

# Sykepleier og pasienten med sykkelig fedme

*Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom sykepleier og pasienter med sykkelig fedme?*

Kandidatnummer: 766 & 884

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave

i BSY-500

Antall ord: 8 817

Dato: 02.01.2024



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 02.01.24
<p>Tittel: Sykepleier og pasienten med sykkelig fedme</p>	
<p><u>Innledning:</u> Tema for oppgaven er personsentrert sykepleie til pasienter med sykkelig fedme. Andelen mennesker med fedme øker på nasjonal- og verdensbasis. Forskning viser at mennesker med fedme opplever stigmatisering i samfunnet, også i møte med helsevesenet. Sykepleier-pasient-relasjonen er elementær for pasientens opplevelse av psykososial støtte og for opplevelsen av sykdom og behandling. Oppgavens hensikt er å bedre forstå hva som kan fremme eller hemme personsentrert sykepleie til pasientene ved å utforske hvilke faktorer som påvirker samhandlingen mellom sykepleier og pasienter med sykkelig fedme.</p> <p><u>Metode:</u> Metoden generell litteraturstudie er benyttet for å besvare problemstillingen. Ett søk ble gjennomført i databasen CINAHL. Fem artikler innen gitte inklusjons- og eksklusjonskriterier ble utvalgt. Hovedfunnene i studiene ble diskutert opp mot fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen.</p> <p><u>Resultat:</u> Kvalitet og tilgjengelighet på tilpasset utstyr påvirket pasientene og sykepleierne, og samhandlingen dem imellom. Kommunikasjonen var av stor betydning for samhandlingen. Holdninger og kunnskap påvirket samhandlingen.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Hovedfunnene ble diskutert opp mot rammeverket Person-centred Practice Framework og øvrig forsknings- og faglitteratur. Styrker og svakheter ved valgt metode og utvalgte artikler diskuteres.</p>	

(Totalt antall ord: 188)

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Hensikt og problemstilling .....	6
1.3 Avgrensning.....	6
1.4 Begrepsavklaring .....	7
<b>2 Bakgrunn</b> .....	<b>8</b>
2.1 Fedme.....	8
2.1.1 KMI og klassifisering av fedme .....	8
2.1.2 Årsakssammenhenger.....	8
2.1.3 Sykdom og risiko relatert til fedme .....	9
2.1.4 Fedme og psykisk helse.....	10
2.2 Å oppleve akutt og kritisk sykdom med sykkelig fedme .....	11
2.3 Personsentrert sykepleie .....	12
2.3.1 Personsentrerte prosesser og pasientens tilfredshet.....	12
2.3.2 Sykepleierens forutsetninger .....	13
2.3.3 Personsentrerte omgivelser og arbeidsmiljø.....	14
2.4 Lovverk, etikk & yrkesetiske retningslinjer .....	15
<b>3 Metode</b> .....	<b>16</b>
3.1 Generell litteraturstudie.....	16
3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	16
3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur .....	19
<b>4 Resultater</b> .....	<b>20</b>
4.1 Presentasjon av artiklene i matrise .....	20
4.2 Syntese av resultatene.....	23
<b>5 Diskusjon</b> .....	<b>24</b>
5.1 Resultatdiskusjon.....	24
5.1.1 Utstyr og fysisk arbeidsmiljø .....	24
5.1.2 Kommunikasjon .....	27
5.1.3 Holdninger.....	30
5.1.4 Kunnskap.....	31
5.2 Metodediskusjon.....	32
5.2.1 Generell litteraturstudie .....	32
5.2.2 Gjennomført litteratursøk .....	33
5.2.3 Styrker og svakheter ved inkluderte artikler .....	33
<b>6 Konklusjon</b> .....	<b>35</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>36</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>42</b>

## Forord

Arbeidet med bacheloroppgaven startet våren 2023 i emnet *BSY-402 Prosjektplanlegging*, som gikk over tre uker. I arbeidet med vår prosjektbeskrivelse (kandidatnummer 517 & 588) utformet vi problemstillingen for vår oppgave. Prosjektbeskrivelsen inneholdt bakgrunn for valg av tema, beskrivelse av søkene vi gjorde da, og presentasjon av artikler. Det vil derfor være likheter i vår prosjektbeskrivelse (*Eget arbeid, 2023*) og denne bacheloroppgavens innledning, bakgrunn og resultater. (*Eget arbeid, 2023*) og denne litteraturstudien inneholder én lik forskningsartikkel. Da vi i bacheloremnet i høst fikk supplerende undervisning, individuelle veiledninger og følgelig økt kunnskap om litteraturstudie og akademisk skrijving, ble det gjort betydelige endringer for oppgavens oppsett og planlagte innhold. Dette da vi så at prosjektbeskrivelsen hadde forbedringspotensial i sin utforming. Prosjektbeskrivelsen regnes ikke som et grunnlag for vår oppgave, men heller som en innføring i emnet BSY-500 og en stor hjelp til utformingen av problemstillingen vår.

