholder oss til andre mennesker. Den gjenspeiler våre holdninger, adferd og væremåter. Det er her vi utsettes for påvirkninger, av kulturen vi lever i eller gjennom livserfaringer. Den ytre verdighet henger sammen med den indre relative

verdighet som inneholder etiske og moralske normer mennesket har gjort til sine gjennom livet. Den absolutte og relative verdigheten må sees i en sammenheng og ikke som adskilte dimensjoner, og det foregår en stadig bevegelse mellom dimensjonene som kommer til uttrykk på ulikt vis gjennom de ulike omsorgsrelasjoner. Det er viktig at vi klarer å se hvert enkelt menneskes absolutte verdighet, også i vanskelige situasjoner. Det kan være situasjoner som er nedverdiggende for pasienten eller annet helsepersonell som handler uforsvarlig (Edlund, 2012, s. 363-373).

I ett omsorgsvitenskapelig perspektiv innebærer verdighet at alle mennesker innehar ett menneskeverd som skal vernes om og synliggjøres. Alle mennesker har rett til å bli bekreftet som unike mennesker. Når mennesket rammes av sykdom kan dette medføre en trussel mot menneskeverdet. Å overlates til andre omsorgspersoner, kjenne seg svak og miste kontroll kan oppleves som uverdigg. Når opplevelsen av verdighet trues trenger en å bli beskyttet og bekreftet som menneske og bli møtt med omsorg og kjærlighet. Vi må se og oppfatte den andres behov, og vi må la oss berøre og få øye på det som kan være uverdigg i situasjonen. Gjennom våre handlinger kan vi ta vare på pasienten og beskytte pasientens verdighet. Dette kan vi eksempelvis gjøre gjennom å skape rom for valgmulighet, ved å gi informasjon som er tilpasset den enkelte pasient eller gi mulighet for å bli skjermet fra andre pasienter (Arman, 2015, s.180-183). En av grunnforutsetningene for verdighet er relasjonen mellom pleier og pasient. En relasjon som gir mulighet for felleskap og tilhørighet, hvor det er mulig å se de små ting som er av betydning for pasienten. Det er derfor av stor betydning at vi skaper en omsorgskultur som legger til rette for å opprettholde pasientens verdighet (Arman, 2015, s. 182).

Omsorgshandlinger motiveres av kjærlighet og barmhjertighetstanken og har som mål å ivareta menneskets verdighet og hjelpe mennesket til å være ett helt menneske (Söderlund, 2012, s. 118). Verdighet er nært knyttet opp til det gjensidige ansvaret vi har til hverandre som mennesker. Dette ansvaret innebærer å vise omsorg og ta vare på hverandre som medmennesker. Ved å se den andres ansikt bevisstgjøres vårt ansvar overfor hverandre. Ved å vise ansvar for hverandre bekrefter vi både vår egen og den andres verdighet. Ett menneske som ikke tar ansvar vil miste en del av sin verdighet, og både pasienter og pleiere kan oppleve krenket verdighet i omsorgssituasjoner. Dette kan vise seg på ulike måter gjennom omsorgshandlinger som krenker pasientens verdighet. Som for eksempel når en pasient omtales på en negativ måte eller behandles dårlig av andre (Edlund, 2012, s. 363-373). Eriksson (2018, s. 15) sier at menneskets verdighet er både hennes frihet men også hennes ansvar ved å være bundet til det ansvaret det er å være menneske. Hun sier: «Jeg var der, jeg så, jeg var vitne og jeg ble ansvarlig». Det innebærer å la ethos vise oss veien og verne om vår egen og andres verdighet. Som pleier innehar en ett ansvar om å forhindre alle former for krenking av pasientens

verdighet. Eriksson (2018) viser til von Post sin studie som slår fast at både pleier og pasientens verdighet kan krenkes i omsorgssituasjoner. Når den naturlige omsorgen uteblir krenkes ikke bare pasientens verdighet, men også pleiers verdighet. Hun viser videre til viktigheten av at pasientens verdighet blir bekreftet i omsorgssituasjonene.

2.1.2 Verdighet og lidelse

Eriksson (1995, s. 33) sier at å leve innebærer å lide. Lidelsens dypeste vesen er å dø, men lidelsen kan også være en kraftkilde til nytt liv. Lidelsen kan tilegnes mening gjennom kjærlighet ved at når livet har mening, kan lidelsen også ha det. Lidelsen i seg selv er noe ondt og gir alene ingen mening, den kan kun få en mening gjennom det enkelte menneskes erfaringer. Lidelse kan beskrives som en kamp mellom det som er godt og det som er ondt, en kamp for vårt menneskeverd.

Hovedmålet i all omsorg er å lindre lidelse og lidelse sees som en naturlig del av vår eksistens. Lidelse kan være fysisk, emosjonell eller en eksistensiell opplevelse med smerte, angst eller uro. Lidelse kan også virke som ett omsorgskompass som viser oss veien til omsorg. Når vi ser ett menneske som lider skapes en naturlig indre reaksjon med ønske om å vise medfølelse og omsorg (Arman, 2012, s. 187-196). Når vi omtaler lidelse må vi ikke bare snakke om kroppsdelene eller sykdom men vi må se på hele mennesket som lider. Sykdom er ofte en naturlig årsak til lidelse men det er mennesket som lider. Innen caritativ omsorg kan vi lindre menneskets lidelse gjennom å skape gode og nære relasjoner og dermed fremme liv og helse for våre medmennesker (Arman, 2015, s.23). En forutsetning for menneskelig liv er felleskapet mellom mennesker og som mennesker er vi gjensidig avhengig av hverandre (Arman, 2015, s. 22-23). All omsorg innebærer ett møte mellom pleier og pasient, dette kalles en omsorgsrelasjon. Omsorgsrelasjonene innebærer ett samspill mellom begge parter og omhandler all kommunikasjon. Dette kan være samtale, handlinger og holdninger. Gjennom samspill, holdninger og handling skapes det muligheter for å danne gode omsorgsrelasjoner som kan lindre pasientens lidelse (Arman, 2015, s.180). Eriksson (2018) uttrykker at en virkelig relasjon innebærer ett sant møte der jeg tar ansvar for deg. Og i relasjon til andre mennesker kommer vår person til uttrykk. På den måten kan mennesket formidle kjærlighet i relasjon til hverandre. Hun sier videre at en fungerende omsorgsrelasjon er avgjørende for den videre omsorgsprosessen. Et av menneskets grunnbehov er å kjenne at noen har bruk for meg, at en betyr noe for noen. Dette viser seg gjennom menneskets behov for relasjoner, som behov for å skape en familie eller for eksempel å ta vare på ett dyr. Arman (2015) viser til Eriksson og hennes caritative omsorgsteori hvor det fremgår at alle mennesker har en egen kjærlighetsfull naturlig vilje og drivkraft til å bry seg om hverandre. I det

ligger det at menneskene har ett naturlig ønske om å ta vare på hverandre og lindre hverandres lidelse.

Eriksson (1995, s. 37) sier: «Lidelse krenker menneskets verdighet, og å krenke menneskets verdighet er å volde lidelse». Når mennesket lider er han eller hun dypt ulykkelig, og mennesket vil alltid føle seg krenket når det lider. Følelse av skam og skyld vil være fremtredende og denne følelsen av å være krenket vil gjøre det vanskelig å snakke med andre om sin lidelse. Lidelse forårsakes ved at mennesket fratras sin verdighet. Ett menneske som lider trenger å få bekreftet sitt menneskeverd og ved å finne en mening i lidelsen kan en få bekreftet sitt egenverd overfor seg selv. Når mennesket lider innebærer det at en ikke er fullt og helt menneske. Gjennom formidling av kjærlighet kan vi bekrefte menneskets verdighet (Eriksson, 1995, s. 37-39).

Eriksson (1995, s. 66) deler lidelse inn i ulike aspekter og skiller mellom sykdomslidelse, livslidelse og pleielidelse. Pleielidelse kan komme til uttrykk på flere ulike måter, som uteblitt pleie, maktbruk, fordømmelse og krenket verdighet. Pleielidelse viser til at pasienten opplever økt lidelse gjennom kontakt med helsepersonell isteden for lindret lidelse. Dette kan også bidra til at pleiere kjenner på mislykkethet og skyldfølelse, noe som kan være vanskelig å akseptere. Pleielidelse oppstår gjerne som følge av at den omsorg som utøves ikke svarer til pasientens forventninger og behov (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s.73). I følge Eriksson (1995, s. 70) er den vanligste formen for pleielidelse krenking av pasientens verdighet, at vi fratras pasienten muligheten til å kjenne seg som ett helt og fullt menneske. Alle andre former for pleielidelser kan i grunn kobles tilbake til krenking av pasientens verdighet. Pasientens muligheter til å benytte sine innerste helseressurser reduseres. Krenking av pasientens verdighet kan forekomme gjennom både indirekte og direkte handlinger, som gjennom mangelfull etisk holdning overfor pasienten eller at vi for eksempel ikke beskytter pasientens intimsone for innsyn fra andre (Eriksson, 1995, s. 69-73). Pasienter er sårbare og trenger å bli trodd på og tatt på alvor for at deres verdighet skal ivaretas. Det er flere pasienthistorier fra dagens helse og omsorgsinstitusjoner som forteller om økt opplevelse av pleielidelse. Opplevelser av å betraktes som kropp og ikke blitt sett som ett helt menneske som lider. Pasientens verdighet kan lett krenkes dersom den som utøver omsorg ikke tror på eller tar pasienten på alvor. Pasient opplevelser viser at det i dagens helsevesen er størst fokus på å betrakte og behandle mennesket som kropp, og ikke se hele det lidende mennesket med kropp, skjel og ånd. Pasienter holder tilbake på sine eksistensielle behov og ønsker ikke å fremstå som psykisk unormale eller bli tillagt psykiske problemer eller diagnoser. Dette viser til kompleksiteten i pleielidelse og hvor sammensatt utfordringene kan være (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s. 73-75).

I følge Eriksson (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s. 75) kjennetegnes en ikke etisk omsorg av det å ikke se og ikke gi. Det motsatte, god omsorg er når vi bekrefter pasientens verdighet og klarer å gi den enkelte den omsorg og pleie som behøves. Pasienthistorier har vist at pleielidelse først og fremst er relatert til det som er mangelfullt i omsorgsrelasjonen. De opplever at relasjoner uteblir og at de ikke blir sett som unike medmennesker. Det fremkommer at pasientene opplever manglende informasjon og at pleiere har liten tid til dem. Når omsorgsrelasjoner uteblir oppstår følelse av mistillit og utrygghet (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s. 76). Som pasient har en forventning om å bli tatt godt vare på og møtt med kjærlighetsfull (caritativ) omsorg. Pasienter som opplever å ikke bli møtt eller sett som unike mennesker vil heller ikke kunne skape noen relasjon til pleier. Denne uteblitte omsorgsrelasjonen kan gi økt lidelse hos pasienten og medføre at pasienten kjenner seg lite verdt.

Når omsorgsrelasjoner eller omsorgsmøter uteblir skapes en ekstra lidelse hos pasienten. Pasienten kan oppleve at personalet skjuler seg bak en travel arbeidshverdag og de daglige rutiner. Det handler ofte om ett valg hos den enkelte omsorgsutøver om å stå imot ett ytre press fra den omsorgskulturen en er omgitt av, og på den måten kunne være en pådriver for å utøve omsorg som lindrer lidelse (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s. 76). Omsorgsutøver trenger også å utvikle en forsoning til sin egen tilværelse for å utøve caritativ omsorg. Med det menes det å akseptere sin egen livssituasjon, både på godt og vondt. At en klarer å se at det finnes en vei fremover til tross for de utfordringer en selv eller andre bærer på. Dette innebærer at alle som utøver omsorg innehar ett ansvar for sin egen indre og moralske utvikling og integritet med mål om å kunne lindre pasientens lidelse bedre (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s. 128).

Den som yter omsorg er omgitt av en omsorgskultur som har betydning for de valg en tar i møte med pasienten. Den omsorgskulturen vi er omgitt av har stor makt over både pleier og pasient og for å fremme god omsorg er det viktig å være bevisst på hvordan vi påvirkes av vår kultur (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s. 73-79). Det ligger også ett ansvar innad i hver enkelt organisasjon for å utvikle gode omsorgsutøvere. Det er nødvendig å forstå at kvalitet og kvantitet er to sider av samme sak, og viktigheten av at organisasjoner som helhet innehar grunnleggende prinsipper som er med på å forstå og utvikle en kultur som fremmer god omsorg (Arman & Rehnsfeldt 2006, s. 127).

Sett i ett omsorgsvitenskapelig perspektiv utgjør kommunikasjon og språk en av grunnforutsetningene for å kunne forstå hverandres virkelighet. Dette har betydning og er en forutsetning for også å kunne forstå hverandres opplevelse av lidelse og helse. Kommunikasjon muliggjør en felles forståelse, men kan også gi grobunn til konflikter og spenninger mellom mennesker (Fredriksson, 2012, s. 321-330). Omsorgsvitenskapens grunnmotiv er å lindre lidelse og verne pasientens helse og verdighet. Gjennom kommunikasjon som samtale kan lidelse lindres.

Mennesker skaper sin identitet gjennom å fortelle sine historier, og kan på ett vis gi pasienten en mulighet til å selv kunne forandre sin egen situasjon, og få lindret sin lidelse. Dette innebærer at vi ikke bare kan lytte til pasienten men også en etisk fordring om å invitere pasienten til å fortelle sine historier. På denne måten kan vi gi pasienten en mulighet til ny forståelse for seg selv, som også kan gi mening til lidelsen (Fredriksson, 2015, s. 417-436).

2.1.3 Verdighet og skam

Sentralt i lidelsen er opplevelse av skam. Skam er i sin natur en sosial følelse og kan forstås som noe som hjelper oss å bevare mellommenneskelige relasjoner ved at vi tilpasser oss andre mennesker. Skammen kan også bli usunn og få oss til å kjenne oss utenfor og fremmede overfor andre mennesker og kan true opplevelsen av verdighet. Opplevelse av skam fremstår som sentralt i lidelsen, og det lidende mennesket strever på ulike måter for å bevare sin verdighet og mestre skammen (Gustin, 2015, s. 233-242). Skammen er nødvendig i livet for å hindre krenkelse samtidig som skam kan være årsak til krenkelser. Den er derfor både god og vond. Gjennom makt og ulike hersketeknikker kan vi påføre hverandre skam. Den travle arbeidshverdagen som vi ser preger vår kultur i dagens helsevesen kan bidra til at sykepleiere kjenner på en vond skam da hun ikke klarer å yte omsorg slik hun burde utfra hennes faglige skjønn. I den vonde skammen rammes menneskets identitet og verdighet. Den setter seg i kroppen og er til hinder for nærvær og mellommenneskelige relasjoner (Martinsen, 2012, s. 68-69).

Skam er en del av å være menneske og den gode skammen setter mennesket i en etisk beredskap i tilbakeholdenhet. Dette bidrar til at livet ikke påføres overgrep. Den gode skammen kan knyttes opp mot menneskets suverene livsytringer ved at den fullbyrder på tross av vår vilje. Den er med på å holde livet oppe og er mektigere enn oss (Martinsen, 2012, s. 69-70). Gjennom mellommenneskelige relasjoner kan en bidra til å gjenopprette ett annet menneskes opplevelse av verdighet, men samtidig kan en bidra til at skammen blusser opp igjen. Det er derfor av betydning å trø varsomt i møtet med andre mennesker. Skam og skyld er begrep som ofte kobles sammen. Skam er en dyptgående følelse som gir opplevelse av at andre kan se på oss eller ha tanker om oss som mislykkede. Mens skyld omhandler vår bevissthet eller forståelse av at vi har gjort noe galt. Skam handler i større grad om at det er jeg som er feil, mens skyld viser til at det er handlingen min som er feil. Skyld og skam henger tett sammen da opplevelser av skyld kan føre til opplevelser av skam ved at en har dårlige tanker om seg selv (Gustin, 2015, s. 231- 235, Martinsen, 2012, s. 71). Martinsen (2012, s. 71) sier det som her: «Vi kan således si at skyld knytter seg til styrke, selvstendighet og

individualitet, mens skam forholder seg til mangler, men også til verdighet, sårbarhet, grenser og livsmuligheter»

For å kunne forstå skam i sin helhet er det nødvendig å forstå verdighetsbegrepet som en opplevelse av helhet eller å være hel, da opplevelse av verdighet er avgjørende for vår opplevelse av helse. Ved at skamopplevelse medfører en splittelse av menneskets opplevelse av å være hel kan det medføre ett hinder for å kunne forsones seg med seg selv eller andre mennesker. Mennesket vil dermed være forhindret i å forsones med sin lidelse og oppleve at en ikke klarer å være det mennesket en ønsker å være. Skam og verdighet utgjør to sider av lidelsens kamp som må sees i en sammenheng. Det betyr at mennesket alltid strever for å mestre skammen og bevare sin verdighet og dermed få lindret sin lidelse. Mennesket vil på ulike måter forsøke å mestre skammen som ved å unngå skammen, trekke seg tilbake fra skammen, angripe seg selv eller gå til angrep mot andre (Gustin, 2015, s. 238-240).

2.1.4 Verdighet og omsorgsetikk

Etikk kommer fra begrepet ethos, som omhandler menneskets grunnverdier. Ethos som begrep kan ledes tilbake til gresk naturfilosofi rundt ca. år 400 f.Kr. En gikk utfra at mennesket hadde enkelte medfødte naturlige egenskaper og andre egenskaper som ble tillærte. Ethos var en naturlig medfødd egenskap i motsetning til patos som er en tillært egenskap og ett uttrykk for sterke følelser (Eriksson 2018, s. 9). I følge Eriksson (2018) hører ethos og etikk sammen, og en etikk som ikke har sin forankring i ett ethos fremstår som mer formell. Etikk og ethos kan forklares som en måte å forholde seg på, en holdning som kommer til uttrykk i våres væremåter (Eriksson, 2018). Ethos viser til menneskets innerste kjerne og inneholder tanker om barmhjertighet, kjærlighet og verdighet. Menneskets ethos viser seg gjennom holdninger og handlinger i samspill med andre mennesker (Arman, 2015, s. 104). Omsorgsetikken legger vekt på betydningen av relasjoner mellom pleier og pasient, og at våre handlinger har sitt utspring i våres indre motivasjon (Nortvedt, 2016). Martinsen (2012, s. 46) viser til Løgstrups ontologiske situasjonsetikk og påpeker at mennesket alltid befinner seg i situasjoner hvor etikken utfolder seg i dem. Løgstrup (Martinsen, 2012, s. 47) sier: «Vi er hinandens verden og hinandens skæbne» og viser til at vi angår hverandre og er innviklet i hverandres skjebner. Dette er noe vi ikke kan velge, vi er med andre ord sårbare og gjensidig avhengig og utlevet til hverandre (Martinsen, 2012, s. 47). Tillit er grunnleggende i alle møter mellom mennesker og i all relasjon, og dette innebærer at vi møter hverandre med en tiltro til at den andre vil oss vel (Arman, 2015, s. 114). Pasienter er sårbare og i pleiesituasjoner er det pasienten som er mest utsatt og utlevet i tillit til den som er satt til å utøve omsorg. Både pleier og pasient må bli hverandres tillit verdig. Pleiere innehar en makt i alle slike relasjoner og må forvalte denne makten

på en forsvarlig måte. Her spiller også vår kulturs normer og pleiers faglige kunnskap inn i forhold til hvilke muligheter en har til å forvalte denne makten slik at det blir til den andres beste (Martinsen 2012, s. 65). Sentralt i Løgstrups tenkning står det som omtales som ett etisk treklang, de suverene livsytringer, den etiske fordring og vår kultur. De suverene livsytringene hører livet til og er før-etiske, og gir etikken sin grobunn og utgår fra at livet er gitt oss som noe godt. Den inneholder fenomener som tillit, håp, talens åpenhet, barmhjertighet og medfølelse. Det er de suverene livsytringene som fører oss ut i livet, gjør oss sansende tilstede og får oss til å våge oss frem mot hverandre med åpenhet og tillit. Vi må våge og tro at den andre vil oss vel. Den etiske fordring viser til den gjensidige tillit som er tilstede i relasjoner til hverandre. Ved å vise seg sårbar fordrer en tillit til den andre om å ivareta meg og ikke utnytte meg og påføre skam. Vi har alltid noe av en annens liv i vår hånd, som innebærer en fordring om å ta vare på den andre. Vi handler ikke alltid spontant eller utfra den etiske fordring og har bruk for veiledning for å utøve gode handlinger. Dette viser til vår kultur og våre normer. Vi må klare å sette oss i hverandres sted og se oss selv i den andre. Da må vi la oss berøre og klare å være sansende tilstede. Den gyldne regel er i følge Løgstrup (Martinsen, 2012, s. 50) den mest naturlige av alle moralske regler og viser til regelens oppfordring til å bruke vår fantasi, men også å forholde oss til situasjonen. Fantasi kan således hjelpe oss til å se vårt omsorgsansvar. Denne etiske treklang kommer til uttrykk gjennom mellommenneskelige situasjoner og alle delene må sees i en sammenheng (Martinsen 2012, s. 46-52).

Etikk handler også om sykepleiers rolle mellom det som er rettferdig og den omsorg som utøves. Som sykepleier kan en ikke kun forsvare å gi god omsorg til den enkelte dersom dette går utover det å gi helsehjelp til mange. Det skal være en rettferdig fordeling av helsetjenester. Det som er viktig er at sykepleierne er de som er pasienten nærmest og som dermed har den beste forutsetning for å kunne si ifra når nedskjæringer og økonomiske prioriteringer går utover den faglige og etiske kvaliteten på helsetjenestene (Nortvedt, 2016, s. 254).

2.1.5 Annen omsorgs litteratur

Det miljøet som pasienten befinner seg i har betydning for pasientens opplevelse og velbefinnende. Pasientmiljøet kan virke helsefremmende, men det kan også være sykdomsbevarende. Florence Nightingale var en pådriver for å løfte frem hvordan miljø eller omgivelser hadde påvirkning på pasientens tilheling og sykdoms opplevelse. Hvordan det fysiske miljøet er utformet er med på å påvirke pasientens opplevelse av trygghet og trivsel. Men pasientens livserfaring og forventning vil også ha betydning for hvordan miljøet oppfattes, da alle mennesker er unike med sin historie. Miljøet som befinner seg rundt pasienter på sykehus kan skape opplevelse av både trygghet og

utrygghet, og som pasient kan en kjenne seg ensom og oppleve at en har liten innflytelse på sin egen situasjon eller behandling. Det er derfor av stor betydning at helsepersonell bidrar til å skape ett miljø der det er balanse mellom den medisintekniske behandlingen og pleie og omsorg til pasienten, og at en klarer å se helheten og sin egen rolle i miljøet. Dette kan bidra til å fremme pasientens opplevelse av trygghet og delaktighet, samt bidra til økt arbeidsglede (Ylikangas, 2012, s. 267-275).

I en omsorgsrelasjon er både tillit og trygghet to grunnleggende element, men vi må likevel ha klart for oss hva som skiller de to begrepene. Tillit oppstår i møte mellom mennesker, og for å skape trygghet må tillit være tilstede i relasjonen (Kulzer, 2015, s. 219). For at ett omsorgsmøte mellom pleier og pasient skal oppleves som godt må pleier formidle styrke og stabilitet. Han eller hun må vise at hun tåler å ta imot det som pasienten har å meddele, og utstråle en trygghet og selvsikkerhet. Dette betyr at det krever at både pasienter og pleiere må ha mot og vilje til å våge i være delaktig i slike omsorgsmøter (Carlsson, 2015, s. 319). Eriksson (Arman, 2015, s. 114) viser til hvordan ett menneske som lider vil forsøke å finne ett medmenneske som er verdig hans eller hennes betrosler, da det ikke er selvsagt at en som pasient klarer å kjenne på trygghet og tillit i relasjon til andre mennesker. Spontant utgår vi fra at de mennesker vi er i relasjon med møter oss på en god og verdig måte, også når vi kommuniserer. I alle møter finnes det også en mulighet for å bli såret, da den andre kan velge å avise isteden for å ta imot. Dette viser til forholdet mellom makt og tillit i relasjoner mellom mennesker og at den enes tillit kan være den andres makt (Arman, 2015, s. 114-115).

2.2 Annen relevant litteratur

2.2.1 Overvekt og fedme

Forekomst av fedme og overvekt er økende over hele verden, og i følge folkehelse rapporten fra 2017 er 1 av 4 middelaldrende menn og 1 av 5 kvinner i Norge overvektige (Folkehelseinstituttet 2017). I følge verdens helseorganisasjon (WHO) defineres overvekt som unormal eller overflødig fettansamling som kan medføre svekket helse, og utgjør en av våre største helsetrusler. Overvekt klassifiseres etter kroppsmasseindeks (KMI), med en KMI på 30 eller mer (30kg/m²). Overvekt eller fedme er først og fremst forbundet med økt helserisiko i form av økt risiko for andre sykdommer som hjerte-kar sykdommer, diabetes eller andre kroniske lidelser. Høy KMI er også blant de ti viktigste risikofaktorer for død, og i Norge er overvekt medvirkende årsak til 2400 dødsfall hvert år (Folkehelseinstituttet 2017). I henhold til WHO klassifiseres overvekt i fire grupper: Overvekt (KMI

25-29,99), Fedme klasse 1 (KMI 30-34,99), Fedme klasse 2 (KMI 35-39,99) og Fedme klasse 3 (KMI over 40). Klasse tre omtales som sykkelig overvekt. Den mest effektive behandlingen av fedme er kirurgi, og en stor studie utført i Sverige viste at langtids effekten etter kirurgi bidro til å redusere mortalitet og morbiditet med ca. 30 % (Rössner, 2009). Det er også gjort en studie som har sett på vekttap etter gjennomgått kirurgi i ett langtidsperspektiv. Over 1000 pasienter ble fulgt over en periode på 12 år og resultatet etter studien viser at de som ble operert hadde ett gjennomsnittlig vekttap på over 30 kilo etter 12 år. I tillegg til varig vekttap var det en betydelig reduksjon av tilleggs sykdommer som diabetes type 2 og hypertensjon (Adams et.al, 2017).

Fremdeles er det mange som oppfatter overvekt som en selvpåført lidelse og ser på overvektige mennesker som svakere og mindre intelligente enn andre (Ward-Smith & Peterson, 2016, Neil & Roberson, 2015). Mange opplever psykiske belastninger på bakgrunn av sin overvekt, og det finnes studier som viser at overvektige mennesker utsettes for diskriminering allerede i ung alder. Dette kan medføre nedstemthet og depresjoner, noe som er mer utbredt blant mennesker med overvekt og fedme enn hos normalbefolkningen generelt (Rössner, 2009).

2.2.2 Overvekts-kirurgi

I Norge opereres rundt 3000 pasienter årlig på grunn av sykkelig overvekt eller overvekt med tilleggs sykdommer, samt ett ukjent antall pasienter som reiser utenlands for operasjon. Overvekts-kirurgi gir ett betydelig vekttap i tillegg til positiv innvirkning på mange av følgesykdommene til overvekt, og det finnes flere ulike kirurgiske metoder å velge mellom. I Norge er det Gastric bypass og Gastric sleeve som er de to vanligste metodene som utføres (Kristinsson, 2017).

Pasienter som velger å få utført kirurgi for overvekt har store forventninger til økt livskvalitet, vekttap og bedring av medisinske følgetilstander. Overvektige utsettes for psykososialt stress og det er mange som sliter med dårlig selvbilde, opplevelse av stigmatisering og redusert livskvalitet. Alle innehar ett stor ønske om å bli normalvektig, noe som har vist seg at svært få blir. Det er forventet varierende grad av vekttoppgang på sikt etter utført overvekts kirurgi. Det gjøres endringer i kroppens anatomi og fysiologi både ved Gastric bypass og Gastric sleeve operasjon. Dette innebærer en risiko for at en vil få ulike plager i form av mangeltilstander eller gastrointestinale plager. Kirurgiske komplikasjoner er også en risiko. Gastric bypass er fortsatt den mest benyttede kirurgiske metoden i Norge men Gastric sleeve har økt i omfang de seinere år. Ett viktig suksess kriterie er fokus på pasient opplæring og oppfølging både før og etter gjennomført kirurgi. Det er nødvendig med varig

livsstilsendring i tillegg til tiltak for å kunne forebygge mangeltilstander som følge av kirurgi (Sandvik, 2017).

3. Tidligere forskning

Å finne forskning som tar opp problemstillingen i oppgaven direkte har vært utfordrende. Det finnes mye forskning som omhandler overvekt og ulike utfall for pasienten, men lite som handler om pasienters egne levde erfaringer i forhold til tematikken i oppgaven knyttet til det å gjennomgå overvekts-kirurgi. Det finnes derimot omsorgsvitenskapelig forskning som tar opp pasientens opplevelse av verdighet, men på andre arenaer enn fokus i oppgaven, samt forskning som viser til helsepersonells erfaringer. Jeg har på bakgrunn av dette valgt å inkludere forskning som ligger nært opp mot valgte tema da det har betydning for helheten i oppgaven.

Databaser som har blitt brukt til artikkelsøk er: Cinahl, Sve-med og Pub-med. Søkord som er brukt: obesity, bariatric surgery, overweight, nursing care, nurse, care, caring science, dignity, vulnerability, quality of life, perioperative, lived experiences, patient experiences, shame. Søkord er brukt alene og i kombinasjon med hverandre.

3.1 Forskning relatert til overvekt

Forsberg, Engström og Söderberg (2014) har gjort en studie som beskriver pasienters egne opplevelser i forbindelse med overvekts-kirurgi (Gastric bypass). Studien viser at det er behov for bedre individuell oppfølging postoperativt, samt viktigheten av nærhet til de ansatte og å bli behandlet med respekt for opplevelse av å bli ivaretatt og sett. Studiens fokus var pasientens opplevelser i forkant av kirurgi og gjennom den postoperative perioden. I forkant av operasjon er det flere som beskriver en opplevelse av mindreverdighetsfølelse og at kroppen er en hindring i hverdagen. Flere uttrykte også redsel for å bli oppfattet som dumme, late og mindre verdt.

En studie utført av Ward-Smith og Peterson (2015) hadde til hensikt å kartlegge sykepleieres holdninger overfor pasienter med sykelig overvekt. Det fremkom av studien at sykepleierne så på overvektige mennesker som mindre suksessfulle, ikke like god som andre, ikke passende for forhold/ekteskap, uryddige og usunne.

Neil og Roberson (2015) viser til viktigheten av å øke sykepleieres forståelse og kunnskap om både fysiske og psykiske aspekter ved overvekt, og at det kan bidra til bedre behandling av pasienter med overvekt og fedme. Det samme kommer frem i Robstad, Söderhamn og Fegran (2017) som peker på at økt kunnskap om omsorg til pasienter med overvekt bør vektlegges i større grad, samt innføres i

utdanning av spesialsykepleiere. Det er mangelfull kunnskap omkring pasienter med overvekt, og den komplekse omsorgssituasjonen de befinner seg i. Ved å styrke denne kompetansen kan det bidra til bedre pleie og behandling.

Puhl, Moss-Racusin, Schwartz og Brownell (2008) har gjort en studie om stigmatisering og negative holdninger overfor overvektige mennesker. De viser også til nødvendighet av å øke kunnskap om fedme og overvekt for å kunne forebygge stigmatisering.

Holdninger og stigmatisering er også tema hos Wakefield og Feo (2017), som har gjort en case-studie om hvordan møte mellom pasienter med sykkelig overvekt og helsepersonell påvirker opplevelse av verdighet og selvspekt. Å bli møtt, sett, lytte og vise forståelse fremheves som viktig for opplevelsen av håp og tro på seg selv, mens det motsatte virker ødeleggende på selvfølelsen.

Malterud og Ulriksen (2009) har gjort en kvalitativ studie der de har samlet data fra fem store norske aviser og sett på hvordan overvekt blir fremstilt gjennom media. Hensikten med studien var å gi helsepersonell ett bredere perspektiv og økt forståelse for overvekt som ett personlig problem heller enn allerede velkjente helseutfordringer knyttet til overvekt. Resultatet var to hovedkategorier for fremstilling av overvekt. En kategori advarte mot overvekt utfra ett etisk perspektiv. Tekstene knyttet glede og det å kjenne seg attraktiv til å være slank og antok at overvektige er stygge og ulykkelige. Den andre kategorien omtalte overvektige som udisiplinerte og grådige mennesker som burde skamme seg. Studien viser at skyld og skam assosieres med overvekt og overvektige utsettes for kulturell stigmatisering. Dette er en byrde overvektige må mestre i sin hverdag og helsepersonell trenger kunnskap for å øke sin oppmerksomhet omkring kulturelle fordommer.

3.2 Tidligere forskning i ett omsorgsvitenskapelig perspektiv

Blomberg, Bisholt, Nilsson og Lindwall (2014) har gjort en studie som tar for seg operasjonssykepleieres oppfatninger av omsorg i den perioperative fasen. Studien viser at omsorgen ble synlig gjennom å få kjennskap til pasienten og gjennom kommunikasjon. Gjennom møtet med pasientene økte opplevelsen av ansvarlighet og operasjonssykepleierne viste omsorg gjennom å ta vare på og beskytte pasientens verdighet. Dette gjorde de ved å holde ett godt overblikk over pasienten under operasjonen. Som å hindre nedlatende snakk eller å passe på at pasientens kropp ikke ble unødvendig avdekket under prosedyren.

En studie gjort av Lindwall og von Post (2014) tar opp sykepleiererfaringer i forhold til hva som bevarer eller krenker verdighet i kirurgisk praksis. Funn fra denne kvalitative studien viser at det som gir opplevelse av bevart verdighet er når forhold i arbeidshverdagen gir rom for at pasienter får mulighet til å fortelle sine historier. Å tillate seg selv å komme nær pasienten og skape relasjoner som gir grunnlag for gjensidig tillit er også viktig. Sykepleierne i studien forteller at de opplever krenket verdighet når de blir tvunget til å se ting de ikke ønsker å se, som for eksempel at kollegaer oppfører seg ufint overfor pasienten. Dette kan være pasienter som blir behandlet nedverdiggende ved livets slutt eller kollegaer som handler som om pasienten var usynlig. Studien peker på at det er nødvendig at sykepleiere har mot til å våge å se det de ikke ønsker å se for å kunne bevare pasientens verdighet. Artikkelen viser til Eriksson sin oppfatning av omsorg som innebærer at gjennom å bevare pasienten sin verdighet, bevares også pleiepersonalets egen verdighet. Når etiske og moralske oppfatninger kommer til syne gjennom pleiepersonalets handlinger, synliggjøres verdighet i samspillet mellom pasient og pleier.

Vendlegård, Hübner og Lindwall (2010) har også gjort en studie om hva som krenker eller bevarer verdighet hos kirurgiske pasienter. Å ta seg tid og lytte til det pasienten har å fortelle, og komme nærmere hverandre bidrar til å bevare verdighet, mens det å overse sine egne og andres handlinger og usynliggjøre pasienten krenker verdigheten. Resultater fra denne studien viser at pleiere som har mot til å se det de ikke vil se og vilje til å lytte til pasienten, vekker til livet pleierens ethos og gjør de åpne for det som er ukjent og dermed mulighet til endring og til å utføre gode omsorgshandlinger. Når pleierens moral og holdninger vises gjennom handlinger gir det rom for verdighet i relasjon til pasienten.

Heijkenskjöld, Ekstedt og Lindwall (2010) har sett nærmere på sykepleiers oppfatninger av verdighet hos pasienten. Målet med studien var å forstå hva sykepleier opplever som bevart eller ikke bevart verdighet hos pasienter i institusjoner. Funn fra studien viser at bevart verdighet oppleves når sykepleier ser pasienten som ett medmenneske som gis medbestemmelse og involvering i egen pleie. Mens når sykepleier ser pasienten som ett objekt der pasientens vilje ikke respekteres eller at en opptrer som at pasienten ikke angår dem bidrar det til krenket verdighet hos pasienten. Studien fokuserer på at sykepleiere må være bevisst hvordan en som pleiepersonell påvirker pasienten, og viktigheten av å ta ansvar og ha fokus på å beskytte og ivareta pasientens verdighet.

Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin og Eriksson (2004) har gjort en studie om brystkreftpasienters opplevelse av lidelse i relasjon til omsorg, sett fra ett etisk, eksistensielt og ontologisk perspektiv. Studien viser at lidelse i hovedsak oppstår når pasienten blir utsatt for pleielidelse og neglisjert og dermed ikke blir sett og bekreftet som ett helt menneske.

Skorpen, Rehnsfeldt og Thorsen (2015) har gjort en studie hos pasienter som sliter psykisk og deres pårørende, for å se om det finnes noen felles opplevelser i forhold til opplevelse av respekt og verdighet. Funn fra studien viser at de vanlige små ting i hverdagen, som helsepersonells oppførsel og væremåte betyr mye for opplevelsen av verdighet. Studien viser videre at helsepersonell ikke er oppmerksomme nok på viktigheten av de små ting i hverdagen og peker på nødvendigheten av å utforske disse fenomener mer systematisk og utvide egen forståelseshorisont.

Hestdal og Skorpen (2019) har gjort en studie hvor de har sett på hva som hemmer eller fremmer lidelse hos eldre pasienter med hoftebrudd i den pre-operative fasen. Studien så på både pasient og sykepleier erfaringer. Det kom frem at det fantes ulike oppfatninger av hva som hemmer eller fremmer opplevelse av lidelse blant de eldste og de yngste pasientene og blant sykepleierne. Det ble benyttet Q-metodologisk tilnærming og tre faktorsyn ble avdekket. Faktorsyn 1 kommuniserte at nærvær, tillit og håp gir trygghet og var representert av de yngste hoftebrudd pasientene i studien. Faktorsyn 2 var representert av sykepleierne og en pasient og kommuniserte at det er trygghet å bli møtt, sett og informert. Faktorsyn 3 uttrykte at en var sint på seg selv og kjente seg alene med lidelsen og at dette gav utrygghet. Dette faktorsynet var representert av de eldste hoftebrudd pasientene.

Jacobson (2009) har gjort en studie, hvor hun har sett på klassifisering av verdighet. Studien identifiserer to hovedformer for verdighet, menneskeverd og sosial verdighet, og det beskrives videre en mengde elementer innen hver av de to formene. Det ble videre sett på hvilke forhold som forårsaket skade på verdigheten, hvem som i hovedsak utsettes for dette og konsekvenser av at verdigheten krenkes. Studien viser hvordan de statiske komponentene i denne klassifiseringen settes i bevegelse og hvordan verdighet således blir fremtredende gjennom en sosial prosess med interaksjon og tolkning fra de involverte parter, relasjoner og den aktuelle settingen.

3.3 Oppsummering av forskning relatert til overvekt og verdighet

Det som kan oppsummeres som essensen i forskningen som er presentert i oppgaven, både omsorgsvitenskapelig forskning og forskning knyttet til overvekt er viktigheten av å skape gode relasjoner og se pasienten som ett medmenneske. Det som fremheves som spesielt viktig for opplevelse av verdighet er pasientens behov for å bli møtt med respekt, bli sett og lyttet til. Det

kommer også frem at det forekommer negative holdninger og stigmatisering av mennesker som lider av overvekt, også blant helsepersonell. Og det påpekes ett økende behov for å bedre kunnskap om overvekt og alle tilleggslidelser overvektige sliter med. Ved å øke kunnskap hos helsepersonell og legge til rette for bedre individuell oppfølging av overvektige pasienter kan dette bidra til økt forståelse og bedre behandling.

4. Metode

4.1 Q-Metodologi

Q-metodologi ble utviklet og introdusert av William Stephenson i 1935 med ett hovedmål om å studere holdninger, tanker, meninger, forståelse og erfaringer utfra menneskets personlige og subjektive ståsted. Stephenson var kritisk til naturvitenskapens reduksjonistiske tanke sett hvor menneskets adferd, tanker og følelser ble omgjort og redusert til objektive målinger (Allgood & Thorsen, 2010, s. 15). Q-metodologi innehar elementer både fra kvalitative og kvantitative metoder, og metoden vil bli nærmere beskrevet i de kommende avsnitt. I hovedtrekk går Q-metodologi ut på at en gruppe mennesker får presentert ett sett med utsagn som skal sorteres utfra prinsippet om hva en kjenner seg mest eller minst enig i. Sorteringen utføres ved hjelp av en sorteringsmatrise. Instruksjonen er lik for alle deltagere og det er personens subjektive opplevelse en er ute etter. Det gjøres så en faktoranalyse på de ferdige sorteringene, og på den måten kan en finne ut om det er flere som sorterer på samme måte og kan avdekke subjektive syn som er felles for flere personer (Størksen, 2012).

4.1.1 Operant subjektivitet

Subjektivitet er ett sentralt begrep i Q-metodologi, og Stephenson mente at subjektivitet er adferd, det er noe som er opplevd av en selv. Det er en tilstand av å se ting fra sitt eget ståsted (Wolf, 2010, s. 32-33). Med operant menes adferd som fremstår som spontan og ikke tillært. Samt at adferden gir mening i samspill med andre i samme miljø. Subjektivitet utfra Stephenson er derfor ikke å forstå som ett mentalt konsept som kun finnes i den enkeltes bevissthet (Watts & Stenner, 2012, s. 25-26). Brown (1980) påpeker at sentralt i Q-metodologi er betydningen av selvreferanse. Essensen i en Q-sortering gjenspeiler en persons subjektive opplevelser, eller tolkninger i relasjon til det han eller hun fokuserer på ved gjennomføringen av Q-sorteringen. I denne studien er det pasientenes og sykepleiernes egne opplevelser og erfaringer en er ute etter, og Q-metodologi beskrives som svært velegnet til å få frem subjektive synspunkt, i tillegg til at metoden fremheves som sensitiv og brukersentrert (Størksen, 2012).

4.1.2 Abduksjonsprinsippet

Sentralt i Q-metode er abduksjonsprinsippet som går ut på å oppdage noe nytt. Abduksjon som logisk tilnærming i forskningsprosesser er ikke like utbredt og kjent som deduktiv og induktiv tilnærming. Charles S. Peirce var den som først viste interesse for abduksjon som logisk tilnærming og som formaliserte bruken av dette. Abduksjon kan tilsynelatende virke ganske likt som induksjon. En induktiv tilnærming er bottom-up styrt, den går fra de empiriske data nedenfra og starter med kunnskap fra ett enkeltstående tilfelle og prøver finne svar som kan si noe om ett allment nivå. Ved hjelp av abduksjon vil en heller prøve å finne en forklaring eller skape nye ideer. Abduksjon er således ett logisk design for å oppdage noe nytt og ikke for å teste eller verifisere allerede etablert teori (Watts & Stenner, 2012, s. 38-39). Gjennom tolkning av datamateriell kan en oppdage nye meningsmønstre som hjelper oss å forstå andre menneskers holdninger eller «beliefs» i forhold til ulike situasjoner eller opplevelser. Ett særegent trekk ved Q-metodologi er forskerens abduktive rolle, som krever at en setter seg inn i deltagerens tenkemåte eller sinn. Ved hjelp av abduksjon kan en finne ny forståelse og nye ideer. Men det er viktig å være bevisst på at den forståelsen vi oppnår gjennom tolkning av data og faktoranalyser er vår egen og ikke sorterers egen forståelse (Wolf, 2010 s. 34-35).

4.2 Metodisk tilnærming

En Q-studie innehar en systematisk struktur som kan beskrives i flere trinn. I denne presentasjonen vil fremgangsmåte og prosedyre for studiens gjennomføring bli beskrevet gjennom fem ulike trinn. Trinn 1 innebærer definering av kommunikasjonsuniverset (concourse), som består av den totale flyten av kommunikasjon omkring studiens tema. I prinsippet betyr det et uendelig antall utsagn samlet fra forskning, media, intervju eller litteratur omkring tema (Størksen, 2012). Trinn 2 forklarer utvikling av instrumentet, Q-utvalget i undersøkelsen. Det innebærer å sortere alle innsamlede utsagn og gjøre en reduksjon til færre enheter som er representative for kommunikasjonsuniverset. Trinn 3 definerer personutvalget eller P-utvalget, som i denne studien består av pasienter som skal eller har gjennomgått overvekts-kirurgi, og sykepleiere som har erfaring fra pleie og omsorg til pasienter som opereres for overvekt. Trinn 4 omhandler sortering av utsagn i en gitt sorteringsmatrise. Alle deltagere gis den samme instruksjonsbetingelsen og sorterer utsagn utfra hva

de opplever seg mest eller minst enig i (Exel & Graaf, 2005). Siste trinn omhandler analyse og tolkning av resultatene (Størksen, 2012).

4.2.1 Kommunikasjonsuniverset

Det første trinnet i en Q-studie består i å definere kommunikasjonsuniverset (concourse).

Kommunikasjonsuniverset omhandler den totale flyten av kommunikasjon omkring studiens tema. Kommunikasjonen er lett gjenkjennelig for alle innenfor samme kontekst eller kultur og kan forklares som en samling av individers uttrykte subjektive preferanser som holdninger, oppfatninger, verdier og meninger (Thorsen & Allgood, 2010, s. 18). Kommunikasjonen vil bestå av ett uendelig antall subjektive utsagn omkring studiens tema, og det vil være vanskelig å skaffe seg en fullstendig oversikt over hele kommunikasjonsuniverset. Gjennom arbeid med faglitteratur omkring tema, tidligere forskning, og pasientopplevelser vil en likevel kunne danne ett godt overblikk (Størksen, 2012).

I denne studien ble kommunikasjonsuniverset samlet inn ved hjelp av dagbøker som pasientgruppen skrev ned opplevelser og erfaringer i både før og etter gjennomgått overvekts kirurgi. Kommunikasjonsuniverset ble også samlet inn fra dagsaktuelle program fra media, samt fra forskning og faglitteratur omkring tema. Pasienter som skal inn til kirurgi for overvekt kan sies å være i samme situasjon og med samme mål, men det kan likevel være ulikheter som må tas med i betraktingen når kommunikasjonsutvalget skal velges. Kommunikasjonen skal være gjenkjennelig for alle i samme kontekst og kultur og siden alle deltagere skulle gjennomgå det samme vil en anta at mye av kommunikasjonen vil være felles. Alle aktuelle pasienter til studien ble forespurt om deltagelse av sykepleier tilknyttet poliklinikk for overvekt. Masterstudent kontaktet deltagere som hadde sagt ja og informerte ytterligere om studien. Alle pasienter som skrev dagbøker fikk utdelt samme instruksjon hvor de ble bedt om å notere ned tanker eller erfaringer om hva som hemmer eller fremmer verdighet i forbindelse med det å gjennomgå operasjon for overvekt. Det ble gjort notater i dagbøkene over en tidsperiode på rundt 14 dager.

4.2.2 Q-utvalget

Trinn to innebærer utvikling av Q-utvalget (instrumentet). Utvikling av Q-utvalget innebærer å sortere alle innsamlede utsagn for så å gjøre en reduksjon til færre enheter som er representative for kommunikasjonsuniverset (Exel & Graaf, 2005). Det ideelle vil være å få tak i så stor del av kommunikasjonsuniverset, at vi helt tilfeldig kunne trekke ut utsagn og dermed generere

representative utvalg. Dette vil som regel være veldig tidkrevende og det vil derfor være nødvendig å benytte andre metoder for å sikre ett godt og representativt kommunikasjonsunivers. Ved utarbeiding av Q-utvalget må en være oppmerksom på at utsagnene bør balanseres for at ikke utvalget skal bli skjevt. Det vil si at vi må unngå overvekt av en type utsagn i forhold til andre. Dette kan medføre at sortereren ikke gis mulighet til å representere andre og divergerende syn. Dersom utvalget fremstår som skjevt eller ubalansert vil det ikke være representativt for kommunikasjonsuniverset i undersøkelsen. Faren for å utelukke oppfatninger i Q-utvalget vil alltid være tilstede, men det er mulig å benytte ulike design for å kunne tenke helhetlig og teoretisk omkring emnet og som hjelp til å balansere utvalget. For å sikre en jevn fordeling av utsagn ble «Fisher balanced block design» lagt som grunnlag for å fremstille et teoretisk og hypotetisk balansert Q-utvalg. Ved å bruke en teoretisk design vil en arbeide målrettet for å finne det en tror operer logisk i temaets kommunikasjonsunivers. Det er dette vi vil utforske videre da vi anser det som essensielt for å kunne utvikle forståelse og kunnskap basert på den enkeltes subjektive opplevelse (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 47-49).

Det ble tilsammen samlet 133 utsagn fra dagboknotater, forskning og teori. På bakgrunn av tema overvekt og verdighet og oppgavens problemstilling ble utsagnene sortert inn i fire ulike grupper som representerte kommunikasjonsuniverset. Utsagn som lignet på hverandre og omhandlet det samme ble sortert i samme gruppe. Noen utsagn var vanskelig å plassere i en bestemt gruppe da de naturlig hørte til i flere grupper. Det ble videre gjort en sortering i hver enkelt gruppe. En av gruppene utmerket seg som en større gruppe enn de andre, og det ble derfor naturlig å dele den inn i to like store grupper som representerte positive utsagn omkring tema og negative utsagn omkring tema. I de to andre gruppene ble både positive og negative utsagn representert innad i gruppene, for å sikre balanse i utsagnene. Dette dannet så en struktur for å balansere Q-utvalget, med åtte utsagn i hver gruppe. Resultatet ble da $8 \times 4 = 32$ utsagn som jeg da satt igjen med tilslutt.

Denne designstrukturen som rommer det teoretiske utgangspunktet for Q-utvalget beskrives som celler, der hver celle representerer ett nivå i en vertikal sammensetning. Det vil si at de to *effektene* (a og b) bygges inn i de 4 *nivåene* (c, d, e og f). Se figur 1. En bør finne flere utsagn som representerer hver celle for å greie å utvikle gode utvalg. For å gjøre hvert utsagn så representativt som mulig er det viktig å skape en balanse mellom positive og negative utsagn (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 50-53). Utsagnene bør være enkle og entydige, og en bør unngå doble setninger som kan gjøre sorteringsjobben vanskelig (Watts & Stenner, 2012, s. 62).

Figur 1: Q-utvalg basert på Fisher balanced block design

Effekter	Nivåer				Celler
	(c) Holdninger i samfunnet	(d) Framtiden	(e) Personalet positive	(f) Personalet negative	4 x 8
(A) Hemmer verdighet	Ac 4 Utsagn	Ad 4 Utsagn	Be 8 Utsagn	Af 8 Utsagn	16 Utsagn
(B) Fremmer Verdighet	Bc 4 Utsagn	Bd 4 utsagn			16 Utsagn

4.2.3 Personutvalg (P-utvalg)

Trinn 3 innebærer å rekruttere informanter (P-utvalget) som skal delta i trinn 4, sortering av utsagnene. I denne studien søkes det svar på pasienters og sykepleieres egne opplevelser i forbindelse med overvekts-kirurgi. Vi ønsker å finne relevante synspunkt hos deltagerne og det er derfor nødvendig å rekruttere deltagere som har synspunkter som har stor betydning for oppgavens tema. I Q-metodologiske studier er det derfor ikke anbefalt å finne randomiserte deltagere, isteden må det gjøres nøye vurderinger i forhold til studiens tema (Watts & Stenner, 2012, s. 70-71). I denne oppgaven innebærer det å finne deltagere som har gjennomgått kirurgi for overvekt, samt deltagere som har erfaring med pleie og omsorg til pasienter som opereres for overvekt.

Inklusjonskriterier for å delta i studien ble derfor: Voksne pasienter over 18 år, med god norskforståelse, med en KMI på 35 eller mer, som har gjennomført Gastric bypass eller Gastric sleeve operasjon. Begge kjønn inkluderes. Operert ved offentlig sykehus i Norge. Ikke lengre enn 6 måneder siden gjennomført operasjon. Standard kirurgisk forløp for overvekts-kirurgi. Det ble også valgt å inkludere sykepleiere som arbeider på sykehus, med minimum 2 års erfaring fra arbeid med pasienter som gjennomgår kirurgi for overvekt.

I ett Q-metodologisk studie er det viktig å være klar over at hver deltager utgjør en variabel, i motsetning til tradisjonelle kvantitative studier der en variabel defineres etter andre kriterier (Watts & Stenner, 2012, s. 70-71).

4.2.3.1 Rekrutteringsprosessen

I denne studien var det nødvendig å rekruttere deltagere i to ulike omganger. Dette forklares nærmere i kommende avsnitter. For å rekruttere aktuelle pasienter til å delta i studien ble to sykehus kontaktet og formelle søknader sendt og godkjent. Det ble opprettet en kontaktperson ved poliklinikk for sykelig overvekt ved begge sykehus, som fungerte som bindeledd mellom masterstudent og aktuelle deltagere. Masterstudent ble videre invitert til ett av sykehusene for å informere om studien på ett seminar for aktuelle pasienter som vurderes for kirurgi. Det ble også utarbeidet generelle informasjonsskriv om det pågående studiet, som kontaktperson ved poliklinikken kunne dele ut til aktuelle deltagere, i tillegg ble det utarbeidet instruksjon for deltagelse i studiens del 1 og 2 som ble gitt til alle som deltok i studien. Studien ble gjennomført i to deler, noe som krevde rekruttering av informanter i to ulike omganger. Det måtte også utarbeides ulike informasjonsskriv og instruksjoner for de ulike delene i studien.

Først ble det rekruttert deltagere til å delta i studiens del 1, som innebar å skrive dagboknotater over en tidsperiode på to uker i forbindelse med kirurgi. Dette var ett ledd i utviklingen av kommunikasjonsuniverset, som beskrevet i trinn 1. Sykepleier ved poliklinikk for sykelig overvekt kontaktet aktuelle deltagere og videreformidlet informasjon til masterstudent. Deltagere som hadde sagt ja til deltagelse ble kontaktet av masterstudent som gav nærmere og utdypende informasjon om studien og videre forløp. Tilsammen tre personer skrev og leverte ferdigskrevne dagbøker tilbake til masterstudent. Dette var en mer tidkrevende prosess enn først antatt da det innebar at de som skulle skrive dagbøker måtte klareres for kirurgi. En person trakk seg fra å skrive dagbok underveis. Prosessen for å gjennomgå overvekts-kirurgi starter mange måneder før selve operasjonen, og da alle formelle søknader i forbindelse med gjennomføring av studien tok lang tid kom prosessen med å finne de rette deltagerne seint i gang. Det var krevende å få kontakt med deltagere tett opp mot operasjonstidspunkt, da pasientenes siste kontaktpunkt med sykehuset før kirurgi er relativt lenge før selve operasjonen. Flere av deltagerne som hadde sagt ja til å delta fikk sine operasjoner utsatt, noe som medførte at det tok opptil 8 uker før dagbøker kom i retur til masterstudent.

Rekruttering av deltagere til studiens del 2, Q-sortering ble utført på samme måte som til del 1. Rekrutteringen foregikk ved ett av de forespurte sykehusene under studiens del 2. Informasjon til aktuelle deltagere ble formidlet via sykepleier ved poliklinikk for overvekt. Masterstudent fikk videreformidlet kontaktinformasjon til pasienter som hadde takket ja til deltagelse. Masterstudent ringte så alle som hadde takket ja og informerte mer utdypende om studien og hva det innebar for den enkelte deltager. Alt materiell til å gjennomføre Q-sortering og nødvendig informasjon om studien ble sendt til aktuelle deltagere i posten. Selve sorteringen foregikk hjemme hos pasienten en

tid etter gjennomgått operasjon, og alle som deltok i studien hadde vært operert minst to måneder i forkant av sorteringen. Det var tilsammen 18 deltagere som mottok informasjon om studien og som i forkant hadde sagt ja til å delta. Antallet som faktisk deltok og leverte ferdig utfylt sortering tilbake til masterstudent var 5. På grunn av den relativt lave responsen over flere måneder ble det i samråd med veileder besluttet å inkludere sykepleiere med erfaring fra pasientgruppen. NSD ble kontaktet av veileder for å sikre at dette kunne gjøres under de allerede vedtatte forutsetninger.