# 1 Innledning

I innledningen forklares bakgrunn for valg av tema “personsentrert sykepleie til pasienter med sykkelig fedme” og sykepleiers behov for dybdekunnskap for tematikken. Litteraturstudiens hensikt og problemstilling presenteres, samt avgrensning og presisering av problemstillingen.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er andelen mennesker med fedme på verdensbasis nesten tredoblet siden 1975. Tall fra 2016 anslo at 39 % av verdens voksne befolkning hadde overvekt, og 13 % hadde fedme. Dette tilsvarte henholdsvis 1,9 milliarder og 650 millioner mennesker. Størsteparten av verdens befolkning lever i land der overvekt og fedme er en hyppigere dødsårsak enn undervekt (WHO, 2021). Forekomsten av overvekt og fedme i Norge har hatt en betydelig økning de siste tiårene, og om lag én av fem voksne har fedme (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 159). Ifølge tall fra Folkehelseinstituttet (Meyer & Bergh, 2023) har anslagsvis 6,8 % menn og 8,2 % kvinner i Norges voksne befolkning fedme grad 2 eller 3, som er de høyeste gradene fedme. Nærere halvparten av disse anslås å ha sykkelig fedme (Meyer & Bergh, 2023). Over tid øker fedme risikoen for en rekke sykdommer, psykiske plager, mistrivsel og stigmatisering (Meyer & Bergh, 2023). Tall fra World Obesity Federation viser til at innen 2035 vil den globale samfunnskostnaden knyttet til overvekt og fedme overgå 4 milliarder dollar, det tilsvarer omtrent 40,7 milliarder norske kroner (World Obesity Atlas, 2023, s. 10). Pasienter med sykkelig fedme finnes i alle helseinstitusjoner, og på alle sengeposter innad i sykehus.

Forskning viser at pasienter med fedme kan ha negative opplevelser i møtet med helsevesenet (Mold & Forbes, 2011, s. 122). Studier viser at mennesker med fedme opplever stigmatisering og fordømmelse i dagliglivet, og i møtet med helsepersonell (Mold & Forbes, 2011, s. 128). Sykdom kan medføre opplevelser av utrygghet, ufrihet, sårbarhet og meningsløshet. I tillegg kan pasienter oppleve lidelse som ikke bare skyldes smerter eller ubehag, men også erfaringene de får i relasjon til pleiepersonalet når de opplever at fysiske behov ikke ivaretas, verdigheten deres krenkes og personalet viser manglende kompetanse (Stubberud, 2013, s. 22). Vonde opplevelser kan bidra til at tilliten til helsevesenet svekkes. Flere studier viser at

dårlige erfaringer i møtet med helsevesenet kan medføre at personer med fedme kvier seg for å oppsøke helsehjelp igjen. Det kan føre til at den sykdomsutsatte gruppen unngår viktige undersøkelser og behandlinger (Mold & Forbes, 2011, s. 122-123).

Av størst betydning for pasientens opplevelse ved en innleggelse, er relasjonen til sykepleier. Ved akutt eller kritisk sykdom vil de psykososiale konsekvensene påvirkes av sykepleiers evne til å gi psykososial støtte (Stubberud, 2013, s. 21). Sykepleier-pasient-relasjonen skal baseres på god kommunikasjon og gjensidig tillit. Tilrettelagt psykososial omsorg kan styrke mestring og redusere opplevd smerte (Eriksen, 2022, s. 730) Egne erfaringer fra arbeid og praksis har vist oss at pleie til pasienter med sykkelig fedme byr på praktiske og fysiske utfordringer, som har innvirket på samhandlingen med pasienten. Vi har erfart møtet med pasientene som emosjonelt vanskelig, da vi har tenkt at den helhetlige ivaretagelsen av pasienten svikter, på tross av et team som gjør så godt de kan. Det er behov for økt kunnskap, slik at pasientene kan få personsentrert og forsvarlig helsehjelp.

## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med litteraturstudien er å belyse hva forskningslitteratur sier om hva som kan fremme eller hemme personsentrert sykepleie til pasienter med sykkelig fedme.