Masterstudent kontaktet sykehusledelsen ved ett av de allerede etablerte sykehusene og fikk oppgitt en ny kontaktperson som kunne være behjelpelig med å finne flere informanter (sykepleiere) til studien. Masterstudent avtalte videre med kontaktperson og i samråd med veileder å inkludere 3 sykepleiere med minst to års erfaring fra arbeid med pasientgruppen. Disse pleierne fikk samme instruksjon som pasientene og utsagn som skulle sorteres var også de samme som pasientene fikk, men med justering slik at det ble naturlig for sykepleier å sortere utfra sitt ståsted. Alle sorteringer ble gjort på arbeidsplassen og tidspunkt for sortering ble gjort i samråd med leder ved avdelingen. Alle fikk grundig informasjon i forkant av sortering og tilbud om veiledning underveis. Prosessen med å få inn data til studiens del to, tok tilsammen seks måneder. Tilslutt satt jeg igjen med 8 sorteringer som skulle inngå i studiens analyse.

4.2.4 Q-Sortering

Trinn 4 består av selve Q-sorteringen. Alle utsagn fra Q-utvalget presenteres, og deltagerne introduseres for sorteringsmatrisen (figur 2) og gis samme instruksjoner for gjennomføring av Q-sorteringen. Sorteringsmatrisen fungerer som ett instrument, hvor utsagnene sorteres i forhold til deltagerens egne subjektive oppfatninger i en tvungen normalfordelingskurve (forced choice) (Watts & Stenner 2012, s. 17). Hver Q-sortering representerer sorterers subjektive syn i forhold til tema. Bruk av tvungen normalfordelingskurve gir nyanserte og systematiske vurderinger og sammenligninger av utsagnutvalget. Det er en antagelse om at noen utsagn blir tillagt en mye større betydning for den som sorterer enn andre utsagn (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 56-57). Til denne studien ble det valgt en 9 punkts sorteringskurve med verdier fra +4 til -4 med en flat struktur. Tilsammen 32 utsagn skulle sorteres. Bakgrunn for valget er at alle deltagere antas å ha svært god kjennskap til oppgavens tema. Ved å bruke en flat sorteringskurve vil en kunne få en mer finnyansert sortering, hvor ytterkantene eller ekstremverdiene tillegges større verdi (Watts & Stenner 2012, s. 80). Alle deltagere ble gitt tilnærmet samme instruksjonsbetingelse. Det vil si at alle pasienter fikk den samme instruksjonen og alle sykepleiere fikk lik instruksjon, slik at det skulle være mulig å tilnærme seg utsagnene på en naturlig måte. Ifølge Wolf (2010) så Stephenson instruksjonsbetingelsen som en veileder som hjelper sorterer med å fokusere oppmerksomheten. En

instruksjonsbetingelse vektlegger at det er en «betingelse» som den som sorterer skal være oppmerksom eller bevisst på (Wolf, 2010, s. 30). I denne studien ble deltagere som var pasienter bedt om å sortere utfra følgende instruksjonsbetingelse:

«Du vil nå få presentert 32 utsagn som omhandler opplevelser omkring tema verdighet og overvektskirurgi. Dette kan være opplevelser som du eller andre i samme situasjon som deg kan ha erfart i forbindelse med operasjon for overvekt. Når du leser utsagnene skal du ta utgangspunkt i dine opplevelser og sortere utsagnene etter de du er mest enig i og de du er mest uenig i».

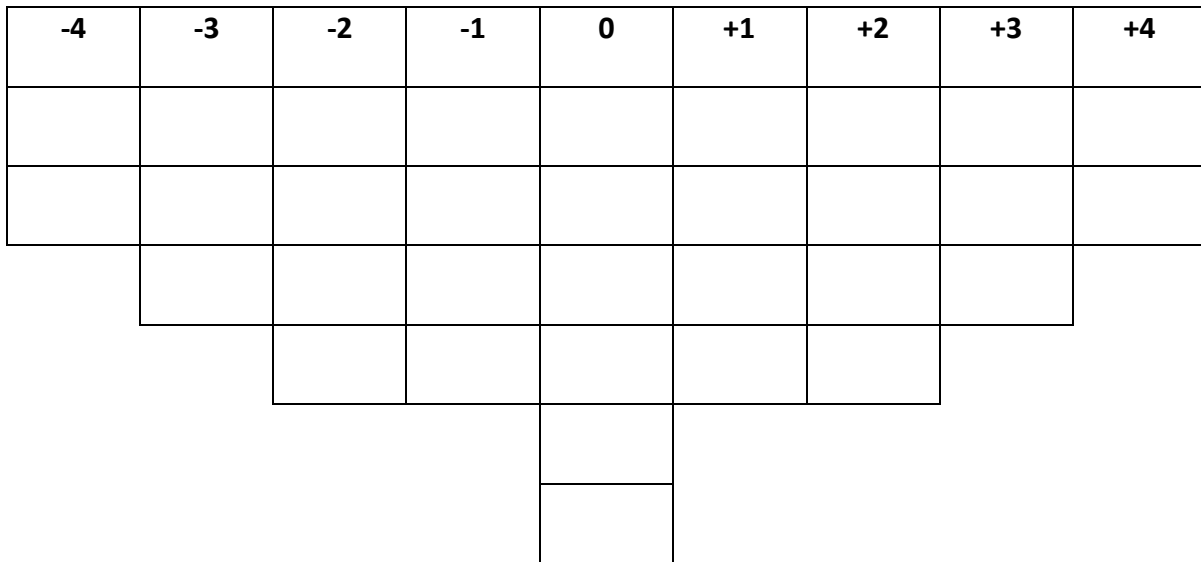
Sykepleiere som deltok fikk tilnærmet den samme instruksjonsbetingelsen som pasientene, den lød som følger:

«Du vil nå få presentert 32 utsagn som omhandler opplevelser omkring tema verdighet og overvektskirurgi. Dette kan være opplevelser som du eller andre kan ha erfart i forbindelse med pleie og omsorg til pasienter som gjennomgår operasjon for overvekt. Når du leser utsagnene skal du ta utgangspunkt i dine opplevelser og sortere utsagnene etter de du er mest enig i og de du er mest uenig i».

Deltagerne ble først bedt om å gjøre en grovsortering av alle utsagn utfra hva de var mest enig i (+), hva de var mest uenig i (-) og hva de stilte seg nøytrale til. Etterpå ble de bedt om å gjøre en finsortering av alle utsagnene. De ble videre bedt om å starte med de utsagn de var mest enig i og plassere de inn i matrisen (+4, +3), deretter de utsagn de var mest uenig i (-4, -3). Tilslutt skulle de plassere de resterende utsagn utfra hva de var litt enig i, litt uenig i og hva de ikke hadde noen spesiell formening om eller kjente seg nøytrale til. Etter sorteringen var ferdig ble de bedt om å se over og eventuelt gjøre endringer. Alle utsagn var i forkant tildelt ett nummer. Dette nummer skulle plasseres inn i sorteringsmatrisen av deltageren på samme sted som de hadde sortert utsagnet. Numrene var helt tilfeldig plassert på kortene for å unngå at den som sorterer skal få inntrykk av at det finnes ett slags system. Alle utsagn bør være laget etter samme mal, samme farge og med randomiserte tall, dette for at deltagere ikke skal ledes til å sortere etter farger eller mønstre (Watts & Stenner, 2012, s. 76-77). Alle pasientsorteringer ble gjort hjemme hos deltagerne. Utsagn, sorteringsmatrise og instruksjon for gjennomføring ble sendt i posten. Masterstudent gav grundig informasjon over telefon i forkant av hver sortering, samt var tilgjengelig på telefon for de som trengte det. Alle sorteringer utført av sykepleier ble gjort på arbeidsplassen. Den enkelte deltager ble plukket ut av leder ved avdelingen som valgte videre tidspunkt for selve sorteringen. Masterstudent gav grundig informasjon til hver enkelt i forkant av hver sortering og alle fikk tilbud om veiledning

underveis. Alle de tre sykepleierne som deltok valgte å gjennomføre sorteringen på egenhånd, ved at masterstudent var tilgjengelig på telefon.

Figur 2: 9 punkts distribusjonskurve for 32 utsagn (2, 3, 4, 4, 6, 4, 4, 3, 2)



Etter at sorteringen var gjennomført av hver enkelt ble deltagerne bedt om å begrunne skriftlig hvorfor de var mest enige i forhold til noen utsagn og mest uenige i forhold til andre utsagn. På den måten kan en få en dypere og mer detaljert forståelse for de valg deltagerne gjør og det er mulig for den som deltar å komme med synspunkt eller begrunnelser en ikke får frem under selve sorteringen. Dette er viktig informasjon som bidrar til økt kvalitet på de funn en sitter igjen med til slutt. I tillegg til at det vil være med å gjøre faktortolkningen enklere (Watts & Stenner, 2012, s. 82-83). Alle skriftlige notater både hos pasienter og sykepleiere ble levert sammen med sorteringsmatrisen tilbake til masterstudent. Det ble i tillegg til dette samlet inn bakgrunnsopplysninger hos alle pasienter som deltok. Hos sykepleierne ble det valgt å ikke ta med bakgrunnsopplysninger da alle hadde sykepleierbakgrunn og hadde arbeidet i minst to år. Dette ble også vurdert utelukket på bakgrunn av å beskytte personvernet til alle som deltok. Av samme grunn ble det også valgt å samle inn alle data fra sykepleierne samtidig i samlet konvolutt. På den måten ville det være svært vanskelig å vite hvem som hadde sortert hva.

4.2.5 Analyse

Siste trinn (trinn 5) omhandler analyse og tolkning av resultatene (Størksen, 2012). Data fra den ferdige Q-sorteringen føres inn i ett egnet analyseprogram hvor en benytter Q-faktoranalyse for å

identifisere unike faktorer. Videre ser en på karakteristiske utsagn for hver faktor, samt utsagn som skiller faktorene fra hverandre (Thorsen & Allgood, 2010, s. 20). Hver deltagers sortering av utsagn er gjenstand for korrelasjon og faktoranalyse i en Q-studie. Deltagere som sorterer tilnærmet likt og korrelerer høyt med hverandre definerer en faktor i Q-faktoranalysen (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 57).

I denne studien ble analysen utført ved hjelp av analyseprogrammet PQMethod 2,35 (Schmolck, 2014). Alle sorteringer ble lagt inn i analyseprogrammet, tilsammen 8 sorteringer. Det ble først gjort en «principal components factor analyse» (PCA) som viste Eigenvalue (EV) over 1 på to av faktorene. Eigenvalue viser til en faktors statistiske styrke og $EV < 1$ utfra Kaiser-Guttman kriteriene anbefales som regel ikke inkludert. Utfra disse kriteriene blir en faktor med $EV < 1$ ansett å ha mindre studie varians enn en enkelt sortering (Watts & Stenner, 2012, s. 105-106). Det ble videre gjort en «varimax rotasjon» og ulike faktorløsninger ble forsøkt både med og uten håndrotasjon av faktorene. En tofaktorløsning viste seg å gi det mest tydelige resultatet med en forklarende studievariens på 74%. Målet er å finne så rene faktorer som mulig. Det vil si at faktorene fremstår som klare meninger eller oppfatninger med minst mulig grad av korrelasjon mellom faktorene (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 57). Valget ble å gå for en to faktor løsning. Grunnlaget for valget var at datamaterialet ikke var særlig stort og dette var faktorer som gav lav korrelasjon mellom faktorene og fremstod som klare oppfatninger (se tabell 1). Det ble vurdert å gå for en faktor løsning også da det viste seg at 7 av sorteringene korrelerte høyt på faktor 1 mens det kun var 1 sortering som gav faktor 2 (se tabell 2). Faktor 2 fremstod som en klar og tydelig motsetning til faktor 1, noe som gjorde det interessant å også belyse dette synspunktet. Dette er noe av det som gjør det spennende å drive forskning da vi ikke ønsker å bare se på en side av ett tema, men belyse flere ulike vinklinger. Til slutt ble det gjort en «final Q-analyse» hvor de produserte data ble gjort tilgjengelig i en utskrivbar fil.

Tabell 1: Korrelasjon mellom faktorene

	Faktor 1	Faktor 2
1	1.0000	0.0244
2	0.0244	1.0000

Tabell 2: Faktorladinger med X merker sorteringer som definerer faktoren

Q-SORT	Faktor 1	Faktor 2
1. Ada	0.8338X	-0.2175
2. Berit	0.9067X	-0.0468
3. Oda	0.7694X	0.0342
4. Jenny	0.0177	0.9745X
5. Jonas	0.7840X	0.1440
6. Anne	0.8425X	0.1192
7. Britt	0.8989X	-0.0762
8. Maria	0.7702X	0.2901

Tabell to viser sorteringer som lader signifikant for faktor 1 og sortering 4 som utgjør faktor 2 som en motsats til alle sorteringer for faktor 1. Faktor 1 består av 60 % av studiens forklarende varians og faktor 2 utgjør 14 % av forklarende varians.

4.2.6 Faktortolkning

Q-sortering viser ett mønster hvor den som sorterer viser sin subjektive oppfatning av temaet utfra selvreferanse. En faktor viser gjennomsnittet av alle de sorteringer som representerer faktoren, med andre ord de som har sortert tilnærmet likt. Når vi tolker faktorene ønsker vi å få frem hva de sier i forhold til kommunikasjonen som finnes i forhold til tema vi studerer og den enkelte faktor er ett uttrykk for operant subjektivitet (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 59-60). Når vi skal tolke faktorsynene må vi stille oss spørsmål som leder oss tilbake til utgangspunktet eller synspunktene vi er ute etter. Vi må prøve å beskrive hele den historien som kommer til syne. Det betyr at vi ikke bare kan fokusere på de utsagn som er gitt høyest skår verdi men må se alle sorteringer i en sammenheng (Watts & Stenner, 2012, s. 149).

4.3 Validitet og reliabilitet

Q-metodologi innehar elementer fra både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, og kan derfor ikke plasseres kun i den ene kategorien. Q-metodologi bygger på en måte en bro i mellom disse forskningsmetodene (Størksen, 2012). Men vi må uansett vurdere kvaliteten på forskningen vår, og validitet og reliabilitet er to egenskaper som vi kan benytte for å vurdere kvaliteten på arbeidet vi har gjort. Som forsker må vi vurdere hva studien vår sier noe om, hva det vi undersøker er

sant om. Dette viser til studiens interne validitet. Vi må også si noe om hvilken overførbarhet funnene våre har (Malterud, 2017, s. 23). Validitet henviser til om vi måler det vi vil måle, mens reliabilitet brukes som mål på studiens pålitelighet. Reliabilitet viser til om vi kan stole på de funn vi har gjort, og om vi ville fått samme resultat dersom vi gjorde undersøkelsen en gang til. Det er flere måter å finne ut av studiens reliabilitet på. Vi kan se på allmenn kildekritikk, nøyaktighet i dataregistrering og feilsøking. Vi kan også gjøre en såkalt test-retest for å vurdere reliabiliteten i studien. En slik test går i hovedsak ut på å måle graden av korrelasjon mellom to like målinger av samme variabel. Det vil ofte være utfordrende og vanskelig å gjennomføre en slik test-retest hundre prosent likt hver gang da kontekst og utvalget kan ha forandret seg mellom målingene (Ringdal, 2013, s. 96-97). Innen Q-metodologi har det vært tilfredsstillende å benytte test-retest for å vurdere reliabiliteten, da dette vil gi ett operativt mål på i hvilken grad en person er i samsvar med seg selv. Det finnes Q-studier hvor det har blitt utført test-retest studier med en reliabilitet på over 0,80 (Brown, 1980).

Validitet og reliabilitet slik det er forstått i R-metodologi, skiller seg fra Q-metodologiske tilnærminger. Q-metodologiske tilnærminger har som mål å fange deltageres synspunkt og perspektiver ved hjelp av Q-sortering, som utføres utfra hver enkelt deltagers selvreferanse (Watts & Stenner, 2012, s. 51-56). R-metodologi baseres på konvensjonelle statistiske prinsipper, mens Q-metodologi baseres på intrasubjektiv signifikans. En kan derfor ikke generalisere funn fra en Q-studie fra en gruppe til en populasjon (Kobbernagel, 2010, s. 178). Ved å benytte samme Q-sortering og gjøre gjentagende studie av samme deltagers synspunkter tester vi om personenes synspunkt er det samme på ett gitt tidspunkt som på ett annet. Dette viser til det Thomas og Baas (1992/1993) omtaler som reliable schematics, som viser til når like Q-studier blir utført med grupper som er identiske eller i nær relasjon til hverandre (Watts & Stenner, 2012, s. 51). Når det gjelder validitet i en Q-studie viser Watts og Stenner (2012, s. 51) til Brown når de sier at validitet ikke alltid er like relevant å vurdere som i andre kvantitative tilnærminger da det ikke er noen utenforliggende kriterier for enkelt individers synspunkter eller meninger, og personene i en Q-studie er selv refererende. Dette er likevel ikke ensbetydende med at vi ikke skal vurdere hva forskningen vår sier noe om.

Tabell 3: Faktor reliabilitet

	Faktor 1	Faktor 2
Antall personer som lader på faktoren	7	1
Gjennomsnittlig faktor-reliabilitet	0.800	0.800
Sammensatt reliabilitet	0.966	0.800
Standard feil (SE) av faktorladinger	0.186	0.447

4.4 Metodiske betraktninger og metodekritikk

Siden målet i denne studien var å se nærmere på pasienters og sykepleieres egne subjektive erfaringer og opplevelser i forhold til tema, overvekt og kirurgi ble Q-metodologisk tilnærming ett naturlig valg. Q-metodologi beskrives som både brukersentrert og sensitiv, og som svært egnet for å få fram menneskers subjektive synspunkt (Størksen, 2012). Valget mitt falt på å innhente endel av dataene til den videre studien gjennom å rekruttere pasienter til å skrive dagbøker i forbindelse med sykehusoppholdet og gjennomgått kirurgi. Dette viste seg å være en svært tidkrevende prosess som tok mye lengre tid en både antatt og forventet. Dette gjorde til at antall pasienter som skrev og leverte tilbake ferdige dagbøker ble redusert i forhold til det opprinnelige målet. Dette kan ha hatt innvirkning på den videre prosessen og utarbeidelse av kommunikasjonsuniverset da de som faktisk skrev dagbøker kan ha tilhørt en spesiell pasientgruppe. Dette kan ha vært pasienter som enten var svært fornøyde eller som var svært misfornøyde. Det ble likevel vurdert som tilstrekkelig å gå videre med, sett i sammenheng med annen teori og forskning omkring tematikken. Utvikling av Q-utvalget (instrumentet) kan også være en utfordring i en Q-studie. I følge Watts og Stenner (2012) må utviklingen av Q-utvalget alltid sees opp mot studiens problemstilling og hvilke forskningsspørsmål en ønsker svar på. Det må være bredt representerte utsagn som er dekkende for det vi studerer, og vi må sikre at deltagerne i studien sitter igjen med en god følelse av å ha utført noe meningsfullt etter å ha utført Q-sortering. Det er flere måter å sikre ett godt utvalg av utsagn på, og for å sikre god balanse av utsagnene i denne studien ble utvalg av utsagn gjort med utgangspunkt i Fisher balanced block design. Utformingen og ordlyden i utsagnene ble nøye gjennomgått, mange ganger. Dette ble gjort i samråd med veileder. Det ble også utført en pilotsortering av en kollega som har erfaring med samme metodiske tilnærming og tematikken i oppgaven.

Pasienter som utførte Q-sortering gjorde dette fra 2-6 måneder etter gjennomført kirurgi. Årsaken til valget om såpass lang tid etter kirurgi, var at tilgangen på pasienter ble mye større og det da skulle være enklere å rekruttere mange nok. Dette var også ett ankepunkt, da det kan ha gått for lang tid etter operasjon og at det hadde skjedd mye med den enkelte pasienten både fysisk og mentalt i tiden som var gått. Det vil være vanskelig å huske alt som skjedde og dette kan som i første del av datasamlingen virke inn på de som faktisk deltok. En risikerer å få med yttergrupperingene, altså de som er svært fornøyde eller svært misfornøyde. Prosessen med å få samlet inn data til analysen viste seg også å være utfordrende da det var stort frafall i de som i utgangspunktet ønsket å delta til de som faktisk deltok. Å gjennomføre ett forskningsprosjekt ved bruk av Q-metode er en tidkrevende prosess og i dette tilfellet måtte det i samråd med veileder tas en beslutning om å gå videre i

prosessen til tross for at en ikke hadde klart å komme i mål med ønskelig mengde data til den videre analyseprosessen.

4.5 Forskningsetikk

Forskningsetikk er de grunnleggende moralnormer for vitenskapelig praksis eller visjon om den gode forskning, og viser til ett mangfoldig sett av lover og retningslinjer som forskeren må forholde seg til (Ringdal, 2013, s. 51). Dette omfatter blant annet Helsinkideklarasjonen, som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning på mennesker, helseforskningsloven, forskningsetikkloven og personopplysningsloven (Malterud, 2017, s. 211). Som forsker skal en arbeide utfra en grunnleggende respekt for menneskeverdet, og det betyr at de som deltar i studien skal beskyttes mot fysisk og psykiske skader, sikres frihet og selvbestemmelse, samt beskyttelse av personvernet (Ringdal, 2013, s. 54). Alle som deltok i studien fikk utfyllende informasjon, først skriftlig og så muntlig, for å sikre at de forstod hensikten med studien og følgene av å delta. Det ble innhentet informert skriftlig samtykke av alle som deltok, og all informasjon og data som ble innhentet ble videre anonymisert og oppbevart etter de kriterier som var oppgitt fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekt krever forhåndsgodkjenning av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Malterud, 2017, s. 218). Prosjektet ble først søkt godkjent hos REK 20.03.18. REK behandlet søknaden 24.04.18 og svar forelå 30.05.18. På bakgrunn av at REK definerte studien til å ikke være helseforskning som har til hensikt å innhente ny kunnskap om helse og sykdom ble prosjektet meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) 12.06.18. Studien ble også søkt godkjent for gjennomføring ved to sykehus i Norge. Da prosessen med å innhente data tok uventet lang tid ble det sendt ny søknad om utsettelse av prosjektet til NSD. Dette ble gjort 01.05.19 og svar forelå 15.05.19. Da det på ett enda senere tidspunkt ble besluttet å endre på inklusjonskriteriene, og også inkludere sykepleiere i studien, ble NSD på nytt kontaktet for å forsikre at prosjektet holdt seg innenfor gitte rammer. Dette ble gjort av veileder.

Pasienter er sårbare og totalt avhengige av de som utøver omsorg, og en må være bevisst på hvilke belastninger en eventuelt utsetter de som deltar i studien for. De må sikres optimal behandling gjennom hele det kirurgiske forløpet, der de som deltar må være trygge på at det ikke får betydning for behandlingen om de skulle velge å trekke seg fra studien. Målet med studien er å bidra til enda

bedre omsorg og behandling ved å øke kunnskapen omkring pasientens egne opplevelser, og for å innhente ny kunnskap på området var det derfor nødvendig å få informasjon fra pasientene selv. I tillegg ble det innhentet informasjon fra sykepleiere med erfaringer fra pasientgruppen. Det stilles strenge krav til informert samtykke og alle som deltar i studier skal være godt kjent med prosjektet de deltar i og være trygge på at all informasjon oppbevares forsvarlig (Malterud, 2017, s. 214-215). Det er derfor viktig at all informasjon blir anonymisert og at alle som deltar skal kjenne seg ivaretatt og være trygg på at det de deler ikke er gjenkjennbart. Alle personidentifiserbare data som ble benyttet i studien ble anonymisert og videre oppbevart på Høgskolen på Vestlandet sin forsknings server.

4.6 Forskerrollen og selvrefleksivitet

Som forsker har jeg stor påvirkning på mitt eget arbeid. Gjennom hele prosessen, fra starten med å finne tema til prosjektet og helt frem til oppsummering av det arbeidet jeg har gjort har min forforståelse og mine erfaringer vært med på å påvirke meg. I følge Allgood og Kvalsund (2010, s. 42) er det av stor betydning at studenter som benytter Q-metode i sine oppgaver viser hvordan en siterer seg selv og hvordan dette påvirker forskningsarbeidet. Dette innebærer at når vi lager ett Q-utvalg er det ikke bare sorterers subjektivitet som involveres, men også min egen subjektivitet. Det er mine valg som er avgjørende for det utvalget jeg sitter igjen med og som på den måten vil påvirke forskningen. Subjektivitet vil derfor komme både fra de som sorterer og fra meg selv som forsker. Kommunikasjonsuniverset ble utviklet i dialog og samarbeid med veileder for på den måten å få flere sitt blikk på materialet, og bidra til at jeg hele tiden var kritisk til mine valg underveis i prosessen. Det er likevel mine valg som tilslutt har dannet utgangspunktet for kommunikasjonsuniverset og det finnes alltid en fare for at deler av den mulige kommunikasjon er uteblitt eller ikke har kommet tydelig nok frem. Det å prøve å sette seg selv til side og gi rom for det som viser seg gjennom arbeid med tolkning av datamaterialet kan være til tider utfordrende. Det er viktig å hele tiden minne seg selv på hvilken rolle en har og hvordan en selv vil påvirke det en studerer. Ringdal (2014, s. 254) påpeker at det er viktig at en som forsker reflekterer over egne verdier og hvordan dette kan ha påvirkning til fenomenet som en studerer. Når en gjennomfører en Q-studie må en også være seg bevisst at den forståelsen som en oppnår gjennom tolkning av datamaterialet er vår egen og ikke den som opprinnelig utførte Q-sorteringen sin tolkning. Samtidig er det forskerens abduktive rolle som er

fremtredende i Q-metode og som gir muligheter for å oppdage noe nytt som en ikke før har vært oppmerksom på (Wolf, 2010, s. 34).

Som forsker må jeg være kritisk til meg selv og de kildene jeg benytter for å belyse tema og problemstilling i denne studien. Jeg må være bevisst min egen kunnskap og erfaring og hvordan det kan påvirke meg underveis i prosessen. Ringdal (2014, s. 254) uttrykker at forskeren alltid har ett fagfilter i tillegg til ett kultur-filter som består av fordommer og verdier, og at dette vil påvirke oss i våre valg. Dette gjelder både valg av det vi ønsker å studere og de observasjoner vi gjør underveis. Jeg må også være kritisk til hvilken faglitteratur som benyttes for å bygge teorigrunnlag i prosjektet og faren for at grunnlaget kan bli for snevert og kun belyst fra enkelte ståsted.

5. Oppsummering av resultat

Etter at analysen var gjennomført ble valget å gå for en to faktor løsning. Som nevnt tidligere er målet å oppdage nye meningsmønstre og vi må derfor se videre på utsagn som definerer faktorene, sammenfallende utsagn for faktorene, samt utsagn som skiller faktorene fra hverandre. Når vi skal tolke resultatene er utgangspunktet at utsagn sortert i matrisens ytterkanter er tillagt størst betydning for den som sorterer. Men vi må også få øye på helheten og ta med utsagn som er sortert i den nøytrale sone av sorteringsmatrisen (+1, 0, -1), altså utsagn som ikke gir særlig mening eller som den som sorterer ikke tillegger særlig betydning i forhold til de andre utsagnene. Dette kan gi oss en dypere forståelse for helheten og kompleksiteten i hvert faktorsyn.

Resultatene vil videre bli presentert som en historie, basert på utsagn som definerer faktorsynet, samt sitat fra skriftlige notater som deltagerne fikk mulighet til å levere sammen med den ferdige Q-sorteringen. Når historien presenteres blir det brukt både navn og mer generelle henvisninger til sorterere, dette for å skape en slags flyt i presentasjonen. Alle navn som blir brukt er fiktive.

5.1 Faktorsyn 1: Gode omsorgsrelasjoner skaper rom for tillit og trygghet

Faktorsyn 1 ble definert av 4 pasienter og 3 sykepleiere og kommuniserte deres opplevelser og erfaringer i forbindelse med operasjon for overvekt. Faktoren er definert av 60 % av studiens forklarende varians. Hovedparten av de utsagn som var gitt høyest skår omhandlet opplevelser i forhold til personalet, samt personalets egne opplevelser av hvordan pasientene gir uttrykk for at de har det under sykehusoppholdet. Opplevelse av verdighet i møte med lege og sykepleier i forkant av operasjon (utsagn 22) ble vektet som en av de to utsagnene de kjente seg aller mest enig i, dette gjaldt både pasienter og sykepleiere. Berit som er pasient sier: *«Jeg følte jeg ble tatt imot med respekt»*. Det kommer frem at pasientene opplever at de blir sett på som helt vanlige pasienter uavhengig av type operasjon og at de blir godt tatt imot (utsagn 25 og 4). Både pasienter og sykepleiere gir uttrykk for at de har positive erfaringer og gir høy skår til utsagn som omhandler positive forhold til personalet. Det kan synes som om gode omsorgsrelasjoner fremstilles som viktig for å fremme opplevelse av verdighet, og skaper rom for tillit og trygghet. Dette vises gjennom betydningen av å kjenne tillit til helsepersonalet (utsagn 14) og at pleiepersonalet passer på (utsagn 15). Maria, som er sykepleier sier: *«Jeg tror at pasienten sitt hoved ønske, uansett hvem det er eller hvilken pasientgruppe de tilhører er å bli respektert og sett»*. Å kjenne seg mindre verdt (utsagn 24)

eller nedprioritert som gruppe (utsagn 12) var noe som de ikke kjente seg igjen i. En av pasientene uttrykker det slik: *«Jeg er veldig fornøyd med personalet som har hjulpet meg. Alltid smilende og imøtekommende...Har også fått bedre selvbilde og selvtilit etter operasjonen»*. Å få god informasjon (utsagn 3) var det andre utsagnet både pasienter og pleiere var aller mest enig i og anså som viktig for å kjenne seg godt ivaretatt. I tillegg ble god oppfølging (utsagn 20) også høyt vektlagt, både hos pasienter og personalet. Oda som er pasient sier som følger: *«Godt og trygt å møte det samme helsepersonell...god oppfølging»*. En annen pasient, Jonas sier: *«Fikk god informasjon i forkant av operasjon»*. Det samme kommer frem fra en av sykepleierne, Maria: *«Jeg føler pasientene får mye og god oppfølging, både før og etter operasjonen»*. De gav også uttrykk for at de ikke kjente seg særlig igjen i utsagn 8 *«Jeg synes det var slitsomt å bli møtt av helsepersonell som ikke kunne gi meg informasjon som var viktig for meg»*. Dette samsvarer med det de uttrykker i forhold til opplevelsen av at det ble gitt god informasjon. Utsagn 13 som handler om å kjenne seg alene og at det er liten oppfølging etter operasjon er noe de også er uenig i, og som kan være med på å forsterke inntrykket av at en er fornøyd og har positive opplevelser. Å få oppfølging i forhold til det psykiske (utsagn 17) er også vektlagt høyt i faktor 1. Dette er noe som blir sett på som viktig å få frem. Utsagn 10 og 27 omhandler helsepersonalets kunnskaper og holdninger i forhold til overvekt. De er uenig i at personalet har dårlige kunnskaper om overvekt og uttrykker negative holdninger overfor pasientene. Disse utsagn er plassert på ytterkanten av matrisen hvor utsagn som en er mest uenig i plasseres. Dette er noe en ikke kjenner seg igjen i og er uenig i. Jonas som er pasient sier: *«Erfaringen min er at personalet hadde god kunnskap og erfaring»*. Dette kan gi inntrykk av at det oppleves at helsepersonell formidler god kunnskap og viser gode holdninger. Dette er i samsvar med plassering av utsagn 18 *«Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte»*. Dette kjente hverken pasienter eller pleiere seg igjen i. Deltagerne i studien er også uenig i at følelsen av å være mislykket blir forsterket dersom helsepersonalet fremstår som perfekte (utsagn 11). Både pleiere og pasienter uttrykker at det er viktig å bli behandlet med vennlighet, og å bli sett og hørt (utsagn 28). Dette sier de har betydning for opplevelse av verdighet. Pasientene uttrykker også at det ikke var særlig vanskelig å snakke med helsepersonell om sin egen overvekt (utsagn 19).

Tabell 4: Faktor 1 - fremtredende utsagn

22	Jeg opplevde absolutt verdighet i møte med lege og sykepleier i forkant av operasjon	+ 4
3	God informasjon om det som skal skje på sykehuset gjør meg trygg	+ 4

4	Jeg opplevde møtet med helsepersonell på sykehuset som meget bra, jeg ble godt mottatt	+ 3
20	Å ha en god plan for oppfølging når jeg kommer hjem er viktig	+ 3
14	Når jeg kjenner tillit til helsepersonellet kjenner jeg meg trygg og ivaretatt	+ 3
28	Å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt er viktig for min opplevelse av å kjenne meg verdsatt	+ 2
15	At pleiepersonalet passer på hele tiden oppleves som trygghet	+ 2
17	Det er utrolig viktig å få oppfølging i forhold til det psykiske	+ 2
25	Jeg opplevde at personalet så på meg som en helt vanlig pasient uavhengig av hvilken type operasjon jeg hadde vært igjennom	+ 2
11	Når de som skal hjelpe meg tilsynelatende er perfekte forsterkes følelsen av å være mislykket	- 2
19	Jeg opplevde det som vanskelig å snakke med helsepersonell om min egen overvekt	- 2
12	For meg virker det som vi er en nedprioritert pasientgruppe	- 2
8	Jeg synes det var slitsomt å bli møtt av helsepersonell som ikke kunne gi meg informasjon som var viktig for meg	- 2
18	Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte	- 3
13	Jeg synes det var liten oppfølging etter operasjon, har kjent meg litt alene	- 3
24	Jeg opplever at jeg er mindre verdt fordi jeg er overvektig	- 3
27	Jeg opplever at personalet formidler generelle holdninger om at overvekt er selvforskyldt og vanskelig å gjøre noe med	- 4
10	Min erfaring er at helsepersonell har forlite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg	- 4

Endel av de utsagn som ikke gav deltagerne særlig mening eller de kjente seg nøytrale til kan plasseres i en kategori som omhandler tanker om seg selv og holdninger i samfunnet. Eksempelvis ble utsagn 6 «*Jeg har mange tanker for fremtiden og er veldig redd og engstelig for å bli som jeg var før*» og utsagn 7 «*Jeg har vært redd og engstelig for hva andre tenker om meg fordi jeg er overvektig*» plassert relativt nøytralt blant deltagerne. Dette kan gi mening til at utsagn som var høyt vektet som viktige omhandler opplevelse av verdig behandling, tillit til personalet og trygghet. Det som kommer frem i faktorsyn 1 kan beskrives som gode omsorgsrelasjoner danner grunnlag for tillit, trygghet og verdighet. Å ha en god plan og god informasjon trekkes frem som essensielt og nødvendig for gode opplevelser.

5.2 Faktorsyn 2: Fravær av omsorgsrelasjoner mellom pleier og pasient gir opplevelse av å ikke bli sett og kjenne seg mindre verdsatt

Faktorsyn 2 består av 1 sortering og 14% av studiens forklarende varians. Som beskrevet tidligere var det ønskelig å få med dette synet også da det var såpass stor kontrast mellom de to faktorsynene, til tross for kun en sortering. Det var ønskelig å få belyst ulike sider av tematikken, og på bakgrunn av at det ikke var så mange sorteringer med i analysen var det enda viktigere å være tro mot det som kom frem i analyseprosessen.

Faktorsyn 2 viser til viktigheten av å bli sett og bekreftet som ett helt menneske. Utsagn 2 og 27 er vektet størst betydning og handler om negative opplevelser i form av å kjenne seg usynlig og ett nummer i rekken, samt opplevelser av at personalet formidler dårlige holdninger. Dette er utsagn som omhandler forholdet mellom pasient og personalet på en lite positiv måte og kan sies å være hemmende på opplevelse av verdighet. Opplevelse av manglende omsorgsrelasjon bekreftes av utsagn som plasseres på minus siden av matrisen, hva en kjenner seg minst enig i. Utsagn 25 «*Jeg opplevde at personalet så på meg som en helt vanlig pasient uavhengig av hvilken type operasjon jeg hadde vært gjennom*» ble her gitt høyeste skår på minussiden. Dette kan sees i sammenheng med å kjenne seg usynlig og ett nummer i rekken (utsagn 2). Samtidig kommer det til uttrykk at en ikke kjenner seg mindre verdt på bakgrunn av sin overvekt (utsagn 24). Det kommer også frem at helsepersonell har for lite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg hos pasientene (utsagn 10), og at det finnes en forventning om at helsepersonell faktisk viser at de innehar både kunnskap og gode holdninger. Jenny sier det som her: «*Sykepleiere har altfor lite kunnskap om overvekt...som helsepersonell vet jeg at etikk er viktig i behandling med alle mennesker...*». Det er også en annen side i faktorsyn 2 som er fremtredende, og som ønskes satt i fokus. Det er de tingene som gjør at en kjenner seg trygg og verdsatt. Å bli behandlet med vennlighet, sett og hørt (utsagn 28) og å bli sett som ett helt menneske bak alle sykdomssymptomer (utsagn 31) er viktig.

Tabell 5: Faktor 2 – Fremtredende utsagn

2	Jeg fikk følelsen av å være usynlig og ett nummer i rekken og det opplevdes krenkende	+ 4
27	Jeg opplever at personalet formidler generelle holdninger om at overvekt er selvforskyldt og vanskelig å gjøre noe med	+ 4
10	Min erfaring er at helsepersonell har for lite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg	+ 3

28	Å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt er viktig er viktig for min opplevelse av å kjenne meg verdsatt	+ 3
31	Det er viktig å bli sett som ett helt menneske bak alle sykdomssymptomer	+ 3
3	God informasjon om det som skal skje på sykehuset gjør meg trygg	+ 2
13	Jeg synes det var liten oppfølging etter operasjonen, har kjent meg litt alene	+ 2
18	Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte	+ 2
26	Å dele rom med andre i samme situasjon gir følelse av samhørighet	+ 2
9	Jeg er redd for at vennene mine vil se på operasjon som en lett vei til å bli slankere	- 2
4	Jeg opplevde møtet med helsepersonell på sykehuset som meget bra, jeg ble godt mottatt	- 2
5	Fedmeoperasjon er ett ord jeg ikke er så komfortabel med	- 2
32	Tross alt jeg har vært igjennom er jeg glad for det	- 2
19	Jeg opplevde det som vanskelig å snakke med helsepersonell om min egen overvekt	- 3
24	Jeg opplever at jeg er mindre verdt fordi jeg er overvektig	- 3
11	Når de om skal hjelpe meg tilsynelatende er perfekte forsterkes følelsen av å være mislykket	- 3
12	For meg virker det som vi er en nedprioritert pasientgruppe	- 4
25	Jeg opplevde at personalet så på meg som en helt vanlig pasient uavhengig av hvilken type operasjon jeg hadde vært igjennom	- 4

God informasjon (utsagn 3) er også noe som trekkes frem som viktig. Det kommer videre frem at en opplever liten oppfølging etter operasjon (utsagn 13), og har kjent på følelsen av å være litt alene. Jenny uttrykker også at hun er uenig i at hun ble godt mottatt av helsepersonell (utsagn 4). Jenny har også opplevd fordømmende adferd fra personalet i tiden hun var på sykehuset. Jenny sier: «Etter operasjonen møtte jeg dømmende sykepleiere. Ble møtt med blikk og ikke fikk den respekten og behandlingen jeg selv hadde valgt...». Utsagn 18 «Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte» var noe hun var delvis enig i. Dette kan sees i samsvar med de erfaringen hun gjorde seg etter operasjon. Samtidig får en ikke inntrykk av at hun opplever seg nedprioritert i forhold til andre pasienter og det kan virke som om det heller ikke oppleves som særlig vanskelig å dele tanker og opplevelser omkring sin egen overvekt med personalet (utsagn 12 og 19). Å dele rom med andre i samme situasjon (utsagn 26) vektlegges også som viktig. I dette faktorsyn er en uenig i at en til tross for alt en har gjennomgått likevel er glad for det i ettertid (utsagn 32). Utsagn 11 viser til hvordan følelsen av å være mislykket kan bli forsterket

dersom en opplever personalet som perfekt, dette var noe Jenny ikke kjente seg igjen i. Det kommer heller ikke frem i dette faktorsynet at hvordan venner ser på det å gjennomgå kirurgi for overvekt tillegges særlig betydning. Utsagn 9 «Jeg er redd for at vennene mine vil se på operasjon som en lett vei til å bli slankere» var noe Jenny ikke var særlig enig i. Hun hadde heller ikke gjort seg opp noen særlig formening om ordet fedmeoperasjon og om dette var ett ord hun kjente seg ukomfortabel med (utsagn 5).

Utsagn som er plassert mer nøytralt i sorteringen er en slags blanding av opplevelser knyttet til personalet, holdninger i samfunnet og tanker om fremtiden. Disse blir ikke særlig vektlagt men ligger likevel som ett slags bakteppe og bidrar til informasjon. Hvis vi skal sette noen ord på hva som er mest fremtredende i faktorsyn 2 vil jeg velge å trekke ut fravær av nære omsorgsrelasjoner gir opplevelse av å ikke bli sett og hemmer opplevelse av verdighet. Dette har derfor blitt utgangspunktet for overskrift til faktorsyn 2.

5.3 Utsagn som skiller faktor 1 og 2 - Distinguishing statements

Hvis vi ser på de utsagn som i størst grad skiller faktor 1 fra faktor 2 (distinguishing statements) finner vi en blanding av positiv og negativ ladete utsagn. Først kan vi se på utsagn 22, 4 og 25. Utsagn 22 kommuniserer at pasient eller pleier uttrykker at pasienten opplever verdighet i møtet med lege og sykepleier før operasjon. Utsagn 4 uttrykker noe av det samme, at møtet med helsepersonell på sykehuset oppleves som bra, at pasienter opplever at de blir godt tatt imot. Og utsagn 25 kommuniserer at pasienter og personalet opplever at pasientene blir sett på som en vanlig pasient, uavhengig av type operasjon. Disse utsagn lader signifikant med $P < .01$. Dette er utsagn som omhandler positive erfaringer mellom pasient og helsepersonell og som kan sies å være verdighetsfremmende. Det ene faktorsynet kjenner stor grad av enighet mens det andre faktorsynet er uenig. Vi finner også utsagn som omhandler negative erfaringer mellom pasient og helsepersonell, som da er plassert i motsatt ende av matrisen i de to faktorsyn. Størst avstand er det mellom utsagn 10, 27, 13 og 18. Utsagn 18 viser til personalets kunnskaper om overvekt og utsagn 27 kommuniserer hvordan personalets holdninger kommer til uttrykk. Utsagn 13 viser til opplevelse av liten oppfølging etter operasjon og utsagn 18 forteller at pasienter eller personalet har overhørt dialoger mellom ansatte der overvektige pasienter omtales på en negativ måte. I faktorsyn 1 er slike negativt ladete utsagn plassert i matrisen der en kjenner seg mest uenig eller ikke kjenner seg igjen. Mens i faktorsyn

to er de negativt ladede utsagn vektlagt stor betydning i forhold til hva en kjenner seg mest igjen i. De to faktorsynene står på en måte som to oppopperende synspunkt i hver sin ende av skalaen. Dette ser vi også godt når vi ser på summen av utsagn som lader signifikant med $P < .01$. Utsagn 27 og 10 som handler om personalets kunnskaper og holdninger er plassert helt motsatt i de to faktorsynene. Faktorsyn 1 mener at personalet viser god kunnskap og gode holdninger overfor pasientene, mens faktorsyn 2 uttrykker det helt motsatte.

I faktorsyn 2 var utsagn 2 som omhandler opplevelse av å være usynlig og ett nummer i rekken, gitt høyeste skår. Dette kjente sorterer seg helt igjen i og uttrykte enighet til. Mens i faktorsyn 1 var ikke dette tillagt så mye mening og gitt skårverdi -1, som sier at dette er noe en er litt uenig i. De to faktorsynene viser også litt uenighet i forhold til opplevelsen av å få viktig informasjon (utsagn 8). I faktorsyn 1 er dette utsagnet gitt skårverdi -2, mens i faktorsyn 2 er det gitt skårverdi 1. De to faktorsynene er heller ikke enig i utsagn 32 «Tross alt jeg har vært igjennom er jeg glad for det». I faktorsyn 2 var dette noe en ikke var helt enig i, mens i faktorsyn 1 uttrykkes det at en er litt enig.

Tabell 6: Utsagn som skiller faktor 1 og 2 – Distinguishing statements

*indikerer signifikans $P < .0.1$

22*	Jeg opplevde absolutt verdighet i møte mellom lege og sykepleier i forkant av operasjon	4, 0
4*	Jeg opplevde møtet med helsepersonell på sykehuset som meget bra, jeg ble godt mottatt	3, -2
25*	Jeg opplevde at personalet så på meg som en helt vanlig pasient uavhengig av hvilken type operasjon jeg hadde vært igjennom	2, -4
29	Jeg opplevde det som godt å møte andre i samme situasjon som meg, det gav meg følelse av ikke å være alene	1, -1
32*	Tross alt jeg har vært igjennom er jeg glad for det	1, -2
2*	Jeg fikk følelsen av å være usynlig og ett nummer i rekken og det opplevdes krenkende	-1, 4
8*	Jeg synes det var slitsomt å bli møtt av helsepersonell som ikke kunne gi meg informasjon som var viktig for meg	-2, 1
18*	Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte	-3, 2
13*	Jeg synes det var liten oppfølging etter operasjon, har kjent meg litt alene	-3, 2
27*	Jeg opplever at personalet formidler generelle holdninger som at overvekt er selvforskyldt og vanskelig å gjøre noe med	-4, 4
10*	Min erfaring er at helsepersonell har for lite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg	-4, 3

5.4 Sammenfallende utsagn for faktor 1 og 2 – consensus statements

Vi må også se på de utsagn som er like i de to faktorene, det vi kaller for «consensus statements». Dette er de utsagn som er plassert tilnærmet likt i de to faktorene. Hovedvekten av utsagn som er felles i de to faktorene er utsagn som er nøytralt plassert i sorteringsmatrisen. Utsagn som i utgangspunktet ikke tillegges så stor betydning, iallfall ikke sett opp mot utsagn som er plassert ut mot matrisens ytterpunkter. Det er likevel ønskelig å se litt nærmere på noen av disse likhetene da noen av utsagnene ikke har vært særlig fremtredende i noen av faktorsynene. Først kan vi se på det som begge faktorsyn har vektlagt stor betydning, utsagn 24 «Jeg opplever at jeg er mindre verdt fordi jeg er overvektig». Begge faktorsyn har gitt denne skårverdi -3. Dette er noe som alle i stor grad er uenig i. Begge faktorsyn er også enig i at å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt (utsagn 28) er viktig og av stor betydning. Hvis vi ser litt nærmere på de utsagn som er plassert mer nøytralt i begge faktorsyn finner vi opplevelser i forhold til travelhet i avdelingen og forholdet til personalet i oppvåkningsfasen (utsagn 1 og 23). Det fremkommer ingen klar formening om at personalet har det veldig travelt eller liten tid til dem. Tanker om fremtiden (utsagn 6) eller fokus på hva andre tenker om dem (utsagn 7) er heller ikke av spesiell betydning, i denne sammenheng. Dette er opplevelser en ikke har noen klar formening om og som ikke vektlegges som så viktig i forhold til andre opplevelser. Begge faktorsyn uttrykker også enighet om hvordan opplevelse av å kjenne seg mislykket kan bli forsterket dersom personalet tilsynelatende fremstår som perfekte (utsagn 11). Dette er noe som ikke påvirker de, eller øker opplevelse av å kjenne seg mislykket. Ingen har heller noen formening om at det er vanskelig å omtales som «den slankeopererte». Det fremgår også at det å få dele rom med andre i samme situasjon gir økt følelse av samhörighet (utsagn 26). Dette var tillagt litt større betydning i faktorsyn 2 enn i faktorsyn 1. Begge faktorsyn uttrykker også at de ikke ser på seg selv som en som har jukset med å slanke seg (utsagn 21).

Tabell 7: Sammenfallende utsagn for faktor 1 og 2 - consensus statements

24	Jeg opplever at jeg er mindre verdt fordi jeg er overvektig	- 3, - 3
1	Jeg opplevde at personalet på sykehuset hadde det veldig travelt, de hastet forbi og hadde dårlig tid	- 1, - 1
23	Jeg kjente meg sårbar og avhengig av personalet i oppvåkningsfasen	0, 0
21	Jeg føler meg som en som har jukset med å slanke meg og ikke kjempet og lidd, men jeg har jo det på min måte	- 1, - 1
6	Jeg har mange tanker om fremtiden og er veldig redd og engstelig for å bli som jeg var før	0, 0

30	Jeg synes det er vanskelig å bli omtalt som den slankeopererte	0, 0
26	Å dele rom med andre i samme situasjon gir følelse av samhørighet	1, 2
28	Å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt er viktig for min opplevelse av å kjenne meg verdsatt	2, 3
7	Jeg har vært redd for hva andre tenker om meg fordi jeg er overvektig	0, - 1
11	Når de som skal hjelpe meg tilsynelatende er perfekte forsterkes følelsen av å være mislykket	- 2, - 3

6. Diskusjon

Resultatene fra analysen vil bli diskutert med bakgrunn i oppgavens problemstilling om hvordan helsepersonell påvirker fedmepasientens opplevelse av verdighet gjennom det kirurgiske forløpet.

Dette blir diskutert opp mot tidligere forskning og omsorgsvitenskapelig teori om emnet.

Diskusjonen er delt i to hvor hvert av de to faktorsyn blir diskutert hver for seg. Likheter og ulikheter i de to faktorsyn blir diskutert der det er aktuelt og begge de to diskusjonsdelene avsluttes med en avsluttende refleksjon. Utsagn som er brukt i studien, for både pasienter og personalet kan sees i vedlegg 1 og 2.

6.1 Gode omsorgsrelasjoner skaper rom for tillit og trygghet

Dette synspunkt kommuniserte helhetlig at både pasienter og personalet har mange positive erfaringer og at samspillet mellom pasienter og pleiere på sykehuset er godt. Det som var tillagt størst betydning både blant pasienter og pleiere var opplevelse av å bli møtt med verdighet av både leger og sykepleiere i forkant av operasjon (utsagn 22). Dette var sammen med utsagn 4, som handler om behovet for å få god informasjon under sykehusoppholdet og hvordan dette er med på å skape trygghet, de to utsagn som var gitt høyest skår og dermed tillagt størst betydning. Det kommer også frem at det er viktig å ha en god plan for oppfølging når en kommer hjem (utsagn 20). Dette kan sees i sammenheng med viktigheten av god informasjon både før og under sykehusoppholdet, at en får mulighet til å stille spørsmål, og får svar på det en lurer på. Det finnes også tidligere studier som viser til viktigheten av god og tilpasset informasjon, og at dette har påvirkning på pasienten postoperativ (Forsberg, Engström & Söderberg, 2014). Også egen erfaring fra å ha arbeidet i mange år med pasienter postoperativt støtter opp under dette. Pasientene har ofte endel tanker og forestillinger om hvordan tiden etter operasjon vil være. De kan gi uttrykk for redsel for komplikasjoner, smerter, eller hvordan de skal klare seg alene hjemme. Hvilken oppfølging får en, og er det noen en kan kontakte dersom en har spørsmål? De har ofte mange spørsmål, er engstelig for det som skal skje og trenger mye og gjentakende informasjon. Faktorsyn 1 kommuniserer at det finnes en forventning om at gode rutiner også er etablerte for det som skal skje etter sykehusoppholdet, da utsagn 20 som handler om viktigheten av å ha en god plan for oppfølging var vektet ganske høyt blant deltagerne. Sykepleierne som deltok mener at pasientene gir uttrykk for at en god plan for det som skjer etter sykehusoppholdet er viktig. Det samme formidles også av

pasientene. Oda som er pasient sier: «*Jeg fikk god oppfølging*». Dette kan gi inntrykk av at det ikke bare er viktig med god oppfølging, men at pasienten også erfarer at oppfølgingen er god.

Tidligere omsorgsvitenskapelig forskning (Arman & Rehnsfeldt, 2016) fremhever også nødvendigheten av at personalet setter av tid nok og skaper rom for god kommunikasjon, for nettopp å kunne gi god informasjon til pasientene. De sier videre at dersom dette er mangelfullt kan vi isteden bidra til å påføre pasienten økt lidelse og krenket verdighet. I denne studien kommer det frem at det oppleves som svært viktig å få god informasjon, og at dette skaper trygghet. Dette er pasienter og pleiere enig om. Men det kommer også fram at ikke alle har en like stor grad av positiv opplevelse omkring hvordan personalet fremstår i møtet med pasienten. Dette kan vi si på bakgrunn av hva Jonas som er pasient sier: «*Under oppholdet på sykehuset opplevde jeg at personalet hadde det veldig travelt og følte at de kanskje hadde litt dårlig tid til meg*». Men Jonas uttrykker også at han er fornøyd med den informasjonen han fikk, og sier at han fikk god informasjon fra personalet i forkant av operasjon. Mens Oda som også er pasient gir ett litt annet inntrykk og sier: «*Er veldig fornøyd med personalet som har hjulpet meg. Alltid smilende og imøtekommende*». Dette viser litt av variasjonene, og en måte å forstå dette på er at det alltid vil være nyanser i hvordan en person opplever en situasjon. En kan være fornøyd på den ene siden og samtidig gi uttrykk for hva som kan gjøres bedre eller annerledes.

At det blir gitt god informasjon om det som skjer på sykehuset er med å trygge pasienten. En får opplevelse av å være betydningsfull og viktig. Det er også med å lede pasienten gjennom alt som skal skje under sykehusoppholdet og pasienten får på den måten mulighet til å forberede seg på det forestående. Dette støttes av Arman (2015), som påpeker viktigheten av å skape gode relasjoner som gir mulighet for å få øye på de små ting som betyr noe for pasienten. Som å gi god informasjon og oppfølging. Det samme viser også en studie gjort av Skorpen, Rehnsfeldt og Thorsen (2015) som påpeker hvor viktig de små ting i hverdagen er for pasienters og pårørendes opplevelse av verdighet. Her fremstår helsepersonellens oppførsel og væremåte som betydningsfull for opplevelsen av verdighet. Også våre kulturskapte normer er av stor betydning for hvordan vi klarer eller har mulighet til å tilrettelegge arbeidet vårt. Arman (2015) peker på at vi må klare å se og oppfatte den andres behov, og at det er gjennom våre handlinger vi kan ta vare på og beskytte pasientens verdighet. Når vi er inne på hvordan vår kultur er med på å forme oss og skape rom for gode omsorgshandlinger snakker vi om den relative verdigheten. Edlund (2012) viser til hvordan den relative verdighet påvirkes gjennom livet. Vi blir påvirket av vår kultur, livserfaringer og holdninger vi tilegner oss, og dette blir synliggjort gjennom våre handlinger og kommer således til uttrykk i de ulike omsorgsrelasjoner. Arman (2015) påpeker hvor viktig det er å gi rom for å skape en god

omsorgskultur som bidrar til å ivareta pasientens verdighet. Hun viser videre til betydningen av å se hvert menneske som unikt.

I dette faktorsynet fremstår god informasjon som viktig, i tillegg til det å ha en god plan for det videre forløpet også etter at en kommer hjem. Men det kommer også frem opplevelser av at personalet ikke har tilstrekkelig med tid til pasientene og virker til å ha det travelt, samtidig som det fremgår at en opplever at møtet med helsepersonellet er godt og en blir møtt med respekt og verdighet. Det som ikke kommer entydig frem i faktorsyn 1 er om pasientene opplever at den informasjonen de får faktisk er god. Det kan tyde på at det er tillagt stor betydning for deltagerne i studien at både oppfølging og informasjonen er god. En måte å tolke dette på er at mange er fornøyd med den informasjonen de får, ellers ville de kanskje vært mindre enig i flere av de andre utsagnene. Plassering av utsagn 8 som uttrykker at det oppleves slitsomt å bli møtt av helsepersonell som ikke kunne gi den informasjonen en har bruk for var deltagerne som definerte faktorsyn 1 uenig i. Dette kan være med å bygge opp under antagelsen om at de som deltok i studien var fornøyd med den informasjonen de fikk.

Edlund (2012) sier at det er viktig at vi klarer å se hvert menneskes absolutte verdighet. Sett i ett omsorgsvitenskapelig perspektiv omhandler absolutt verdighet vår frihet, ansvar og plikt. Dette er en verdighet som er ukrenkbar og som vi er født med og ingen kan ta fra oss. Den viser til noe uforanderlig som fins på ett ontologisk nivå. Å bli møtt med verdighet når vi er syke eller blir pasienter, er noe vi gjerne har en forventning om eller kanskje tar for gitt. Både pasienter og pleiere i faktorsyn 1 gir uttrykk for at det er viktig å bli møtt på en god måte. Møtet med helsepersonellet på sykehuset oppleves som svært godt og pasientene formidler at de kjente seg godt tatt imot (utsagn 4). Dette var gitt høy score og var blant de utsagn som en kjente seg mest enig i. Personalet formidlet tilsvarende. De opplevde også at pasientene var fornøyd med måten de ble møtt på av helsepersonalet.

I dette faktorsynet kommuniseres det at relasjonen mellom pasienter og pleiere i stor grad oppleves positivt. Å bli møtt med vennlighet og opplevelse av å bli sett og hørt kommuniseres som viktig for å kjenne seg verdsatt (utsagn 28). Dette var både pasienter og sykepleiere som deltok i studien enig i. En av sykepleierne, Maria sier: *«Jeg tror at pasientene sitt hoved ønske, uansett hvem de er eller hvilken pasientgruppe de tilhører, er å bli respektert og sett»*. En av pasientene, Berit uttrykker at hun ble møtt med respekt og sier: *«...følte jeg ble tatt imot med respekt. Dette skapte trygghet og tillit»*. Det kan tyde på at gode omsorgsrelasjoner betyr mye for deltagerne, og viser til hvor viktig disse mellommenneskelige relasjonene er både for pasienter og pleiere. I følge Arman (2015) kan vi vise respekt for vår egen og andres verdighet gjennom våre handlinger. Kulzer (2015) snakker om

hvordan både tillit og trygghet er to av grunnsteinene i en omsorgsrelasjon, og forklarer at for å kunne oppleve trygghet må tillit være tilstede i relasjonen. Dette viser nettopp til det som Berit uttrykker at hun kjente på både trygghet og tillit og viser til at hun ble møtt med respekt. En måte å tolke dette på er at Berit møtte omsorgspersoner som viste styrke og selvsikkerhet og som klarte å invitere til tillit og trygghet. Nødvendigheten av at helsepersonell formidler styrke og stabilitet og viser at han eller hun er i stand til å ta imot pasientens meddelelser, og våger å være delaktig i omsorgsmøter fremheves også av Carlsson (2015).

Både pasienter og personalet sier at for å kjennes seg trygg og ivaretatt må en også kjenne tillit til hverandre (utsagn 14). Dette var gitt høy score i faktorsyn 1. Dette sier noe om hvor viktig det er å danne grunnlag for å utvikle en gjensidig tillit mellom pleier og pasient. Oda som er pasient gir uttrykk for at det er viktig for henne at tilliten og tryggheten til personalet er godt. Hun sier: «*Siden jeg allerede er mye usikker på meg selv, er det veldig viktig for min del at tilliten og tryggheten med personalet er bra*». Også Maria som er sykepleier gir uttrykk for at det er viktig at pasientene kjenner seg trygge og ivaretatt. Hun sier: «*De er i en sårbar og uvant situasjon hvor de trenger trygghet og kompetanse fra helsepersonell...mitt inntrykk er at helsepersonell vil det beste for pasienten*». Som mennesker er vi sårbare og gjensidig avhengig av hverandre. Dette er noe vi ikke kan velge bort, men som alltid er tilstede hos oss mennesker (Martinsen, 2012). Arman (2015) forklarer at tillit er grunnleggende i alle møter mellom mennesker, og innebærer at vi møter hverandre med en tiltro til at den andre vil oss vel. I følge Eriksson er pasienter sårbare og for å ivareta deres verdighet må vi tro på og ta pasienten på alvor. Vi må altså skape gode omsorgsrelasjoner for at vi skal klare å ivareta pasienten på en best mulig måte. Martinsen (2012) snakker om hvordan vi må være sansende tilstede i møte med andre mennesker, vi må våge å åpne oss og invitere til tillit. Hun sier videre at vi må la oss berøre og hvor viktig det er å prøve å sette seg selv til side og se oss i den andres sted. Vi må rett og slett bruke vår fantasi og våre sanser aktivt for å få øye på det omsorgsansvar som vi fordrer å utøve. De faktorer som her er tillagt stor betydning er trygghet, tillit og respekt. Både pasienter og sykepleiere uttrykker at dette er viktig i samspill med hverandre, og i relasjonen som oppstår. Ett annet aspekt som også trekkes frem i omsorgsvitenskapelig litteratur er hvordan miljøet også har betydning for pasientens opplevelse av trygghet. Ylikangas (2012) snakker om hvordan miljøet pasientene befinner seg i kan skape både trygghet og utrygghet og viktigheten av at helsepersonell klarer å se sin egen rolle og bidra til å skape balanse mellom den medisinske behandlingen og det å gi omsorg og pleie. Om vi ser litt videre på det etiske perspektivet, vektlegges betydningen av relasjoner mellom pleier og pasient og hvordan våre handlinger påvirkes av vår indre motivasjon (Nortvedt, 2016). Det samme ser vi i Løgstrups ontologiske situasjonsetikk som påpeker at vi som mennesker alltid befinner oss i situasjoner hvor etikken utfolder seg i oss.

Når pasienten ytrer ett ønske om å bli sett og hørt ønsker han eller hun å bli bekreftet og sett som ett helt menneske, og det uavhengig av sykdom eller lidelse. I følge Arman (2015) er det ofte sykdom som er en naturlig årsak til menneskets lidelse og at vi kan lindre lidelse ved å skape gode og nære relasjoner. I følge Eriksson (1995) innebærer det å leve å lide. Hun viser til hvordan lidelsen er en slags kraftkilde til nytt liv. Med det menes at gjennom lidelse vises veien til omsorg ved at når vi ser andre ha det vondt oppstår en naturlig drivkraft i oss om å utøve gode omsorgshandlinger. På den måten kan vi hjelpe den som er syk eller som trenger vår hjelp til å fremme nytt liv og kjenne seg verdsatt. Verdighet er knyttet opp mot vår gjensidige avhengighet og vårt ansvar som mennesker. Her ligger ansvaret vi har for å ta vare på hverandre, og vise omsorg og nestekjærlighet. Som sykepleiere er vi gitt ett ansvar for å ta vare på pasienten, men det er ikke ensbetydende med at vi gjør det likevel. Vi må motivere av noe for å utøve gode omsorgshandlinger. Söderlund (2012) sier at omsorgshandlinger motiveres av kjærlighet og barmhjertighetstanken. Det ligger ett ønske i mennesket om å gjøre godt.

Det at denne studien viser at både pasienter og personalet formidler hovedsakelig positive opplevelser og gode omsorgsrelasjoner er verdt å legge merke til. Det finnes flere andre studier som viser ett mer kritisk og negativt bilde og som peker på manglende kompetanse og kunnskap hos helsepersonell som noe av årsaken til fravær av relasjoner (Neil & Roberson, 2015, Robstad, Söderhamn & Fegran, 2017, Wakefield & Feo, 2017). Hvordan slike omsorgsrelasjoner fremstår påvirker ikke bare pasientene men også personalet. Når en opplever å bli møtt med respekt og verdighet kjenner en større grad av tilfredshet og opplevelse av egenverd. Dette har også betydning for helsepersonalets opplevelse av verdighet. Dette støttes av Lindwall og Von Post (2014), hvor det fremgår at ved å skape relasjoner mellom pasient og pleier gis grobunn for gjensidig tillit, og dette bidrar til bevart verdighet. Det motsatte, krenket verdighet oppleves når en blir tvunget til å se ting en ikke ønsker så se, som at kollegaer behandler pasienter nedverdiggende. En måte å forstå det som kommer frem i dette faktorsynet er at pasienten opplever sin verdighet bevart, ved at en blir møtt med vennlighet og respekt, og ved at personalet gir god informasjon om det som skal skje. Slik kan en også få en forståelse av at personalet påvirker pasientenes opplevelser i stor grad på en positiv måte i dette faktorsynet.

Det er også interessant at i faktorsyn 1 fremgår det at deltagerne er uenig i at helsepersonell har for lite kunnskaper om overvekt og formidler negative holdninger (utsagn 10 og 27). Dette kjenner hverken pasienter eller pleiere seg igjen i. Dette var de to utsagnene som både pleiere og pasienter uttrykte størst uenighet i. Dette kan gi inntrykk av at en erfarer at helsepersonell viser gode holdninger og uttrykker god kunnskap om overvekt. Jonas sier: «*Erfaringen min er at personalet*

hadde god kunnskap og erfaring med fedmeoperasjon og at en ble verdsatt på lik linje som alle pasienter». Dette støtter antagelsen om at de ikke bare er uenig i utsagnene men at en også hadde gjort seg opp erfaringer som viste at personalet hadde gode kunnskaper. Grunnen til at dette er interessant og viktig å løfte frem er at det finnes endel forskning som viser til det motsatte, som at overvektige blir sett på som mindre betydningsfulle enn andre mennesker eller blir sett på som grådige og udisiplinerte (Ward-Smith & Peterson, 2015, Malterud & Ulriksen, 2009). Her sier Jonas det helt motsatte, at han opplevde at han ble verdsatt på lik linje som alle andre. Hvorfor deltagerne i denne studien svarer annerledes enn tidligere forskning har vist sier denne studien ingenting om, men det finnes en mulighet for at holdninger blant personalet kan ha endret seg over tid. Når det gjelder helsepersonells kunnskaper om overvekt og alle de utfordringer de som lider av overvekt utsettes for, viser flere forskningsartikler til behovet for å styrke kompetansen hos helsepersonell og det vises til mangelfull kunnskap omkring overvekt. Det påpekes også at å øke kunnskapsnivået hos helsepersonell er helt essensielt for å kunne bedre pasientenes opplevelser (Neil & Roberson, 2015, Robstad et al., 2017, Puhl, Moss-Racusin, Schwartz & Brownell, 2008). I dette faktorsynet kommer det fram at en opplever seg møtt med verdighet. Deltagerne har ikke gjort seg erfaringer med at helsepersonell har for lite og manglende kunnskaper omkring overvekt, og de uttrykker også at de er fornøyd både med informasjon, hvordan de ble tatt i mot og oppfølgingen etterpå. Det fremkommer heller ikke at personalet formidler negative holdninger. Hvorfor dette ikke er i samsvar med det som kommer frem i flere andre forskningsartikler vites ikke. Men det vi vet er at det har vært ett større fokus på overvekt de seinere år, også som samfunnsutfordring og det å få tidlig hjelp hos barn og unge. Dette har vært ett fokusområde på nasjonalt og internasjonalt nivå. Dette kan ha vært med å bidra til å skape en holdningsendring overfor denne gruppen mennesker. Det å være overvektig har gjerne vært assosiert med skam og stigmatisering. Og mye kan sikkert skyldes mangelfull kunnskap på området. Det forskes mye på overvekt og det fremstår stadig ny kunnskap som er med på å bidra til at vi kan få en bedre og dypere forståelse for denne lidelsen. Deltagerne uttrykker også at det ikke oppleves som vanskelig å snakke med helsepersonell om sin egen overvekt (utsagn 19), noe som kan være med å styrke antagelsen om godt etablerte omsorgsrelasjoner hos deltagere i denne studien.

Som beskrevet ovenfor så kjenner deltagerne i denne studien seg ivaretatt og møtt med verdighet på lik linje som alle andre. Dette kan gi mening til hvordan utsagn 24 som handler om opplevelsen av å kjenne seg mindre verdt fordi en er overvektig var tillagt betydning for de som deltok. Dette var noe deltagerne i faktorsyn 1 ikke kjente seg igjen i. Som nevnt i forrige avsnitt finnes det flere studier som fokuserer på at overvektige pasienter opplever fordommer også i møtet med helsepersonell og uttrykker at de kjenner seg mindre verdt enn andre (Ward-Smith & Peterson, 2015, Puhl et al., 2008,

Wakefield & Feo, 2017). I dette faktorsynet kan det gis en forståelse av at det å kjenne seg mindre verdt ikke var særlig fremtredende og noe som også skiller seg litt fra tidligere studier. Ett annet utsagn deltagerne i denne studien var uenig i var utsagn 12 som omhandler det å kjennes seg nedprioritert som gruppe. Både pasienter og pleiere formidler at dette er en gruppe pasienter som bli godt tatt vare på og som får god oppfølging. Dette kan vi se i sammenheng med hva pasienter og pleiere sier i forhold til å få oppfølging etter operasjon. Deltagerne i studien var uenig i at det var liten oppfølging etter operasjon og uttrykker heller ikke at de har kjent seg alene (utsagn 13). Dette er også i samsvar med det som kom frem i forhold til deltagernes mening i forhold til utsagn 20, som kommuniserer viktigheten av å få god oppfølging når en kommer hjem, og som er omtalt i tidligere avsnitt. Dette kan tolkes som at pasientene er fornøyd med den oppfølgingen de har fått, og at personalet opplever at pasienten er tilfreds med oppfølgingen. Dette bekreftes også av flere av sykepleierne som deltok i studien, som sier at pasienter som gjennomgår kirurgi for overvekt får mye og god oppfølging, mer enn mange andre pasientgrupper. Det samme kommer også frem hos flere av pasientene som deltok, de uttrykker at de fikk god oppfølging. Oda sier som følger: «*Godt og trygt å møte de samme helsepersonell til samtaler, at det ikke hele tiden er nye fjes*». Dette kan også relateres til behovet for trygghet, at Oda gir uttrykk for at når relasjonene er kjent for henne så gir det større rom for å skape tillit i relasjonen og gi henne den tryggheten som hun behøver. Dette kan vise til det som Carlson (2015) fremhever i forhold til være delaktige i omsorgsmøtene og vise styrke og stabilitet slik at vi våger oss frem i møte med hverandre.

I faktorsyn 1 kommer det også frem at det oppleves som trygghet når personalet er tilstede og passer på (utsagn 15). Dette handler om at personalet viser at de er der, at de følger med og er tilstede for pasienten. Det er viktig at pasienten kjenner seg trygg i situasjonen og får opplevelse av å bli sett og møtt og får den hjelpen som behøves. Forskning har også vist at de erfaringer pasienten gjør i den per operative fasen kan få betydning for det videre postoperative forløpet. Også hvordan pasienter blir møtt av pleiepersonell har vist seg å være viktig for opplevd trygghet (Hansen, 2009).

Pasientene er ofte sårbare og avhengig av de som skal yte omsorg og trenger å bli beskyttet og bekreftet som menneske for at verdigheten skal ivaretas. Som pleiere må en derfor både se og oppfatte pasientens behov (Arman, 2015). Viktigheten av å oppleve nærhet til de ansatte kommer også frem i Forsberg, Engström og Söderberg (2014) sin studie.

Å få oppfølging i forhold til det psykiske ble også vektlagt som viktig i faktorsyn 1. Ofte er det den fysiske tilstanden som står i fokus i forbindelse med sykehusoppholdet og etter gjennomgått kirurgi. Dette er jo selvsagt nødvendig da det er av stor betydning for pasienten hvordan kroppen reagerer etter operasjonen. Fokuset er ofte rettet mot observasjon av pasientens vitale funksjoner,

blodverdier, mobilitet, smerteopplevelser m.m. Det blir gjerne ikke særlig tid til andre ting, som pasientens psykiske tilstand, hvordan han eller hun egentlig har det. Arman og Rehnsfeldt (2006) viser til hvordan pasienter bevisst gjør seg til «en snill pasient». De setter opp en fasade for å beskytte seg selv mot krenkelser. En ønsker ikke å vise sin svakhet og lidelse, og viser tilsynelatende at en er fornøyd selv om omsorgen egentlig er mangelfull. Dette gjør en for at en ønsker å få god omsorg og ikke bli oppfattet som vanskelig. Videre sier Arman og Rehnsfeldt (2006) at resultatet av at pasienter stadig uttrykker at de betraktes som kropp og ikke blir sett som det lidende menneske de er med kropp, skjel og ånd, gjør at de holder tilbake på sine eksistensielle behov. Pasientene uttrykker redsel for å bli oppfattet som deprimerte eller å bli diagnostiserte med en psykisk tilstand og oppfattet som unormale. Dette gjør at en unnviker å be om hjelp i forhold til psykiske behov. Vi kan utfra dette anta at mange ikke våger å si ifra hvordan de har det inni seg. Hvilke bekymringer de bærer på og hvilke behov den enkelte har på ett mer eksistensielt plan. Det kommuniseres i dette faktorsyn at en ønsker fokus på å få oppfølging også på de psykiske behov. Dette var vektet ganske så høyt og det forteller oss at dette er noe både pleiere og pasienter ønsker mer fokus på. Viktigheten av å øke helsepersonells kunnskaper og forståelser i forhold til overvektiges fysiske og psykiske behov fremkommer også som viktig for å kunne bidra til bedre behandling i en studie utført av Neil og Roberson (2015).

Deltagerne som definerer faktorsyn 1 uttrykker også at de er enig i at de blir sett på som helt vanlige pasienter (utsagn 25). Dette kan gi mening til de utsagn som var vektet størst betydning, eller som både pasienter og pleiere uttrykte størst enighet i, nemlig opplevelsen av å bli godt mottatt og møtt med vennlighet og verdighet. En måte å tolke dette på er å anta at pasientene kjente seg verdifulle og betydningsfulle. De gir uttrykk for gode omsorgs møter. Og det er nettopp gjennom gode relasjoner vi skaper muligheter for felleskap og tilhørighet og dermed kan få øye på de ting som er mest betydningsfulle for pasienten (Arman, 2015).

6.1.1 Utsagn som er nøytralt plassert

Endel av de utsagn som er plassert mer nøytralt av sorterere i faktorsyn 1 omhandler tanker en har om seg selv og holdninger i samfunnet. Utsagn som omhandler disse temaene er plassert nøytralt i sorteringsmatrisen, enten 1, 0 eller -1. Dette betyr at disse utsagn ikke er tillagt like stor betydning eller menig for den som sorterer som de utsagn som er plassert ut mot matrisens ytterkanter (4,3,2, -2,-3,-4). I følge Watts og Stenner (2010) betyr ikke ett utsagn som i sorteringsmatrisen er plassert på 0 nødvendigvis at den som sorterer ikke har noen mening om dette eller følelser i forhold til det. Det forteller oss at (0) er en mer enn (-1) og en mindre enn (1). Utsagn som handler om å være redd for

hva andre tenker om dem fordi de er overvektig eller utsagn som kommuniserte at en har mange tanker om fremtiden (utsagn 6 og 7), var noen av de utsagn som var plassert inn mot sorteringsmatrisens midtpunkt, eller det som omtales som mer nøytralt. En måte å forstå dette på er at når pasientene opplever seg godt ivaretatt under sykehusoppholdet og får god informasjon og oppfølging så reduseres redsel for hva som skal skje etter at en kommer hjem og en er i større grad tryggere på seg selv. Dette kan synes å være fremtredende også i Forsberg et al. (2014) sin studie, hvor det konkluderes med at god informasjon før kirurgi for overvekt har betydning for det videre postoperative forløpet og kan gi en bedre forståelse for pasientenes behov og dermed bidra til bedre pleie og omsorg. Det trekkes også fram i en artikkel i kirurgen.no (Sandvik, 2017) at pasientopplæring og individuell oppfølging, både før og etter kirurgi er helt nødvendig, da kirurgi for overvekt handler om en varig livsstilsendring.

6.1.2 Avsluttende refleksjon av faktorsyn 1

Faktorsyn 1 preges av positive opplevelser mellom pasienter og personalet, og det kommer frem at helsepersonell påvirker pasienten på en positiv måte som bidrar til bevart verdighet. Deltagerne gir uttrykk for at gode omsorgsrelasjoner er etablerte og at dette er betydningsfullt for hvordan de kjenner seg ivaretatt. Det som fremheves og som går igjen i dette faktorsynet er begrepene trygghet og tillit. Dette er noe som blir trukket frem av både pasienter og sykepleiere, og er begreper som blir brukt når de skal gi uttrykk for hva som er viktig og betydningsfullt. Trygghet og tillit oppleves når en blir møtt med verdighet, og vi kan på den måten se dette i ett samspill hvor det fremgår at for å oppleve seg verdsatt må en også kjenne på opplevelse av tillit og trygghet. Det er også interessant at i dette faktorsynet fremstår ett positivt bilde av relasjonen mellom pleier og pasient i mye større grad enn det som har vist seg gjennom tidligere forskning. Funn fra denne studien viser ett litt annet bilde av dette viktige samspillet mellom pleiere og pasienter enn det en muligens kunne forventet utfra tidligere funn.

6.2 Fravær av omsorgsrelasjoner mellom pleier og pasient gir opplevelse av å ikke bli sett og kjenne seg mindre verdsatt

Faktorsyn 2 består av en persons sortering. Det ble vurdert som viktig å få frem dette synet da det representerer en motsats til det som kommer frem i faktorsyn 1. Sorterer har i tillegg helsefaglig bakgrunn. Faktorsyn 2 preges av utsagn som omhandler negative opplevelser mellom pasient og personale, og som dermed kan kategoriseres som verdighetshemmende.

Det som ble vektlagt størst betydning i faktorsyn 2 var følelsen av å være usynlig og ett nummer i rekken, samt opplevelse av at personalet formidler dårlige holdninger (utsagn 2 og 27). Dette er to utsagn som på en måte sier noe om samme sak og som kan relateres til hverandre. Når en som pasient sitter igjen med opplevelsen av at personalet formidler dårlige holdninger forteller det oss noe om personalets væremåte, og hvordan holdninger kommer til uttrykk igjennom våre handlinger. Dette synspunktet er i større grad i samsvar med det som kommer frem i tidligere studier, der det blant annet kommer frem at sykepleiere ser på overvektige som mindre suksessfulle og mindre verdt enn andre, og at det å være overvektig assosieres med å være stygg og ulykkelig eller grådig og udisiplinert (Ward-Smith & Peterson, 2015, Malterud & Ulriksen, 2009).

I denne studien kommer det frem at en kjenner seg usynlig og som ett nummer i rekken. Dette kan vi forstå som at personalet ikke har tatt seg tilstrekkelig tid til pasienten, eller ikke har klart å formidle informasjon eller vært imøtekommende slik som en har forventet. Martinsen (2012) snakker om den etiske fordringen. Det handler nettopp om hvordan vi uttrykker våre normer gjennom våre handlinger, både bevisst og ubevisst. Hvordan vi aktivt bruker vårt kroppsspråk og på den måten kan både invitere inn eller stenge andre ute. Martinsen snakker også om det maktforholdet som oppstår i pleiesituasjoner og viser til hvordan en som pleier må forvalte den makt en har på en forsvarlig måte. Pasienten er sårbar og utlevert i tillit til den som er gitt ansvar for å ta vare på og utøve omsorg, og Martinsen forklarer at både pasient og pleier må bli hverandres tillit verdig. Dette forholdet mellom makt og tillit i menneskelige relasjoner trekkes også frem av Arman (2015), hvor hun peker på at det alltid finnes en mulighet for å bli såret i møtet med andre mennesker. Dette handler om at vi spontant utgår fra at de mennesker vi er i relasjon med vil oss vel og imøtekommer oss. Men det finnes alltid en mulighet for at den andre vil avise oss. Dette maktforholdet som kan oppstå i relasjon til hverandre er noe Jakobson (2009) også har fokus på i sin studie, hvor det vises til at pasienten er den mest sårbare part i en omsorgsrelasjon og at det finnes en større mulighet for å få krenket sin verdighet i slike asymmetriske relasjoner. Lindwall og Von Post (2014) påpeker i sin studie at ved å tillate seg selv å komme nær pasienten og dermed danne grunnlag for relasjoner, bidrar til å skape

gjensidig tillit. Det samme støttes av Vendlegård, Hübner og Lindwall (2010), der det å ta seg tid til å lytte til pasienten og skape gjensidige relasjoner ble trukket frem som viktig for opplevelse av bevart verdighet. En annen studie gjort av Heijkenskjöld, Ekstedt og Lindwall (2010), viser hvordan pasientens verdighet krenkes når sykepleier ser pasienten som ett objekt, der pasientens vilje ikke respekteres. Heijkenskjöld et al. (2010), sier videre at personalet må ta ansvar for å bevare pasientens verdighet og se pasienten som ett medmenneske som betyr noe og som gis medbestemmelse i egen behandling. Når pasienten opplever seg usynlig kan dette tolkes som at pasienten kjenner seg oversett, eller ikke ivaretatt. Det kan også tyde på at relasjoner mellom pleier og pasient ikke har blitt skapt og dermed har uteblitt, eller det kan handle om slike asymmetriske maktforhold som det vises til tidligere i teksten, og at dette er med på å gjøre pasienten enda mer utsatt og sårbar.

Å bli sett på som en helt vanlig pasient, uavhengig av hvilken operasjon en hadde vært igjennom (utsagn 25) var det utsagn sorterer i faktorsyn 2 var aller mest uenig i. Dette kan tolkes som at sorterer opplever å bli sett på som annerledes enn andre pasienter, og vi kan se dette i sammenheng med de utsagn som sorterer kjente seg aller mest igjen i, nemlig følelsen av å være usynlig og opplevelsen av personalets negative holdninger overfor pasienter med overvekt. Hun opplever at hun ikke blir sett og kjenner på fordommer fordi hun er overvektig. At pasienter som er overvektige utsettes for fordommer og stigmatisering kommer frem i flere studier. Ikke bare blant befolkningen generelt, men det forekommer opplevelse av stigmatisering og krenket verdighet også fra helsepersonell (Wakefield & Feo, 2017, Puhl et al., 2008, Ward-Smith & Peterson, 2015). Som påpekt i diskusjon av faktorsyn 1 er det mangel på nødvendig kunnskap som trekkes frem som en del av årsaken til at overvektige fremdeles utsettes for stigmatisering og at det er nødvendig å ha fokus på å øke kunnskap hos helsepersonell. Ikke bare fokus på overvekt som sykdom men også på alle følgetilstander som overvekt fører med seg (Neil & Roberson, 2015, Robstad et al., 2017). Dette punktet var noe som også skilte seg ut fra det som kom frem i faktorsyn 1. I faktorsyn 1 opplevde de det ikke på samme måte og gav uttrykk for at personalet viste gode holdninger og god kunnskap om overvekt. Dette var sorterer i faktorsyn 2 uenig i og hadde gjort seg andre erfaringer. En måte å tolke dette på kan være at sorterer i faktorsyn 2 kjenner på en større grad av sårbarhet, og har gjort seg andre forventninger enn de som definerte faktorsyn 1. Men det kan også skyldes at personalet møtte pasienten i faktorsyn 2 på en annen måte og hadde andre forventninger til henne på grunn av hennes helsefaglige bakgrunn.

Når sorterer uttrykker at hun ikke opplever seg ivaretatt av personalet og kjenner på krenkelse av sin verdighet, kan dette tolkes som om det har vært mangel på omsorg fra personalets side. Dette kan vi

karakterisere som det Eriksson omtaler som pleielidelse, at når den omsorgen som utøves ikke gir lindring men økt lidelse for pasienten. Pleielidelse kommer i følge Eriksson (1995) til uttrykk på flere ulike måter. Det kan være uteblitt pleie, neglisjering av pasienten, at en fordømmer pasienten eller krenker pasientens verdighet. Hun sier videre at den vanligste formen er at en krenker pasientens verdighet, og når vi krenker pasientens verdighet fratrar vi han eller henne muligheten til å kjenne seg som ett helt menneske. Når vi blir pasienter er vi avhengig av de vi møter på vår vei. Vi legger på en måte litt av oss selv i den andres hånd. Vi er sårbare og avhengig av at den som skal gi oss omsorg tar vare på oss. Men vi må også vise vår sårbarhet og vår lidelse, og i følge Eriksson (1995) vil et menneske som lider alltid føle seg krenket, noe som også kan gjøre det vanskelig å snakke om sin egen lidelse. Når ett menneske lider har han eller hun behov for å få bekreftet sitt menneskeverd. Dette kan en gjøre gjennom formidling av kjærlighet. Erikssons caritative omsorgsteori omhandler nettopp dette at det finnes en naturlig vilje i alle mennesker om å ta vare på hverandre og vise kjærlighet og omtanke. Når det kommer frem i faktorsyn 2 at en kjenner seg usynlig kan dette tolkes som ett uttrykk for at en ikke blir sett i sin helhet, eller bekreftet som ett helt menneske. En opplever at det er kroppen som står i fokus og kanskje ikke det mennesket som befinner seg inni kroppen. Dette kan vi se i sammenheng med at sorterer opplever at hun ikke blir sett på som en helt vanlig pasient, men som en pasient som det er noe med, noe litt unormalt kanskje. Denne pasienten møtte sannsynligvis endel av det samme personalet som de som definerte faktorsyn 1. Der opplevde de det annerledes, og påpeker at de kjente seg møtt på en verdig måte. Det at andre har gjort seg mer positive opplevelser har liten betydning for denne pasienten som har ikke har slike positive opplevelser. Dette innebærer at vi må være åpne for at vi som mennesker opplever like situasjoner ulikt, og at denne ene pasientens opplevelser er like viktige som alle de andre sine erfaringer. Sentralt i omsorgsvitenskapen står ett helhetlig menneskesyn, der menneske sees som en helhet med kropp, skjel og ånd. Helsetjenesten har tradisjonelt vært svært preget av naturvitenskapen hvor synet på mennesket har begrenset seg til menneskelig forandring og biologi. Dette menneskesynet er reduksjonistisk og bidrar til å begrense mennesket til enkeltstående deler (Ekebergh, 2015).

Videre kommer det frem at sorterer er uenig i at hun ble godt mottatt av helsepersonellet på sykehuset (utsagn 4). Hun uttrykker at hun ble møtt med dømmende blikk og opplever at hun ikke fikk den respekten fra pleierne som hun selv ville vist dersom hun var i deres sted, og sier som følger: *«Etter operasjonen møtte jeg dømmende sykepleiere. Møtt med blikk og ikke fikk den respekten og behandlingen jeg selv hadde valgt å gi mine pasienter»*. Det kommer videre frem at hun opplever at adferden til pleierne endrer seg når de får vite at hun også har helsefaglig bakgrunn, og gir uttrykk for at pleierne ble hyggeligere mot henne. Når det så fremkommer i faktorsyn 2 at en ikke opplever sin verdighet ivaretatt, og at en utsettes for negative holdninger fra personalet, så kan vi også snakke om

en mangelfull etisk holdning overfor pasienten. Ifølge Eriksson styres mennesket av sitt indre ethos. Dette kan forklares som hjertes vilje. Gjennom våre omsorgshandlinger kommer kjærlighet, verdighet og barmhjertighet så til uttrykk (Arman, 2015). Eriksson (2018) sier at ethos og etikk hører sammen og kan forklares som ett uttrykk for våre holdninger. Dette blir således synliggjort gjennom samhandling med andre mennesker. Det som kommer frem her er noe av det som oppleves som ulikt i faktorsyn 1 og 2. I faktorsyn 1 er slike negative opplevelser i møtet med personalet nærmest fraværende. Der fremheves ett positivt bilde hvor personalet oppleves som imøtekomende, med gode kunnskaper og det fremheves at en ble behandlet med respekt. Årsaken til at erfaringene til de som deltok i faktorsyn 1 og faktorsyn 2 er så ulike får vi egentlig ikke noe tydelig svar på. Og dette er nok noe en skulle studert nærmere dersom det hadde vært mulighet for det.

I dette faktorsyn kan det virke som om det er noe som er mangelfullt i dette samspillet mellom pasient og pleier. En klarer ikke å etablere gode omsorgsrelasjoner. Dette kan også skyldes pasientens egen sårbarhet på bakgrunn av de kunnskaper hun sitter inne med som fagperson og kunnskaper hun har tilegnet seg om hvordan ting bør gjøres. Men det kan også handle om de kunnskaper en har i forhold til egne tidligere nederlag eller fordommer. Som nevnt tidligere viser Jacobson (2009) i sin studie hvordan maktforskjeller mellom pasienter og pleiere kan bidra til større sjanse for å krenke verdigheten til den med minst makt. Hun forklarer at slike skjevheter i maktforholdet som kan bidra til krenket verdighet oppstår oftere i relasjoner med asymmetri, der den ene parten er i en mer sårbar situasjon enn den andre. Slik som kan være tilfelle når en selv blir pasient. Viktigheten av å skape gode omsorgsrelasjoner og hvordan dette påvirker opplevelsen av verdighet, eller hvordan det på motsatt vis gir grobunn for krenkelse når fravær av relasjoner oppstår, støttes gjennom flere forskningsartikler (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin & Eriksson, 2004, Vendlegård et al., 2010, Lindwall & Von Post, 2014).

Videre kommer det frem i dette faktorsynet at helsepersonellet tilsynelatende har for lite kunnskaper om overvekt, også når det gjelder alle følgetilstander pasienter utsettes for på grunn av sin overvekt (utsagn 10). Dette var gitt høy skår og noe av det som var tillagt stor betydning. Dette er i samsvar med det som kommer frem i tidligere studier der behovet for å øke kunnskaper blant helsepersonell blir påpekt (Neil & Roberson, 2015, Robstad et al., 2017, Puhl et al., 2008). Dette kan gi mening til at det finnes en forventning om at helsepersonell er de som er ekspertene og som dermed innehar mest kunnskap og som kan hjelpe og veilede pasienten. Sorterer påpeker at sykepleiere har mangelfull kunnskap og at hun opplever å bli overlatt til seg selv. Hun sier: *«Sykepleiere har alt for lite kunnskap om overvekt, det virker som det akutte er mer viktigere. Vi må klare oss selv»*. Det kan tyde på at sorterer har hatt opplevelser der hun ikke har fått forståelse for

sin egen sykdom, og de utfordringer hun selv sliter med. På bakgrunn av at denne pasienten også innehar helsefaglig bakgrunn kan det antas at hun også vil ha ett større kompetanse nivå enn andre i forhold til sin egen sykdom og sine egne behov og dermed høyere forventninger i forhold til møtet med helsepersonell. Dette kan være med på å forsterke sårbarheten hos pasienten dersom en ikke opplever at de forventningene en sitter inne med imøtekommes. Det at denne pasienten opplever at helsepersonell ikke har gode nok kunnskaper kan tyde på at hun har hatt opplevelser av å ikke få god nok informasjon eller at informasjonen ikke har vært tilpasset hennes behov. Men det kan også skyldes at personalet kanskje vegrer seg for å gå inn i en relasjon og er usikre på hvordan de skal møte henne på grunn av hennes faglige bakgrunn. Det at informasjonen er tilpasset den enkelte fremheves også av Forsberg et al. (2014) som viktig for en god rekonvalesens postoperativt, og at helsepersonell fremstår som kunnskapsrike og trygge pleiere gir pasienten en god opplevelse.

Utsagn 31 som viser til at det er viktig å bli sett som ett helt menneske bak alle sykdomssymptomer var noe som var viktig i faktorsyn 2. Pasienten sier: *«I en slik sårbar situasjon hadde det vært fint om sykepleieren så meg! Spurt meg om det gikk bra. Hatt tid til meg»*. Det kommer ganske så tydelig fram i dette sitatet at pasienten har kjent seg oversett. Hun kjenner seg sårbar og utsatt. Personalet har ikke hatt tid til det som en selv ser som viktig, og ofte er det de små ting som bare det å spørre om hvordan det går. Små ting som betyr mer enn en ofte tror, og som koster så lite. En måte å forstå dette på er at som pasient ønsker en å bli sett som det hele mennesket en er, ikke å bli redusert til sykdom eller diagnose. Arman (2015) viser også til betydningen av at vi må få øye på pasientens behov, og vi må la oss berøre. Vi må skape relasjoner sammen, og på den måten beskytte pasientens verdighet. Når pasienten ikke blir sett som ett unikt menneske eller opplever å ikke bli møtt vil det også være vanskelig å skape en relasjon mellom pleier og pasient (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Arman påpeker også at vi må bidra til å skape en god omsorgskultur som gir rom for å opprettholde pasientens verdighet. Dette er av stor betydning i dagens helsevesen, som preges av økt tidspress, krav til større produksjon og økt inntjening. Det er krevende når en som pleier skal ivareta pasienter samtidig som en er presset til å tenke økonomi i de tjenester som tilbys. I følge Nordtvedt (2016) er det en viktig sykepleier oppgave å bidra til gode prioriteringer i helsevesenet. Sykepleiere er av de som er pasienten nærmest og som må bidra til gode grunnleggende omsorgsverdier som ivaretar både den faglige og etiske kvaliteten i tjenester som tilbys. De må altså våge å si ifra når de ser at nedprioriteringer og nedskjæringer går utover omsorgskvaliteten. Martinsen (2012) viser til hvordan tiden i dagens helsevesen har blitt til en ressurs som disponeres og som benyttes til å måle hvor effektive vi er. Martinsen (2012) sier videre at ved å skape en omsorgskultur som er preget av tidspress og travelhet, er dette med på å bidra til at sykepleier kjenner på en vond skam fordi hun ikke får tid nok til å utøve omsorg slik som en ønsker. Den vonde skammen er videre ett hinder for

mellommenneskelige relasjoner og kan være med på true opplevelse av verdighet, både hos pleier og pasient. En måte å forstå dette på er at ved å være pådrivere for å ivareta gode omsorgskulturer kan det bidra til å gi rom for gode relasjoner mellom pleiere og pasienter, og på den måten bedre ivareta pasientens verdighet.

Det kom også frem at å bli sett og hørt, og bli møtt med vennlighet er viktig for opplevelse av verdighet (utsagn 28). Dette kan tolkes som ett ønske om å bli tatt godt vare på. At de som skal utøve omsorg har nok tid til å lytte, er imøtekommende og kjærlighetsfulle. Arman (2015) forklarer at verdighet sett i ett omsorgsvitenskapelig perspektiv handler om at alle mennesker innehar ett menneskeverd som skal synliggjøres og vernes om. Søderlund (2012) sier at våre omsorgshandlinger motiveres av kjærlighet og barmhjertighetstanken og målet med omsorgen er å ivareta menneskets verdighet. På den måten kan vi hjelpe mennesket å være ett helt menneske. Dette viser til Eriksson caritative omsorgsteori som handler om hvordan vi kan lindre menneskets lidelse ved at vi gjennom kjærlighet kan vi finne veien til omsorg. Det kommer frem i denne studien at det er viktig for opplevelse av verdighet å bli møtt på en fin og omsorgsfull måte. Dette samsvarer med litteraturen som viser til viktigheten av at pleiepersonalet ansvarlig gjøres og blir oppmerksom på hvordan våre handlinger påvirker pasienten, både positivt og negativt (Eriksson, 2018). Dette handler om at vi må la ethos vise oss veien og verne om vår egen og andres verdighet. Det innebærer at vi må tilegne oss gode holdninger, eller at vi må forholde oss på en god og omsorgsfull måte. Slik kan vi fremstå som gode omsorgspersoner hvor våre holdninger kommer til uttrykk slik pasienten ønsker det. Dette er ikke helt enkelt, og gjennom hele livet utsettes vi for påvirkninger. Omsorgsvitenskapen kan hjelpe oss å forstå hvordan en som pleier kan bidra til å lindre pasientens lidelse og ivareta hele mennesket (Ekebergh, 2015). Eriksson sier: «*Jeg var der, jeg så, jeg var vitne og jeg ble ansvarlig*». Dette står i samsvar med pasientens forventning om å bli møtt med kjærlighetsfull (caritativ) omsorg og bli tatt godt vare på, slik det også fremkommer i denne studien. Det samme bekreftes også i flere forskningsartikler, som viktigheten av at de som utøver omsorg blir ansvarliggjort (Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall, 2014), eller hvor viktig det er å gi rom i arbeidshverdagen slik at pasienten gis mulighet til å fortelle sine historier (Lindwall & Von Post, 2014). Vendlegård et al. (2010) viser til hvordan det å lytte og ta seg tid til pasienten påvirker opplevelse av verdighet og bidrar til bevart verdighet hos pasienten, samt at gode relasjoner skapes mellom pasient og pleier når pleier viser gode holdninger og god moral gjennom sine handlinger.

I dette faktorsynet fremgår det at denne sorterereren opplevde at oppfølging etter operasjon ikke har vært helt som forventet. Det uttrykkes at det har vært liten oppfølging og at en også har kjent seg litt alene (utsagn 13). I tillegg ble behovet for god informasjon og at dette er viktig for å kjenne seg trygg

(utsagn 3), trukket frem som betydningsfullt. God informasjon i forbindelse med kirurgi og opplevelse av god oppfølging både før og etter operasjon fremstår som viktig for de fleste pasienter. Pasienter som opereres for overvekt, ved gjennomføring av gastric bypass eller sleeve operasjon vil bli påført endringer i kroppen som påvirker flere av kroppens systemer. Dette er noe en må lære seg å leve med og som er irreversibelt (Sandvik, 2017). At pasienten får god og tilpasset informasjon kan være avgjørende for hvordan pasienten opplever seg ivaretatt under sykehusoppholdet. Viktigheten av god informasjon var noe som også ble trukket frem i Hestdal og Skorpen (2019) sin studie hvor det å bli sett, møtt og informert ble fremhevet som viktig for pasientenes opplevelse av trygghet i den pre-operative fasen. Å gi informasjon som er tilpasset den enkelte krever at personalet bruker litt av sin tid. Arman og Rehnsfeldt (2006) snakker om at pleielidelse først og fremst er relatert til det som er fraværende i relasjon mellom pleier og pasient, og at det lett kan oppstå ett negativt forhold her dersom pasienten ikke får dekket sine forventinger og sitt behov for god informasjon. Ofte er det nettopp manglende informasjon og at personalet ikke har tid som blir trukket frem når pasienter forteller sine historier. Dette handler om de forventingene en har som pasient til å bli sett og bekreftet som ett unikt medmenneske (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Det ble videre ikke fokusert særlig på tiden etter operasjon i denne studien og det kom heller ikke frem i de skriftlige notater som ble gjort etter sortering hva som da var mangelfullt i oppfølgingen.

Noe som kanskje var litt overraskende i faktorsyn 2 var plassering av utsagn 12 og 24. Utsagn 12 kommuniserer at en kjenner seg nedprioritert som gruppe. Dette var noe som sorterer var helt uenig i og ikke kjente seg igjen i. Dette står litt i kontrast til det som kommer frem ellers i dette faktorsynet. Når en har gjort seg flere sannsynlige negative erfaringer virker det noe motstridende at en da ikke kjenner seg nedprioritert. Pasienten har uttrykt at hun har kjent på mangelfull oppfølging og kjent seg litt alene (Utsagn 13), hun har videre uttrykt at «*Vi må klare oss selv*», og viser til at andre ting tilsynelatende er viktigere for sykepleierne i avdelingen. Utfra dette kan det virke ganske så innlysende at hun kjenner seg nedprioritert, men dette en noe hun likevel sier hun ikke kjenner seg igjen i. En måte å tolke dette på kan være at det utsagn som omhandlet opplevelser av å kjenne seg nedprioritert som gruppe kan relateres til ett høyere nivå, kanskje mer samfunnsmessig, i forhold til hvilke rettigheter en har som pasient eller hele opplegget rundt det å opereres for overvekt, og at dette er velfungerende. På den andre siden er det er ikke sikkert denne sorterereren kjente seg spesielt prioritert som gruppe, men at hun hadde opplevelser av at det var mye som skjedde rundt henne og at hun samtidig også kjente på fraværende relasjoner til pleiere og manglende respekt. Dette kan jo selvsagt være litt tilfeldig, og noen ganger klarer en ikke å skape en god kjemi sammen.

Pasienten uttrykker også at hun ikke kjenner på mindreverdighets følelse fordi hun er overvektig (utsagn 24). At hun kjente seg mindre verdt var noe hun gav uttrykk for at hun absolutt ikke gjorde da dette var det utsagnet hun var aller mest uenig i. Dette kan vise til overvekten generelt, at pasienten mest sannsynlig innehar er stor grad selvrespekt og i utgangspunktet er trygg på seg selv. Det trenger absolutt ikke ha noe med opplevelsen en har i forhold til andre å gjøre, da utsagnet sier mer om egen opplevelse enn opplevelsen i forhold til andre. Det ville selvsagt være interessant å sett hva som kom fram om en hadde sett på utsagn som gikk mer spesifikt på enkelt opplevelser, men dette kommer ikke frem i denne studien. Dette var også i samsvar med det som kom frem i faktorsyn 1 og noe som var sortert likt i de de to faktorene. Det at deltagere i denne studien ikke gir uttrykk for at de kjenner seg mindre verdt fordi de er overvektige kan være verdt å legge merke til, da dette er noe som skiller seg fra tidligere forskning hvor det trekkes frem at overvektige oftere kjenner på opplevelser av å være mindre verdt, og viser til at overvektige oftere utsettes for stigmatisering (Wakefield & Feo, 2017, Forsberg et al., 2014) Det samme kommer også frem hos Malterud og Ulriksen (2009), som viser hvordan skyld og skam assosieres med overvekt og peker på hvordan medier påvirker våre oppfatninger og bidrar til kulturell stigmatisering av overvektige. Deltagerne i denne studien gir som vist ikke inntrykk av å kjenne seg mindre verdt, og årsaken kommer ikke tydelig frem.

Gustin (2015) og Martinsen (2012) påpeker at det er av stor betydning at helsepersonell trør varsomt i møtet med pasienten. Dette har betydning for opplevelse av verdighet og opplevelse av skam. Skam er en sosial følelse, og vi kan se på skammen som nødvendig for at vi skal klare å tilpasse oss andre mennesker. Vi kan forstå skam som noe som er med på å bevare mellommenneskelige relasjoner (Gustin, 2015). Som helsepersonell kan vi påføre pasientene en vond skam. Dette kan dreie seg om flere ting. Det kan være travelhet og tidsmangel som gjør at en som pleier ikke klarer å yte den omsorgen en burde, eller det kan være misbruk av makt som går utover pasientens identitet og verdighet. Skammen blir således ett hinder for nærvær og mellommenneskelige relasjoner (Martinsen, 2012).

I dette faktorsynet har sorterer heller ikke opplevd det som særlig vanskelig å snakke med helsepersonell om sin egen overvekt (utsagn 19). Men det kom likevel frem at hun hadde gjort seg erfaringer hvor kommunikasjonen var negativ. Dette ble trukket frem i flere eksempler. Pasienten sier dette om hvordan hun opplevde informasjonen i forkant av kirurgi: *«Jeg følte på nedlatende kommunikasjon...det ble sagt utsagn som: dere må ikke tro dette bare er en lettvindt vei...»*. Hun uttrykker videre at flere andre som var tilstede under samme informasjonsmøte kom med tilsvarende reaksjoner som henne og sier at dette ble diskutert i etterkant. Dette var noe som

skjedde før selve innleggelsen, og en måte å forstå slike negative opplevelser i forkant av kirurgi er at dette vil ha betydning for hvordan en vil erfare selve innleggelsen og tiden rundt og etter operasjon. Her har denne pasienten gjort seg flere negative erfaringer som hun tar med seg videre i bagasjen sin og som vil ha betydning også når hun seinere møter andre fagpersoner. I følge Arman (2015) kan vi gjennom våre handlinger vise respekt for både oss selv og andre og på den måte ta vare på og beskytte pasientens verdighet. Når pasienter forteller om slike nedlatende opplevelser som det vises til her, kan vi gjerne forstå dette som mangelfull kunnskap eller manglende bevissthet hos de som har gitt informasjon i dette tilfellet. Det kan virke som om de holdninger som har kommet til uttrykk ikke samsvarer med det som forventes av fagpersoner. Dette har vi sett på flere ganger tidligere i teksten hvor det blir referert til hvor viktig det er for pasientens opplevelse av verdighet at en som helsepersonell viser sitt ethos gjennom gode omsorgshandlinger (Eriksson, 2018).

Det kom også frem at hun hadde overhørt at personalet hadde snakket nedlatende om hennes overvekt (utsagn 18). Dette kan ha sammenheng med de opplevelser hun da hadde gjort i forkant av kirurgi og som det er vist til i forrige avsnitt. Der var det flere fagpersoner som hadde snakket om overvekt på en dømmende måte, hvor problematikken omkring overvekt ble fremstilt som at en ikke hadde særlig kunnskap om egen kropp og hvordan eksempelvis næringsstoffer virker i kroppen. Pasienten forteller: «*Ernæringsfysiologen var også nedlatende, hun fortalte om næringsstoffer*». Hun sier videre at ernæringsfysiologen sa utsagn som: «*Vet dere hva proteiner er? og vet dere at dere legger på dere av fett og ved å spise feil?*». Hvordan vi kommuniserer handler om mye mer enn det vi sier. Det handler om kroppsspråk, hvordan vi fremstår og måten vi snakker på. I ett omsorgsvitenskapelig perspektiv utgjør kommunikasjon og språk en av grunnforutsetningene for å kunne forstå hverandres virkelighet, og dermed også kunne forstå hverandres opplevelse av lidelse og helse (Fredriksson, 2012). Fredriksson viser også til hvordan det kan være ett aspekt av makt i kommunikasjonen, som kan gi opphav både til konflikter og spenninger mellom mennesker. Det som fremgår i dette faktorsynet kan synes å skape en slags konflikt. Det er tilsynelatende en enveiskommunikasjon som ikke oppleves som særlig bra. En kjenner seg heller ille til mote og uttrykker at en kjenner seg nedtrykt. Dette er også noe av det som kommer frem i en studie av Wakefield og Feo (2017) som har sett på hvordan møte mellom helsepersonell og pasienter som sliter med overvekt påvirker opplevelse av verdighet og selvrespekt. Funn fra den studien viser at det som virker ødeleggende på selvfølelsen er når en ikke blir møtt, sett eller lyttet til.

Det kom også frem at å få dele rom med andre i samme situasjon som en selv betyr noe (utsagn 26). Det å ha noen å snakke med, noen som har de samme spørsmålene som en selv og som en kan dele erfaringer med opplevdes positivt. Dette kommer frem ved at flere av pasientene som deltok i

studien uttrykker ett ønske om å møte andre i samme situasjon. Dette var noe som var vektlagt som viktig og betydningsfullt av flere av de som deltok i studien, både blant de som definerte faktorsyn 1 og gjennom dagboknotater. Det kan vi forstå ved at vi vet at å kjenne samhørighet til noe eller noen er viktig, også for å bli forstått. Det kommuniseres at det å få dele rom med andre som skal til samme operasjon bidrar til økt samhørighet, og det kom også frem at flere opplevde at de havnet på rom med andre som var innlagt på grunn av andre årsaker enn dem selv, og uttrykker ett ønske om å ha noen å snakke med. En av pasienten sier: «*Skulle ønske jeg lå på rom med noen av de som skal ta samme operasjon*». Hun uttrykker at hun er engstelig og gruer seg og savner noen å prate med. Hun kjenner seg egentlig ganske alene. Dette kan tyde på at det ikke er noen rutine at disse pasienten deler rom. Det er heller ikke sikkert at det er ønskelig for alle pasienter å dele rom. Det kommer også frem at det hadde vært ønskelig å ha noen å ta kontakt med i forkant av operasjon, en slags støttegruppe. Da det er mye en skal igjennom før selve operasjonen. Dette viser til menneskets behov for å være i felleskap og bety noe for hverandre. Arman (2015) viser til at felleskapet mellom mennesker er en forutsetning for menneskelig liv og at vi alle er gjensidig avhengig av hverandre. Ett av menneskenes grunnbehov er å kjennes seg behøvd, det å vite at noen har bruk for meg. Ved å skape gode relasjoner kan vi lindre hverandres lidelser. Og ved å lindre lidelse ivaretar vi hverandres verdighet. I Erikssons caritative omsorgsteori vises det til at alle mennesker har ett naturlig ønske om å bry seg om sine medmennesker. Det ligger en drivkraft og en kjærlighetsfull naturlig vilje i oss alle. Dette er jo ikke bare noe som gjelder mellom pleier og pasient men også mellom mennesker generelt. Vi sier gjerne at felles skjebne gir felles trøst. Dette er ett folkelig uttrykk men det gir oss en forståelse av at det er noe som deles og som gir mening for noen i en spesiell situasjon og som andre ikke har samme forutsetning for å forstå og ta del i. Det er ikke sikkert at det er det å dele rom som er det viktigste, men kanskje det å ha en felles arena for å dele erfaringer og prate med noen en kjenner tilhørighet til. På den måten kan en bety noe for andre også. Flere sier de har mange tanker som de skulle ønske de kunne fått dele med andre i forkant av selve operasjonen. Dette kommer også frem i en studie gjort av Forsberg et al. (2014). Pasienter som deltok i den studien forteller at det var motiverende og støttende å treffe pasienter som hadde gjennomgått samme operasjon.

Det var flere utsagn sorterer ikke kjente seg igjen i eller som hun var uenig i. Som at en er redd for at venner vil se på slankeoperasjon som en enkel utvei på sine problemer (utsagn 9). En måte å tolke dette på er at denne pasienten ikke har hatt særlige negative erfaringer i forhold til venner og heller ikke har hatt så mange tanker i forhold til akkurat dette. Å kjenne på negative tanker i forhold til hva andre tenker om en er noe som ofte blir trukket frem både i litteratur og forskning omkring overvekt og fedme. Dette var noe som blant annet kom frem i Forsberg et al. (2014) sin studie blant pasienters egne opplevelser i forbindelse med kirurgi for overvekt. Der var det flere av de som deltok i studien

som uttrykte redsel for å bli oppfattet som dumme, late og mindre verdt. Flere studier viser til det samme, hvordan overvektige utsettes for stigmatisering og må forholde seg til ett samfunn som preges av blant annet kulturelle fordommer (Malterud & Ulriksen, 2009, Puhl et al., 2008, Wakefield & Feo, 2017, Sandvik, 2017).

Ett annet utsagn som var plassert på minus siden i sorteringsmatrisen var utsagn 5, som kommuniserer at fedmeoperasjon er ett ord som en ikke kjenner seg så komfortabel med. Dette viser til selve ordlyden i ordet «fedmeoperasjon». For noen kan ordet være negativt ladet og det vil være mindre negativt å bruke ordet «overvekt» isteden for «fedme». I faktorsyn 2 var ikke dette ett ord som sorterer uttrykker at hun kjente seg særlig ukomfortabel med, men det kan likevel gi oss en litt nyttig påminnelse om at hvordan vi uttrykker oss og kommuniserer med hverandre kan ha stor betydning for den enkeltes opplevelser. Vi må noe ganger føle oss litt frem i kommunikasjon og samspill med hverandre, og gjennom kommunikasjon kan vi skape en felles forståelse, men vi må også være oss bevisst på at det kan gi grobunn for konflikter og misforståelser (Fredriksson, 2012).

6.2.1 Utsagn som var nøytralt plassert

De utsagnene som var plassert i sorteringsmatrisens nøytrale del var en miks av flere kategorier. Dette var utsagn som sa noe om holdninger i samfunnet, hvilke tanker en har i forholdt til tiden etter operasjon og fremtiden, samt andre opplevelser knyttet til personalet. Dette var utsagn som sorterer ikke har tillagt særlig mening, sett i forhold til de andre synspunkter som en har ønsket satt i fokus. Dette var samtidig utsagn som sa noe av det samme som var kommunisert som viktig å få belyst, men med litt annet fokus. Siden dette er en «forced choice» sortering er sorterer nødt å prioritere. En blir tvunget til å ta valg og det finnes selvsagt en mulighet for at en ikke får tillagt alle de synspunkter en skulle ønske like stor betydning.

6.2.2 Avsluttende refleksjon av faktorsyn 2

Faktorsyn 2 kommuniserer viktigheten av å bli sett og bekreftet som ett helt menneske. Det kommer frem at omsorgsrelasjoner er fraværende og at en ikke blir sett som ett unikt medmenneske. Denne pasientens sårbarhet kan være en del av årsaken til hennes opplevelser, at hun er ekstra var på bakgrunn av tidligere erfaringer eller på grunn av hennes faglige utdannelse. Ett annet aspekt kan være at personalet vegrer seg for å gå inn i relasjon med henne og er usikre på hvordan de skal imøtekomme henne. Vi kan forstå dette som at når omsorgsrelasjoner er fraværende blir det vanskelig og nærmest umulig å gi pasienten opplevelse av å bli ivaretatt. Pasienten opplever isteden

økt lidelse og krenket verdighet. Vi kan si at etablering av gode omsorgsrelasjoner er avgjørende for opplevelse av den videre behandlingen og pleien til pasienten. Å være ett medmenneske, se hverandre, lytte og være åpne og imøtekommende betyr så mye og koster oss så lite.

Som en avslutning kan vi trekke frem det siste utsagnet som var tillagt mening på lik linje med flere av de andre som også er trukket frem i diskusjonsdelen. Dette beskriver sluttresultatet av det en har vært igjennom og forteller at en til tross for alt en har gått igjennom er glad for det (utsagn 32). Dette er sorterer delvis uenig i, og uttrykker det motsatte at hun egentlig er litt «angrende» til det hun har latt seg gå igjennom. Hun uttrykker at hun ikke er fornøyd, og en måte å forstå dette på er at hun kanskje ikke vil gjort det en gang til dersom hun fikk muligheten. Dette gir oss noe å reflektere over. Som hva disse pasienterfaringene egentlig betyr for oss? Kunne denne pasienten opplevd og oppsummert sin egen situasjon annerledes dersom hun hadde kjent større grad av ivaretagelse underveis i den prosessen hun har gjennomgått?

7. Konklusjon

Noe av bakgrunnen for denne studien var en undring om hvordan vi som profesjonelle helsearbeidere fremstår, sett med pasientens øyne og om pasientene faktisk opplever at deres verdighet ivaretas. Oppgavens hovedspørsmål omhandler hva som fremmer eller hemmer opplevelsen av verdighet og hvordan pasienter som gjennomgår kirurgi for overvekt kjenner seg ivaretatt. I faktorsyn 1 kommer det frem at både pasienter og sykepleiere har mange positive erfaringer og opplever stor grad av ivaretagelse. Faktorsyn 2 gir ett annet og mer negativt bilde der relasjoner er mer fraværende, og en opplever mindre grad av ivaretagelse. For opplevd verdighet er etablering av gode omsorgsrelasjoner det som fremstår som essensielt. Å skape gode rom for samtale og ha tid nok til den enkelte er betydningsfullt. At personalet ser pasienten som unik og møter pasienten med verdighet, er vennlig og gir god og grundig informasjon, fremstår som viktig for opplevd verdighet. Dette er i bunn og grunn kunnskap som alle som behandler pasienter innehar, men som vi noen ganger trenger å bli påminnet om. Det handler ofte om de små ting, de vi gjerne tar litt for gitt. Det som er viktig er at vi er med på å skape gode arbeidsrom og arbeidskulturer som bidrar til å fremme pasientens verdighet også i en travel hverdag. Når tiden ikke strekker til, når pasienter ikke får eget rom eller de gode samtalene ikke er så enkle å gjennomføre.

Utfra det som har kommet frem gjennom denne studien kan vi si at det som først og fremst hemmer opplevelse av verdighet er fravær av relasjoner, å ikke bli sett, opplevelse av å være usynlig og mangelfull informasjon og oppfølging. Vi har alle med oss en bagasje med våre erfaringer og tolkninger som vil farge oss i møte med andre mennesker. Og dette vil ha påvirkning på hvordan vi gjør nye erfaringer. Utgangspunktet for denne undersøkelsen var nettopp å få fram deltagerens subjektive opplevelser, og dermed prøve å få øye på noe nytt, eller gi oss ny innsikt og lærdom slik at vi kan bli bedre i vår utøvelse av pleie og omsorg. Det er i denne sammenhengen vi ønsker å få tak i hele historien til deltagerne i studien og gi like mye oppmerksomhet til alle variasjoner som trer frem.

Det kom også frem at det finnes flere ulike oppfatninger av hvordan vi opplever oss ivaretatt når vi blir pasienter, og hvilke erfaringer pasientene gjør i samspill med personalet kan bety mye for den enkeltes opplevelser. Det forteller oss også at hvordan personalet fremstår er viktig for om pasienten gjør seg positive eller negative erfaringer. De to faktorsyn representerer hver sine synspunkter, men det finnes også likheter. Faktorsyn 1 kan vi si fokuserer på de positive opplevelsene mellom pasienter og personalet, og gir oss en opplevelse av at samspillet er godt og velfungerende. Både pasienter og pleiere er enig i hva som er viktig for opplevelse av verdighet og for å kjenne seg godt ivaretatt. Her

er flere av de verdighetsfremmende utsagnene prioritert og gitt størst betydning. Faktorsyn 2 er i større grad preget av negative erfaringene mellom pasient og pleier og en kan tolke det som om en kjenner liten grad av ivaretagelse og av at opplevelsen av verdighet er hemmet. Dette bringer oss tilbake til kjernen i omsorgsvitenskapen som bygger på ett helhetlig menneskesyn som ser hele mennesket med kropp skjel og ånd. Pasientene fordrer oss til å gi kjærlighetsfull omsorg som ivaretar hele mennesket, ikke bare det vi ser.

7.1 Studiens relevans for praksis

Denne studien setter fokus på at det finnes ulike oppfatninger av hvordan pasienter som gjennomgår kirurgi for overvekt kjenner seg ivaretatt, også i møte med samme personalgruppe. Vi må derfor være åpne for å se på hvordan vi best kan imøtekomme denne pasientgruppen med fokus på å ivareta enkeltindivider. Det fremheves at både informasjon og oppfølging bør tilpasses hver enkelt, og dette betyr at vi kanskje må tenke litt nytt og annerledes, og ha større fokus på den enkelte pasient og hans eller hennes behov. I dette ligger det også at noen pasienter alltid vil være mer sårbare enn andre, og at alle pasienter har med seg en bagasje med ulike erfaringer og opplevelser de har gjort seg gjennom livet, som vil påvirke de i møtet med helsepersonell. Studien retter også fokus på hvordan vi som helsepersonell møter andre med helsefaglig bakgrunn når de blir syke, og at vi må være bevisst på å behandle alle pasienter likt. Vi må være oppmerksomme på at kunnskap kan gjøre at en som pasient kjenner seg mer sårbar.

Studien setter også fokus på hvordan mellommenneskelige relasjoner påvirker oss. Personalets holdninger og væremåte påvirker pasientens opplevelse av verdighet. Det trengs derfor å fokuseres på hvordan helsepersonell fremstår i møte med pasientene og det må legges til rette for å opprettholde og videreutvikle gode omsorgskulturer som er helsefremmende og ivaretar pasientens og personalets verdighet.

7.2 Kritisk refleksjon av studien

Denne studien har som beskrevet en Q-metodologisk tilnærming og utgangspunktet før datasamlingen var å få ett større antall deltagere enn det som faktisk forelå som grunnlag for analysen. Det ble besluttet i samråd med veileder og også inkludere sykepleiere da det tok

uforholdsmessig lang tid å rekruttere nok pasienter til studien. Dette utgjorde likevel tilsammen ett mindre antall deltagere enn det som i utgangspunktet var ønskelig. Dette kan ha hatt betydning for de resultater som en da satt igjen med til slutt. Det er også viktig å ta i betraktning at denne studien kun ser på ett lite antall deltagere og at resultater fra denne studien ikke kan generaliseres til å gjelde alle pasienter som opereres for overvekt. Faktorsyn 2 består av en pasientsortering, og som beskrevet under metodekapittelet var det ønskelig å få belyst dette faktorsynet også, selv om det som regel er vanlig å ha med flere sorteringer enn en for å definere en faktor. Det er mulig å benytte Q-metode også i enkelt case-studier (single-case) der det kun er en person som sorterer utfra gitte instruksjonsbetingelser (Wolf, 2010 s. 30). Men det vil likevel påpekes at dette kan ha vært en svakhet i denne studien. I denne studien ble det heller ikke benyttet oppfølgings intervju med deltagerne. Det blir anbefalt å gjennomføre postintervju av personer som lader høyt på en faktor for å kunne innhente tilleggsinformasjon (Thorsen & Allgood, 2010, s. 20). Dette kunne bidratt til mer utfyllende informasjon og muligens avdekket andre nyanser i de to faktorsynene.

7.3 Forslag til videre forskning

Det kunne vært interessant og studert nærmere hvorfor deltagerne i denne studien virker til å være mer fornøyd enn det som kommer frem i tidligere forskning. Kanskje spesielt med fokus på det som omhandler holdninger og kunnskaper hos personalet.

Ett annet område som kunne vært interessant, er å studere nærmere pasientenes opplevelser i forhold til oppfølging etter kirurgi på ett mer eksistensielt plan. Det kom fram i studien at både pasienter og personalet ønsket ett større fokus på psykisk oppfølging.

Også fokus omkring pasienters opplevelser i forkant av operasjon er ett område hvor det ikke er så mye forskning å finne og som det trekkes frem, også av andre at det trengs mer kunnskaper om (Forsberg et al., 2014).

Referanser

- Adams, T. D., Davidson, L. E., Litwin, S. E., Kim, J., Kolotkin, R. L., Nanjee, N. ... McKinlay, R. (2017). Weight and Metabolic Outcomes 12 years after Gastric Bypass. *The New England Journal of Medicine*, 377(12), 1143-1155. Doi: 10.1056/NEJMoa1700459
- Allgood, E., & Kvalsund, R. (2010). Q-metodologi, rådgivningsfeltet, delt subjektivitet og personer i relasjoner. I A. A. Thorsen., & E. Allgood. (red.). *Q-metodologi – En velegnet måte å utforske subjektivitet*. (s. 39-46) Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patient`s experiences. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 248-256. Doi: 10.1111/j.1440-172x.2004.00491.x
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande - Etik i vårdande*. Stockholm: Liber AB.
- Arman, M. (2012). Lidande. I L. W. Gustin & I. Bergbom. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 186-197). Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2015). *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber.
- Blomberg, A. C., Bisholt, B., Nilsson, J., & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible – operating theatre nurses` perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(2), 361-368. Doi: 10.1111/scs.12172
- Brown, S. R. (1980). *Political Subjectivity: Applications of Q methodology in political science*. New Haven: Yale University Press.
- Carlsson, G. (2015). Gestaltande av ett vårdande där patientens existens bekräftas. I L. W. Gustin. (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (s. 309-322). Lund: Studentlitteratur.
- Edlund, M. (2012). Värdighet. I L. Wiklund Gustin., & I. Bergbom. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik* (s. 363-373). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Oslo: Tano Aschehoug.

- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap – vetenskapen om vårdandet Om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.
- Folkehelseinstituttet (2017, 03. Januar). Overvekt og fedme i Norge. Hentet 20. Januar 2018 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=110553>
- Forsberg, A., Engström, Å., & Söderberg, S. (2014). From reaching the end of the road to a new lighter life – People`s experiences of undergoing gastric bypass surgery. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(2), 93-100. Doi: 10.1016/j.iccn.2013.08.006
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin., & I. Bergbom. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik* (s. 321-332). Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, L. (2015). Vårdande kommunikation-samtal om hälsa, lidande och vårdande. I L. W. Gustin. (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (s.417-436). Lund: Studentlitteratur.
- Giovanni, P. D. M., (2013). *Lovprisning av menneskets verdighet – om det værende og det éne*. Oslo: Vidarforlaget.
- Gustin, L. W. (2015). Att balansera mellan värdighet och skam. I L. W. Gustin. (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (s.231-245). Lund: Studentlitteratur.
- Hansen, I. (2009). Operasjonspasientens psykososiale behov. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide., & I. Hansen. (Red.), *Operasjonssykepleie*. (s.96-123). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heijkenskjöld, K. B., Ekstedt, M., & Lindwall, L. (2010). The patient`s dignity from the nurse`s perspective. *Nursing Ethics*, 17(3), 313-324. Doi: 10.1177/0969733010361444
- Hestdal, T., & Skorpen, F. (2019). Experiences of suffering among elderly hip-fracture patients during the preoperative period: patient`s and nurse`s perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Doi: 10.1111/scs.12742
- Jacobson, N. (2009). A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC International Health and Human Rights*, 9(3), Doi: 10.1186/1472-698X-9-3
- Kobbernagel, C. (2010). Q-metodologi i forberedelser af skalakonstruktion. I A. A. Thorsen., & E. Allgood. (red.). *Q-metodologi – En velegnet måte å utforske subjektivitet*. (s. 171–190) Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

- Kristinsson, J. (2017, 06. April). Fedmekirurgi- metoder og valg av prosedyre. Hentet fra: <http://kirurgen.no/fagstoff/fedmekirurgi-metoder-og-valg-av-prosedyre/>
- Kulzer, S. (2015). Tillit och medlidande i mötet mellan patienten och vårdaren. I L. W. Gustin. (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå.* (s.217-229). Lund: Studentlitteratur.
- Kvalsund, R., & Allgood, E. (2010). Kommunikasjon som subjektivitet i en skoleorganisasjon. I A. A. Thorsen., & E. Allgood. (red.). *Q-metodologi – En velegnet måte å utforske subjektivitet.* (s. 47-82) Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Lindwall, L., & Post, I. (2014). Preserved and violated dignity in surgical practice – nurses` experiences. *Nurses Ethics*, 21(3), 335-346. Doi: 10.1177/0969733013498527
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2009). Norwegians fear fatness more than anything else: A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 47-52. Doi: 10.1016/j.pec.2009.10.022
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Neil, J. A., & Roberson, D. W. (2015). Enhancing Nursing Care by Understanding the Bariatric Patient`s Journey. *Aorn journal*, 102(2), 132-140. Doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.014
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2007). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adult. *Health education research*, 23(2), 347-358. Doi: 10.1093/her/cym052
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og Mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode.* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Robstad, N., Söderhamn, U., & Fegran, L. (2017). Intensive care nurses` experiences of careng for obese intensive care patient: A hermeneutic study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 386-395. Doi: 10.1111/jocn.13937
- Rössner, S. (2009). Overvekt og fedme. I *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet I forebygging og behandling.* (s. 466-483). Helsedirektoratet. Veileder

- Sandvik, J. (2017, 18. April). Langtidsresultater etter Gastric bypass og Gastric Sleeve. *Kirurgien.no*. Hentet 21. November 2019 fra <https://kirurgen.no/fagstoff/langtidsresultater-etter-gastrisk-bypass-og-gastrisk-sleeve/>
- Skorpen, F., Rehnsfeldt, A., & Thorsen, A. A. (2015). The significance of small things for dignity in psychiatric care. *Nursing Ethics*, 22(7), 754-764. Doi: 10.1177/0969733014551376
- Størksen, I. (2012). Hva er Q-metodologi, og hvordan kan den brukes i psykologien? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 566-570.
- Söderlund, M. (2012). Vårdande. I L. W. Gustin & I. Bergbom. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 115-125). Lund: Studentlitteratur.
- Thorsen, A. A., & Allgood, E. (2010). Introduksjon til Q-boken og begrepsavklaring. I A. A. Thorsen., & E. Allgood. (red.). *Q-metodologi – En velegnet måte å utforske subjektivitet*. (s. 15-22) Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Vendlegård, C., Hübner, A., & Lindwall, L. (2010). Verdighet som det viser seg for vårdare i en kirurgisk praksis. *Vård i Norden*, 30(3), 30-34. Doi: 10.1177/010740831003000307
- Wakefield, K. & Feo, R. (2017). Confronting obesity, stigma and weight bias in healthcare with a person centred care approach – a case study. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 25(1), 28-31. Hentet fra <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=909958228125391:res=IELHEA>ISSN:2202-7114>
- Ward-Smith, P., & Peterson, J. A. (2015). Development of an instrument to assess nurse practitioner attitudes and beliefs about obesity. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 125-129. Doi: 10.1002/2327-6924.12281
- Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q-Methodological Research – Theory, Method and Interpretation*. Chennai: C&M Digitals
- Wolf, A. (2010). Subjektivitet I Q-metodologi. I A. A. Thorsen., & E. Allgood. (red.). *Q-metodologi – En velegnet måte å utforske subjektivitet*. (s. 23–39) Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Ylikangas, C. (2012). Miljö – ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin., & I. Bergbom. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 265-276). Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg

Vedlegg 1 Utsagn sykepleier

1	Pasientene opplever at personalet på sykehuset har det veldig travelt, de haster forbi og har dårlig tid.
2	Pasientene kan få følelsen av å være usynlig og ett nummer i rekken og det oppleves krenkende
3	God informasjon om det som skal skje på sykehuset gjør pasientene trygge
4	Pasienter opplever møtet med helsepersonell på sykehuset som meget bra, de blir godt mottatt
5	Fedmeoperasjon er ett ord pasienter ikke er så komfortable med
6	Pasienter har mange tanker om fremtiden og er veldig redde for og engstelige for å bli som de var før
7	Pasienter er redde for hva andre tenker om de fordi han eller hun er overvektig
8	Pasientene synes det er slitsomt å bli møtt av helsepersonell som ikke kan gi informasjon som er viktig for den enkelte
9	Pasienter er redde for at venner og familie vil se på operasjon som en lett vei til å bli slankere
10	Min erfaring er at helsepersonell har forlite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg
11	Når de som skal hjelpe tilsynelatende er perfekte forsterkes pasientens følelse av å være mislykket
12	For pasientene virker det som de er en nedprioritert pasientgruppe
13	Pasienter opplever liten oppfølging etter operasjonen, og kjenner seg litt alene
14	Når pasientene kjenner tillit til helsepersonellet kjenner de seg trygge og ivaretatt
15	At pleiepersonalet passer på hele tiden oppleves som trygghet
16	Pasienter prøver å virke spøkefulle overfor sin egen overvekt – egentlig skjuler de skamfølelse
17	Det er utrolig viktig å få oppfølging i forhold til det psykiske
18	Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om overvektige på en nedlatende måte
19	Pasienter kan oppleve det som vanskelig å snakke med helsepersonell om sin egen overvekt
20	Å ha en god plan for oppfølging når pasientene kommer hjem er viktig
21	Pasienter føler seg som en som har jukset med å slanke seg og ikke kjempet og lidd, men de har jo gjort det på sin måte
22	Pasienter opplever absolutt verdighet i møte med sykepleier og lege i forkant av operasjon
23	Pasientene kjenner seg sårbare og avhengige av personalet i oppvåkningsfasen

24	Pasientene opplever at han eller hun er mindre verdt på grunn av sin overvekt
25	Pasientene opplever at personalet ser på de som helt vanlige pasienter, uavhengig av hvilken type operasjon de har vært igjennom
26	Å dele rom med andre i samme situasjon gir følelse av samhørighet
27	Pasienter opplever at personalet formidler generelle holdninger om at overvekt er selvforskyldt og vanskelig å gjøre noe med
28	Å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt er viktig for opplevelsen av å kjenne seg verdsatt
29	Pasientene opplever det som godt å møte andre i samme situasjon, det gir følelse av ikke å være alene
30	Pasienter gir uttrykk for at det er vanskelig å bli omtalt som «den slankeopererte»
31	Det er viktig å bli sett som ett helt menneske bak alle sykdomssymptomer
32	Tross alt pasientene har vært igjennom er de glad for det

Vedlegg 2 Utsagn pasient

1	Jeg opplevde at personalet på sykehuset hadde det veldig travelt, de hastet forbi og hadde dårlig tid
2	Jeg fikk følelsen av å være usynlig og ett nummer i rekken
3	God informasjon om det som skal skje på sykehuset gjør meg trygg
4	Jeg opplevde møtet med helsepersonell på sykehuset som meget bra, jeg ble godt mottatt
5	Fedmeoperasjon er ett ord jeg ikke er så komfortabel med
6	Jeg har mange tanker om fremtiden og er veldig redd og engstelig for å bli som jeg var før
7	Jeg har vært redd for hva andre tenker om meg fordi jeg er overvektige
8	Jeg synes det er slitsomt å bli møtt av helsepersonell som ikke kunne gi meg informasjon som var viktig for meg
9	Jeg er redd for at vennene mine vil se på operasjon som en lett vei til å bli slankere
10	Min erfaring er at helsepersonell har forlite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg
11	Når de som skal hjelpe meg tilsynelatende er perfekte forsterkes følelsen av å være mislykket
12	For meg virker det som vi er en nedprioritert gruppe
13	Jeg synes det var liten oppfølging etter operasjonen, har kjent meg litt alene
14	Når jeg kjenner tillit til helsepersonellet kjenner jeg meg trygg og ivaretatt
15	At pleiepersonalet passer på hele tiden oppleves som trygghet
16	Jeg prøver å virke glad og spøkefull overfor min egen overvekt – egentlig ønsker jeg å skjule skamfølelse
17	Det er utrolig viktig å få oppfølging i forhold til det psykiske
18	Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte
19	Jeg opplevde det som vanskelig å snakke med helsepersonell om min egen overvekt
20	Å ha en god plan for oppfølging når jeg kommer hjem er viktig
21	Jeg føler meg som en som har jukset med å slanke meg og ikke kjempet og lidd, men jeg har jo det på min måte
22	Jeg opplevde absolutt verdighet i møte med sykepleier og lege i forkant av operasjonen
23	Jeg kjente meg sårbar og avhengig av personalet i oppvåkingsfasen
24	Jeg opplever at jeg er mindre verdt fordi jeg er overvektig

25	Jeg opplevde at personalet så på meg som en helt vanlig pasient uavhengig av hvilken type operasjon jeg hadde vært igjennom
26	Å dele rom med andre i samme situasjon gir følelse av samhörighet
27	Jeg opplever at personalet formidler generelle holdninger om at overvekt er selvforskyldt og vanskelig å gjøre noe med
28	Å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt er viktig for min opplevelse av å kjenne meg verdsatt
29	Jeg opplevde det som godt å møte andre i samme situasjon som meg, det gav meg følelsen av å ikke være alene
30	Jeg synes det er vanskelig å bli omtalt som «den slankeopererte»
31	Det er viktig å bli sett som ett helt menneske bak alle sykdomssymptomer
32	Tross alt jeg har vært igjennom er jeg glad for det

Mitt navn er Renate Surèn og jeg har bakgrunn som operasjonssykepleier. For tiden er jeg mastergradsstudent ved Høgskolen på Vestlandet. Som en del av mastergradsstudiet i klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskolen på Vestlandet skal det gjennomføres ett prosjekt som omhandler verdighet i forbindelse med overvekts-kirurgi. Formålet med prosjektet er å få økt kunnskap om hvordan pasienter som gjennomgår kirurgi for overvekt kjenner seg ivaretatt i perioden de er på sykehus og hvordan møtet med helsepersonell påvirker opplevelse av verdighet. Prosjektet skal gjennomføres høsten og våren 2018/19 og data innsamles i to ulike omganger.

Jeg henvender meg derfor til deg med spørsmål om du kunne tenke deg å delta i studien. Det innebærer at du skriver dagboknotater over en tidsperiode på rundt to uker i forbindelse med operasjon. Jeg er interessert i tanker og erfaringer du har om hva som hemmer eller fremmer din opplevelse av verdighet i forbindelse med det å gjennomgå operasjon for overvekt.

Dersom du synes dette høres interessant ut og kunne tenke deg å delta så ta kontakt med meg for mer utdypende informasjon. Alternativt kan ansvarlig sykepleier videreformidle kontakt.

Vennlig hilsen

Masterstudent HVL/Operasjonssykepleier
Renate Surèn
Tlf.: 90068869
Tlf.: arbeid: 52732630
e-post: renate.suren@gmail.com
renate.suren@helse-fonna.no

Mitt navn er Renate Surèn og jeg har bakgrunn som operasjonssykepleier. For tiden er jeg mastergradsstudent ved Høgskolen på Vestlandet. Som en del av mastergradsstudiet i klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskolen på Vestlandet skal det gjennomføres ett prosjekt som omhandler verdighet i forbindelse med overvekts-kirurgi. Formålet med prosjektet er å få økt kunnskap om hvordan pasienter som gjennomgår kirurgi for overvekt kjenner seg ivaretatt i perioden de er på sykehus og hvordan møtet med helsepersonell påvirker opplevelse av verdighet. Prosjektet skal gjennomføres høsten og våren 2018/19 og data innsamles i to ulike omganger.

Jeg henvender meg derfor til deg med spørsmål om du kunne tenke deg å delta i studien. Kort fortalt innebærer deltagelse at du blir presentert for ett antall utsagn/sitat som omhandler opplevelser omkring tema verdighet og overvekts-kirurgi. Dette kan være opplevelser som du eller andre i samme situasjon som deg kan ha erfart i forbindelse med operasjon. Du skal videre sortere disse utsagnene etter hva du kjenner deg mest eller minst igjen i. Deltagelse i denne delen av prosjektet gjøres hjemme for deg selv en tid etter gjennomgått operasjon.

Dersom du synes dette høres interessant ut og kunne tenke deg å delta så ta kontakt med meg for mer utdypende informasjon. Alternativt kan ansvarlig sykepleier videreformidle kontakt.

Vennlig hilsen

Masterstudent HVL/Operasjonssykepleier
Renate Surèn
Tlf.: 90068869
Tlf.: arbeid: 52732630
e-post: renate.suren@gmail.com
renate.suren@helse-fonna.no

VERDIGHET OG OVERVEKTS-KIRURGI: PASIENTENS OPPLEVELSER GJENNOM DET KIRURGISKE FORLØPET

Det er ønskelig at du over en periode på 14 dager vil notere ned tanker eller erfaringer du har om hva som hemmer eller fremmer verdighet i forbindelse med det å gjennomgå operasjon for overvekt.

Vi er interessert i tanker eller erfaringer du har i forbindelse med forberedelse til operasjon, altså det som skjer før du skal opereres, også før innleggelsen. Videre er vi interessert i dine opplevelser i forbindelse med møte med helsepersonell på sykehuset, samt det som skjer etter operasjon, også etter at du kommer hjem. Det vil derfor være ønskelig at du gjør notater ett par dager før operasjon, mens du er på sykehuset (hvis du orker det) og ett par dager etter du kommer hjem. Korte setninger eller stikkord er tilstrekkelig.

Tanker eller erfaringer kan for eksempel handle om:

- Hvordan møtet med helsepersonell påvirker deg i forhold til din opplevelse av å bli ivaretatt
- Tanker du har i forhold til din egen situasjon før operasjon og etter operasjon
- Hvordan du opplever det å være pasient
- Tanker du har om deg selv i forhold til andre pasienter

Hva skjer med notatene dine:

Notater du gjør vil sammen med notater fra andre i samme situasjon som deg danne grunnlag for videre forskning. Notatene dine er det kun masterstudent Renate Surèn som vil ha tilgang til. Dette for å sikre full anonymitet for alle som deltar i studien. Alle notater vil bli anonymisert og det skal ikke være mulig for andre å kjenne igjen det som har blitt formidlet av deg. Etter at alle notater er samlet inn vil disse bli samlet i en tekst som blir videre tematisert. Notatene, sammen med tidligere forskning og faglitteratur vil representere bredden av dine og andres meninger og opplevelser som til slutt presenteres i form av 40-50 utsagn.

Dagboken og samtykkeskjema legges i vedlagt ferdig adressert og frankert konvolutt og sendes masterstudent en uke etter operasjon.

Tusen takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Masterstudent og operasjonssykepleier
Renate Surèn

Struktur for gjennomføring av 32 utsagn

Først vil jeg takke for at du har sagt ja til å delta i studien. Videre finner du instruksjon for hvordan du skal gjennomføre selve undersøkelsen.

Du vil nå få presentert 32 utsagn som omhandler opplevelser omkring tema verdighet og overvekts-kirurgi. Dette kan være opplevelser som du eller andre i samme situasjon som deg kan ha erfart i forbindelse med operasjon for overvekt.

Når du leser utsagnene skal du ta utgangspunkt i dine opplevelser og sortere utsagnene etter de du er mest enig i og de du er mest uenig i. Det er ingen rette eller gale svar, det er din mening vi er ute etter.

1. Start med å lese gjennom alle utsagnene.

2. Sorter utsagnene i 3 bunker:

- Bunke 1: De utsagn du er mest **enig** i
- Bunke 2: De utsagn du er mest **uenig** i.
- Bunke 3: De utsagn du er **nøytral** til, som virker uklar, tvetydige eller ikke gir deg så mye mening.

Det trenger ikke å være like mange utsagn i hver bunke.

3. Du skal nå plassere utsagn på Q-sorteringsmatrisen, der (+4) angir det du er mest **enig** i og (-4) angir det du er mest **uenig** i. Legg arket med sorteringsmatrisen fremfor deg og plasser utsagnene på samme måte som matrisen. Du trenger litt plass mens du sorterer.

4. Start med bunke 1, de utsagn du er mest enig i. Les igjennom de en gang til og velg så ut fem (5) utsagn du er mest enig i. Av disse fem (5) velger du ut to (2) av utsagnene du er mest enig i og plasserer de på plassen for +4 på sorteringsmatrisen. De tre (3) andre utsagnene plasser du på plassen til +3.

5. Gjør det samme med bunke 2, de utsagn du er mest uenig i. Les igjennom de en gang til og velg så ut fem (5) utsagn du er mest uenig i. Av disse fem (5) velger du ut to (2) av utsagnene

du er mest uenig i og plasserer de på plassen til -4 på sorteringsmatrisen. De tre (3) andre utsagnene plasser du på plassen til -3.

6. Nå skal du fordele resten av utsagnene, de fra bunke 3 og utsagn du eventuelt har igjen fra bunke 1 og 2. Start med +2, de utsagn du er litt enig i og gå videre over til -2, de utsagn du er litt uenig i. Fortsett på samme måte til alle utsagn er plassert. Alle plassene i matrisen skal fylles.

7. Når du har plassert alle utsagnene anbefales det at du ser over plasseringene dine, om du er fornøyd med de valg du har gjort. Du kan flytte på kort og gjøre justeringer til du er fornøyd. Bruk god tid.

8. Når du er ferdig ønsker jeg, om du tillater det å stille deg noen spørsmål angående din plassering av utsagn.

- Hvorfor er du mest enig i utsagnene du har plassert på +4 og +3?
- Hvorfor er du mest uenig i utsagnene du har plassert på -4 og -3?
- Er det noe annet du mener er viktig å få frem?
-

Du har to måter du kan rapportere sorteringsmønsteret på:

- På hvert utsagn står det skrevet et nummer. Fyll inn utsagnets nummer på vedlagt ark (sorteringsmatrise), på samme sted som du plasserte utsagnet.
- Ta bilde av eller scann inn det utfylte sorteringsarket, samtykke erklæring, bakgrunnsopplysninger, og eventuelt spørsmål du har svart på og send til: renate.suren@gmail.com

Eller:

- Send utfylt sorteringsark, samtykke erklæring, bakgrunnsopplysninger og eventuelt spørsmål du har svart på i posten til: [Renate Surèn, Tujavegen 21, 5535 Haugesund.](mailto:Renate.Surèn@Tujavegen21.no)

Ta kontakt med Renate Surèn på tlf.: 90068869 dersom noe er uklart eller du har spørsmål.

Tusen takk for hjelpen og lykke til med sorteringen!

Hensikt med studien

Forskningstema for studien er verdighet og overvekts-kirurgi. Målet er å få økt kunnskap og forståelse om hva som hemmer eller fremmer opplevelse av verdighet hos pasienter som gjennomgår overvekts-kirurgi. Forskning viser at kunnskap hos helsepersonell er mangelfull og at mange som sliter med overvekt utsettes for stigmatisering, også blant behandlere. Ved å sette fokus på pasientens egne opplevelser kan vi få ett dypere innblikk i hva som er betydningsfullt for pasienten, og dette kan bidra til bedre behandling gjennom det kirurgiske forløpet.

Målet i studien er å få frem pasientens subjektive opplevelse, derfor er Q-metodologisk tilnærming valgt som metode. Q-metode fremheves som svært velegnet til å få frem subjektive synspunkt, i tillegg til å være brukersentrert og sensitiv.

Studien vi pågå fra Mai 2018 og frem til Desember 2019 da masteroppgaven planlegges ferdigstilt.

Bakgrunnsopplysninger

Nr. _____

Kjønn

Kvinne Mann

Alder

18-29 30-39 40-49 50-59

Over 60

Sivil status

Gift Ugift Samboer Enke/enkemann

Utdanning

Videregående skole Høyskole/universitet

Høyskole/ universitet 4 år eller mer

Arbeidsforhold

Fast ansatt Midlertidig ansatt Selvstendig næringsdrivende

Arbeidsledig



Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Verdighet og overvekts-kirurgi -pasientens opplevelser gjennom det kirurgiske forløpet

Dette er et spørsmål til deg om å delta i ett forskningsprosjekt der formålet er å få mer kunnskap om hvordan du og andre som gjennomgår overvekts-kirurgi kjenner dere ivaretatt gjennom det kirurgiske forløpet. Vi ønsker å fokusere på hva som hemmer eller fremmer opplevelsen av verdighet og selvrespekt, sett fra deres perspektiv. Som pasient har du erfaringer som vi ønsker at du deler med oss. Vi spør om å delta i studien siden du har planlagt å gjennomføre overvekts-kirurgi, i form av enten Gastric bypass eller Gastric sleeve operasjon. Prosjektet er en del av ett masterstudie i klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høgskolen på Vestlandet

Hva innebærer prosjektet?

Studiet består av to deler. Til sammen 20-30 personer tilknyttet ett eller to sykehus i Norge vil bli spurt om å delta i studien. Del 1 av studien vil bli gjennomført i Januar-Mars 2019 og del 2 vil bli gjennomført i April-Juni 2019. Om du deltar i del 1 av studien står det deg fritt til å delta eller ikke delta i del 2 av studien.

Del 1 består av at du over en tidsperiode på 14 dager noterer i notatbøker tanker og erfaringer du mener kan virke inn på din opplevelse av verdighet. Vi er interessert i dine opplevelser og tanker i forhold til din situasjon og hvordan du opplever det å være pasient, både før under og etter operasjon, sett gjennom dine øyne. Masterstudent/operasjonssykepleier vil informere deg og de andre deltagerne mer utfyllende om dette. Dine og andre deltakeres notater blir anonymisert og analysert. Resultatene fra denne analysen danner utgangspunkt for de utsagn du i del 2 skal forholde deg til. Mer utfyllende informasjon om dette vil du kunne finne i informasjonsskrivet knyttet opp mot bruk av notatboken.

Del 2 går ut på at du individuelt blir spurt om å sortere utsagn. Du sorterer utsagn i fra de utsagn du er mest enig i, til de du er mest uenig i. En prosjektdeltager vil veilede deg på Skype eller telefon når du sorterer utsagnene. Det vil bli gitt mer utfyllende informasjon om fremgangsmåte i forbindelse med at du får tilsendt utsagnene. Etter at utsagnene er sortert ønsker vi, om du tillater det, å gjøre ett etterintervju med deg via Skype eller telefon. Etterintervjuet består av noen få spørsmål da vi ønsker å få økt forståelse for hvorfor du har sortert utsagnene slik du har gjort det. Dersom du tillater det blir etterintervjuet tatt opp på bånd. Alternativt blir etterintervjuet notert skriftlig. Sortering av utsagn og etterintervju tar erfaringsmessig til sammen 1 - 1 ½ time.

I prosjektet vil vi innhente og registrere noen opplysninger om deg. Dette er bakgrunnsopplysninger om aldersgruppe, utdanning, kjønn, sivil status og arbeidserfaring. Bakgrunnsopplysninger vil ikke bli koblet sammen slik at det er mulig å identifisere den enkelte av dere.

Mulige fordeler og ulemper

Din deltagelse innebærer at du i første omgang svarer på undersøkelsens del 1. Du vil ved oppstart av studiens del 2 bli forespurt om videre deltagelse. Del 2 tar erfaringsmessig 1 – 1 ½ time. Vi ønsker også at du svarer på noen bakgrunnsopplysninger om deg selv. Dette vil være til hjelp for senere analyser. Ut over dette anses det ikke å være noen form for ulempe ved at du deltar i studien.

Frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlet datamateriale og bakgrunnsopplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Renate Surèn eller prosjektleder Frode Skorpen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest når prosjektet avsluttes. Prosjektet skal være avsluttet senest 31.12.19.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av NSD (ref:61101/3/AMS) og sykehuset du er tilknyttet.

Vennlig hilsen

Renate Surèn

Frode Skorpen

Masterstudent / Operasjonssykepleier

Prosjektleder og Førsteamanuensis Sjukepleiefag HVL

E-post: Renate.suren@gmail.com

E-post: Frode.skorpen@hvl.no

Mobil: 90068869

Mobil: 40231619

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet



Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Verdighet og overvekts-kirurgi -pasientens opplevelser gjennom det kirurgiske forløpet

Dette er et spørsmål til deg om å delta i ett forskningsprosjekt der formålet er å få mer kunnskap om hvordan du og andre som gjennomgår overvekts-kirurgi kjenner dere ivaretatt gjennom det kirurgiske forløpet. Vi ønsker å fokusere på hva som hemmer eller fremmer opplevelsen av verdighet og selvrespekt, sett fra deres perspektiv. Som pasient har du erfaringer som vi ønsker at du deler med oss. Vi spør deg om å delta i studien siden du har gjennomført overvekts-kirurgi, i form av enten Gastric bypass eller Gastric sleeve operasjon. Prosjektet er en del av ett masterstudie i klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskolen på Vestlandet

Hva innebærer prosjektet?

Studiet består av to deler. Til sammen 20-30 personer tilknyttet ett eller to sykehus i Norge vil bli spurt om å delta i studien.

Du blir forespurt om å delta i studiens del 2. Del 2 går ut på at du individuelt blir spurt om å sortere utsagn. Du sorterer utsagn i fra de utsagn du er mest enig i, til de du er mest uenig i. En prosjektdeltager vil veilede deg på Skype eller telefon når du sorterer utsagnene. Det vil bli gitt mer utfyllende informasjon om fremgangsmåte i forbindelse med at du får tilsendt utsagnene. Etter at utsagnene er sortert ønsker vi, om du tillater det, å gjøre ett etterintervju med deg via Skype eller telefon. Etterintervjuet består av noen få spørsmål da vi ønsker å få økt forståelse for hvorfor du har sortert utsagnene slik du har gjort det. Dersom du tillater det blir etterintervjuet tatt opp på bånd. Alternativt blir etterintervjuet notert skriftlig. Sortering av utsagn og etterintervju tar erfaringsmessig til sammen 1 - 1 ½ time.

I prosjektet vil vi innhente og registrere noen opplysninger om deg. Dette er bakgrunnsopplysninger om aldersgruppe, utdanning, kjønn, sivil status og arbeidserfaring. Bakgrunnsopplysninger vil ikke bli koblet sammen slik at det er mulig å identifisere den enkelte av dere.

Mulige fordeler og ulemper

Din deltagelse innebærer at du svarer på undersøkelsens del 2. Deltagelse tar erfaringsmessig 1 – 1 ½ time. Vi ønsker også at du svarer på noen bakgrunnsopplysninger om deg selv. Dette vil være til hjelp for senere analyser. Ut over dette anses det ikke å være noen form for ulempe ved at du deltar i studien.

Frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlet datamateriale og bakgrunnsopplysninger, med mindre opplysningene allerede er

inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Renate Surèn eller prosjektleder Frode Skorpen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenningende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest når prosjektet avsluttes. Prosjektet er planlagt avsluttet senest 31.12.19.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent hos NSD (ref:61101/3/AMS) og sykehuset du er tilknyttet.

Vennlig hilsen

Renate Surèn

Masterstudent / Operasjonssykepleier

E-post: Renate.suren@gmail.com

Mobil: 90068869

Frode Skorpen

Prosjektleder og Førsteamanuensis Sjukepleiefag HVL

E-post: Frode.skorpen@hvl.no

Mobil: 40231619

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet



Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet - Verdighet og overvekts-kirurgi

Dette er et spørsmål til deg om å delta i ett forskningsprosjekt der formålet er å få økt kunnskap om pasientens opplevelser i forbindelse med det å gjennomgå kirurgi for overvekt. Hovedfokus er på hva som hemmer eller fremmer opplevelsen av verdighet og selvrespekt. Vi spør deg om å delta i studien siden du har erfaringer med å gi omsorg og pleie til pasienter som gjennomgår overvekts-kirurgi. Prosjektet er en del av ett masterstudie i klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskolen på Vestlandet.

Hva innebærer prosjektet?

Studiet består av to deler. Til sammen 20-30 personer, både pasienter og personale tilknyttet ett eller to sykehus i Norge vil bli spurt om å delta i studien.

Du blir forespurt om å delta i studiens del 2. Del 2 går ut på at du individuelt blir spurt om å sortere utsagn. Du sorterer utsagn i fra de utsagn du er mest enig i, til de du er mest uenig i. Tidspunkt for sortering vil bli avtalt med din leder og masterstudent vil gi utdypende informasjon i forkant av sorteringen. Etter at utsagnene er sortert ønsker jeg, om du tillater det, å stille deg noen få spørsmål om hvorfor du har sortert utsagnene slik du har gjort det. Alternativt gjør du noen notater skriftlig etter at du har sortert utsagnene. Du vil da få en mer detaljert beskrivelse når du skal gjøre sorteringen. Sortering av utsagn og etterintervju tar erfaringsmessig til sammen 1 time.

Mulige fordeler og ulemper

Din deltagelse innebærer at du svarer på undersøkelsens del 2. Deltagelse tar erfaringsmessig 1 time. Ut over dette anses det ikke å være noen form for ulempe ved at du deltar i studien.

Frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlet datamateriale, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Renate Surèn eller prosjektleder Frode Skorpen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest når prosjektet avsluttes. Anonymisert data vil bli benyttet for ferdigstilling av mastergradsoppgaven. Mastergradsoppgaven er planlagt ferdigstilt innen 01.06.20.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent hos NSD (ref:61101/3/AMS) og sykehuset du er tilknyttet.

Vennlig hilsen

Renate Surèn

Masterstudent / Operasjonssykepleier

E-post: Renate.suren@gmail.com

Mobil: 90068869

Frode Skorpen

Prosjektleder og Førsteamanuensis Sjukepleiefag HVL

E-post: Frode.skorpen@hvl.no

Mobil: 40231619

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 12 Postintervju – skriftlig

Etter du har sortert ferdig utsagnene ønsker jeg å stille deg noe få spørsmål som jeg håper du kan svare på.

1. Hvorfor er du mest enig i utsagnene du har plassert på +4 og +3?

2. Hvorfor er du mest uenig i utsagnene du har plassert på -4 og -3?

3. Er det noe annet du mener er viktig å få frem?



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Henriette Snilsberg	Telefon: 22845531	Vår dato: 30.05.2018	Vår referanse: 2018/773 REK sør-øst B
			Deres dato: 20.03.2018	Deres referanse:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Frode Skorpen
Høgskulen på Vestlandet

2018/773 Verdighet og overvekts-kirurgi pasientens opplevelser gjennom det kirurgiske forløpet

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 24.04.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet
Prosjektleder: Frode Skorpen

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Formål med studien er å få økt kunnskap om hvordan pasienter som gjennomgår fedme-kirurgi opplever at møtet med helsepersonell påvirker deres verdighet. Metodisk tilnærming er Q-metodologi hvor målet er å identifisert allmenne og individuelle synspunkter om hva som hemmer eller fremmer deres verdighet i det kirurgiske forløpet. Pasienter noterer i dagbøker egne erfaringer knyttet til å være pasient. Dagboknotatene vil danne grunnlag for et instrument (Q instrumentet) som består av enkeltstående kort med et utsagn på hver kort. Deltagere i sorterer deretter kortene i en på forhånd gitt matrise, hvor en fordeler utsagnene etter hva de opplever seg mest eller minst enige i forhold til. Resultatene analyseres statistisk. Funnt i fra denne studien vil kunne gi helsearbeidere økt forståelse for hvordan en skal møte pasienter som er inne til overvekts-kirurgi. Denne kunnskap vil kunne bidra til at pasientene erfarer at deres verdighet blir ivarett gjennom det kirurgiske forløp,

Komiteens vurdering

Formålet med prosjektet, slik det fremkommer av søknad og protokoll, er å få økt kunnskap om hvordan pasienter som gjennomgår fedme-kirurgi opplever at møtet med helsepersonell påvirker deres verdighet.

Det er opplevelsen til pasientene som står i fokus for forskningsprosjektet, og prosjektet har etter REKs vurdering ikke som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Av den grunn faller prosjektet det her søkes om utenfor virkeområdet til helseforskningsloven.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter eller benytter helseopplysninger.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff



Frode Skorpen
Postboks 1064
5407 STORD

Vår dato: 16.07.2018

Vår ref: 61101 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 12.06.2018 for prosjektet:

61101	<i>Verdighet og overvekts-kirurgi. Pasientens opplevelser gjennom det kirurgiske forløpet.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Frode Skorpen</i>
<i>Student</i>	<i>Renate Surèn</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.06.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Notat

Til:
Anette Musum

Fra:
Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:
Klinikkjef Erna Harboe, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 02.11.2018
Arkivref: 2018/5328 - 100547/2018

Godkjent masterprosjekt - MA165

Masterprosjektet: «Verdighet og overvekts-kirurgi. Pasientens opplevelse gjennom det kirurgiske forløpet.»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet er vurdert av forskningsansvarlig og registrert i vår database med intern id: MA165.

De nødvendige tillatelser foreligger og basert på disse og forskningsprotokollen godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Som ved alle forskningsprosjekter minner vi om at:

- Ved endringer må endringsmelding sendes Forskningsavdelingen.
- Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt.

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. En kort rapport med sluttdato sendes forskning@sus.no når prosjektet er avsluttet.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sykehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.



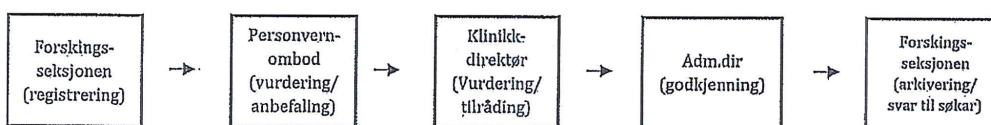
Siste revisjon 25.09.2018

SØKNAD OM GODKJENNING AV INNHENTING AV DATA

Utfylt og signert skjema skal sendast Seksjon for forskning og innovasjon

Til:
Seksjon for forskning og innovasjon
Helse Fonna HF
Postboks 2170
N-5504 Haugesund

Leiar: Anne Lise Kvalevaag, anne.lise.kvalevaag@helse-fonna.no
Forskningsassistent: Helge Børresen, helge.borresen@helse-fonna.no



NBI Kvite felt skal fyllast ut (på pc før utskrift eller på papir). Hugs signatur nederst.

1 Forskningsansvarleg institusjon			
Høgskulen på Vestlandet			
2 Prosjektleiar			
Namn	Frode Skorpen	PhD?	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Yiss nei, anna kompetanse?
Arbeidsstad/ adresse	Høgskulen på Vestlandet	E-post	Frode.skorpen@hvl.no
Stipendiat <input type="checkbox"/>	Renate Surén	Arbeidssted	Helse-Fonna, Haugesund Sjukehus
Masterstudent <input checked="" type="checkbox"/>		E-post	Renate.suren@gmail.com
3 Prosjektittittel			
Verdighet og overvekts-kirurgi. Pasientens opplevelser gjennom det kirurgiske forløpet			
4 Helse Fonnas rolle			
Beskriv behov for assistanse ved innhenting av data			
I forbindelse med min masteroppgave trenger jeg å rekruttere informanter som kan delta i studien. Det jeg primært trenger er en kontaktperson/sykepleier som kan hjelpe meg litt med å formidle informasjon til aktuelle pasienter som skal inn til operasjons for overvekt.			
5 Etsiske forhold og oppbevaring av data (personopplysningar)			

Helse Fonna
P.Boks: 2170
5504 Haugesund
Foret.nr: 983 974 694
Bank: 5082.08.47218

Kontaktinfo:
Sentralbord: 05253
Telefaks: 52 73 20 02
post@helse-fonna.no
www.helse-fonna.no

Fakturaadresse:
Helse Fonna HF
Regnskap, P.Boks 2170
5504 Haugesund
Tlf: 05253

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei, viser til endringsmelding registrert hos personvernombudet 1.5.2019.

Vi har nå registrert at ny dato for prosjektslutt er 30.12.2019, og at utvalget informeres om dette.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Mvh,

--

Håkon Jørgen Tranvåg
Rådgiver | Adviser
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services
T: (+47) 55 58 20 43

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen
T: (+47) 55 58 21 17
postmottak@nsd.no www.nsd.no

Figur 1 Q-utvalg basert på Fisher balanced block design

Q-utvalg basert på Fisher balanced block design

Effekter	Nivåer				Celler
	(c) Holdninger i samfunnet	(d) Framtiden	(e) Personalet positive	(f) Personalet negative	4 x 8
(A) Hemmer verdighet	Ac 4 Utsagn	Ad 4 Utsagn	Be 8 Utsagn	Af 8 Utsagn	16 Utsagn
(B) Fremmer Verdighet	Bc 4 Utsagn	Bd 4 utsagn			16 Utsagn

Tabell 1 Korrelasjon mellom faktorene

	Faktor 1	Faktor 2
1	1.0000	0.0244
2	0.0244	1.0000

Tabell 2 Faktorladinger

Faktorladinger med X merker sorteringer som definerer faktoren

Q-SORT	Faktor 1	Faktor 2
Ada	0.8338X	-0.2175
Berit	0.9067X	-0.0468
Oda	0.7694X	0.0342
Jenny	0.0177	0.9745X
Jonas	0.7840X	0.1440
Anne	0.8425X	0.1192
Britt	0.8989X	-0.0762
Maria	0.7702X	0.2901

Tabell 3 Faktor reliabilitet

Tabell 3: Faktor reliabilitet

	Faktor 1	Faktor 2
Antall personer som lader på faktoren	7	1
Gjennomsnittlig faktor-reliabilitet	0.800	0.800
Sammensatt reliabilitet	0.966	0.800
Standard feil (SE) av faktorladinger	0.186	0.447

Tabell 4 Fremtredende utsagn faktor 1

Faktor 1 – Fremtredende utsagn

22	Jeg opplevde absolutt verdighet i møte med lege og sykepleier i forkant av operasjon	+ 4
3	God informasjon om det som skal skje på sykehuset gjør meg trygg	+ 4
4	Jeg opplevde møtet med helsepersonell på sykehuset som meget bra, jeg ble godt mottatt	+ 3
20	Å ha en god plan for oppfølging når jeg kommer hjem er viktig	+ 3
14	Når jeg kjenner tillit til helsepersonellet kjenner jeg meg trygg og ivaretatt	+ 3
28	Å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt er viktig for min opplevelse av å kjenne meg verdsatt	+ 2
15	At pleiepersonalet passer på hele tiden oppleves som trygghet	+ 2
17	Det er utrolig viktig å få oppfølging i forhold til det psykiske	+ 2
25	Jeg opplevde at personalet så på meg som en helt vanlig pasient uavhengig av hvilken type operasjon jeg hadde vært igjennom	+ 2
11	Når de som skal hjelpe meg tilsynelatende er perfekte forsterkes følelsen av å være mislykket	- 2
19	Jeg opplevde det som vanskelig å snakke med helsepersonell om min egen overvekt	- 2
12	For meg virker det som vi er en nedprioritert pasientgruppe	- 2
8	Jeg synes det var slitsomt å bli møtt av helsepersonell som ikke kunne gi meg informasjon som var viktig for meg	- 2
18	Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte	- 3
13	Jeg synes det var liten oppfølging etter operasjon, har kjent meg litt alene	- 3
24	Jeg opplever at jeg er mindre verdt fordi jeg er overvektig	- 3
27	Jeg opplever at personalet formidler holdninger om at overvekt er selvforskyldt og vanskelig å gjøre noe med	- 4
10	Min erfaring er at helsepersonell har forlite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg	- 4

Tabell 5 Fremtredende utsagn faktor 2

Faktor 2 – Fremtredende utsagn

2	Jeg fikk følelsen av å være usynlig og ett nummer i rekken og det opplevdes krenkende	+ 4
27	Jeg opplever at personalet formidler generelle holdning om at overvekt er selvforskyldt og vanskelig å gjøre noe med	+ 4
10	Min erfaring er at helsepersonell har forlite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg	+ 3
28	Å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt er viktig er viktig for min opplevelse av å kjenne meg verdsatt	+ 3
31	Det er viktig å bli sett som ett helt menneske bak alle sykdomssymptomer	+ 3
3	God informasjon om det som skal skje på sykehuset gjør meg trygg	+ 2
13	Jeg synes det var liten oppfølging etter operasjonen, har kjent meg litt alene	+ 2
18	Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte	+ 2
26	Å dele rom med andre i samme situasjon gir følelse av samhörighet	+ 2
9	Jeg er redd for at vennene mine vil se på operasjon som en lett vei til å bli slankere	- 2
4	Jeg opplevde møtet med helsepersonell på sykehuset som meget bra, jeg ble godt mottatt	- 2
5	Fedmeoperasjon er ett ord jeg ikke er så komfortabel med	- 2
32	Tross alt jeg har vært igjennom er jeg glad for det	- 2
19	Jeg opplevde det som vanskelig å snakke med helsepersonell om min egen overvekt	- 3
24	Jeg opplever at jeg er mindre verdt fordi jeg er overvektig	- 3
11	Når de om skal hjelpe meg tilsynelatende er perfekte forsterkes følelsen av å være mislykket	- 3
12	For meg virker det som vi er en nedprioritert pasientgruppe	- 4
25	Jeg opplevde at personalet så på meg som en helt vanlig pasient uavhengig av hvilken type operasjon jeg hadde vært igjennom	- 4

Tabell 6 Utsagn som skiller faktor 1 og 2

Utsagn som skiller faktor 1 og 2 – Distinguishing statements

**indikerer signifikans $P < 0.1$*

22*	Jeg opplevde absolutt verdighet i møte mellom lege og sykepleier i forkant av operasjon	4, 0
4*	Jeg opplevde møtet med helsepersonell på sykehuset som meget bra, jeg ble godt mottatt	3, -2
25*	Jeg opplevde at personalet så på meg som en helt vanlig pasient uavhengig av hvilken type operasjon jeg hadde vært igjennom	2, -4
29	Jeg opplevde det som godt å møte andre i samme situasjon som meg, det gav meg følelse av ikke å være alene	1, -1
32*	Tross alt jeg har vært igjennom er jeg glad for det	1, -2
2*	Jeg fikk følelsen av å være usynlig og ett nummer i rekken og det opplevdes krenkende	-1, 4
8*	Jeg synes det var slitsomt å bli møtt av helsepersonell som ikke kunne gi meg informasjon som var viktig for meg	-2, 1
18*	Jeg har overhørt dialoger der personalet har snakket om min overvekt på en nedlatende måte	-3, 2
13*	Jeg synes det var liten oppfølging etter operasjonen, har kjent meg litt alene	-3, 2
27*	Jeg opplever at personalet formidler holdninger som at overvekt er selvforskyldt og vanskelig å gjøre noe med	-4, 4
10*	Min erfaring er at helsepersonell har for lite kunnskaper om overvekt og de problemene det fører med seg	-4, 3

Tabell 7 Sammenfallende utsagn faktor 1 og 2

Sammenfallende utsagn for faktor 1 og 2 - consensus statements

24	Jeg opplever at jeg er mindre verdt fordi jeg er overvektig	- 3, - 3
1	Jeg opplevde at personalet på sykehuset hadde det veldig travelt, de hastet forbi og hadde dårlig tid	- 1, - 1
23	Jeg kjente meg sårbar og avhengig av personalet i oppvåkingsfasen	0, 0
21	Jeg føler meg som en som har jukset med å slanke meg og ikke kjempet og lidd, men jeg har jo det på min måte	- 1, - 1
6	Jeg har mange tanker om fremtiden og er veldig redd og engstelig for å bli som jeg var før	0, 0
30	Jeg synes det er vanskelig å bli omtalt som den slankeopererte	0, 0
26	Å dele rom med andre i samme situasjon gir følelse av samhørighet	1, 2
28	Å bli behandlet med vennlighet og bli sett og hørt er viktig for min opplevelse av å kjenne meg verdsatt	2, 3
7	Jeg har vært redd for hva andre tenker om meg fordi jeg er overvektig	0, - 1
11	Når de som skal hjelpe meg tilsynelatende er perfekte forsterkes følelsen av å være mislykket	- 2, - 3