Problemstillingen som søkes besvart er:

*Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom sykepleier og pasienter med sykkelig fedme?*

## **1.3 Avgrensning**

Bacheloroppgaven vil dreie seg om personsentrert sykepleie, - om hva som påvirker sykepleiers ivaretagelse av pasientens psykososiale behov ved en sykehusinnleggelse. Da det ønskes å utforske hva forskningslitteratur sier om samhandlingen, søkes problemstillingen besvart fra både pasientens- og sykepleierens perspektiv. Pasientene det ønskes mer kunnskap om er pasientene med sykkelig fedme, og sykepleierne skal ha erfaring med å gi pleie til disse pasientene. Innleggelsene kan være på ulike sykehusavdelinger. Barn og gravide ekskluderes, da disse pasientmøtene reiser andre spørsmål i henhold til sykepleiers formål og etiske vurderinger. Innleggelse direkte relatert til pasientens eget ønske om vektnedgang

ekskluderes, da det kan tenkes at forskjellene i konteksten for samhandlingen vil spille inn på resultatene, og ikke være representative for andre sykehusinnleggelser.

## 1.4 Begrepsavklaring

### Samhandling

Samhandling som begrep brukes i denne studien om interaksjonen mellom sykepleier og pasient. Samhandling eller interaksjon oppstår når to mennesker og konteksten rundt disse to gjensidig påvirker hverandre. Interaksjon avhenger dermed av kommunikasjon, men også av kontekst, som vil si sammenhengen eller situasjonen de står i (Heyn, 2022, s. 248).

### Pasienten med sykelig fedme

Et menneskes vektstatus defineres ved hjelp av kroppsmasseindeks (KMI). KMI utregnes ved å dele kroppsvekt med kroppshøydens kvadrat,  $\text{kg}/(\text{høyde} \times \text{høyde})$ . Fedme defineres som en KMI over eller lik  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ . (WHO, 2021; Meyer & Bergh, 2023). Fedme grad 2 tilsvarer  $\text{KMI} \geq 35$  og fedme grad 3 tilsvarer  $\text{KMI} \geq 40$ . FHI definerer fedme grad 3 som sykelig fedme. Fedme grad 2 med tilstedeværelse av en eller flere følgesykdommer inngår i definisjonen (Meyer & Bergh, 2023). Det er hovedsakelig disse pasientene oppgaven vil dreie seg om. Pasienten med sykelig fedme vil også omtales som «pasienten».

## **2 Bakgrunn**

### **2.1 Fedme**

Fedme er en kronisk sykdom som skyldes en høy kroppsfettmasse, som vil gi økt risiko for en rekke andre kroniske sykdommer (WHO, 2021).

#### **2.1.1 KMI og klassifisering av fedme**

Som nevnt i begrepsavklaring, avgjøres et menneskes vektstatus ved hjelp av KMI-utregning. Svakheten ved KMI alene, er at det ikke skilles mellom muskelmasse og fettmasse, i tillegg til at det ikke kartlegges hvor fett er lokalisert (Thoresen et al., 2019, s. 250). Kroppens fettfordeling vil variere fra person til person, og kan også variere i utseendemessig uttrykk. Midjemål vil være en viktig del av helsevurderingen ved fedme, da det gir et klarere bilde av fordelingen av kroppsfett, blant annet innvollsfett. Kvinner med midjemål over 88 cm og menn med midjemål over 102 cm har bukfedme (Meyer & Bergh, 2023). Innvollsfett vurderes å være mer helseskadelig enn underhudsfett. Høyere grad av innvollsfett medfører økt risiko for utvikling av livsstilssykdommer, samt økt dødelighet (Thoresen et al., 2019, s. 250; Meld. St. 19 (2014-2015), s. 159).

#### **2.1.2 Årsakssammenhenger**

En langvarig ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk kan resultere i overvekt og fedme (Holm & Kristensen, 2018, s. 385; Thoresen et al., 2019, s. 252). Det kan være flere årsaker tilknyttet livsstil, arv og miljø, bak ubalansen. Årsaker kan være sammensatte og opptre i kombinasjon med hverandre. Genetiske faktorer, trolig tilknyttet en rekke fysiologiske og metabolske reguleringsmekanismer, kan påvirke utviklingen av overvekt og fedme (Aadland, 2018, s. 119). Fedme kan være et symptom ved somatisk sykdom, som Cushings syndrom (Berg, 2019, s. 382) og polycystisk ovarialsyndrom (Kristoff, 2019, s. 414). Ulike medikamentelle behandlinger kan gi betydelig økning i både appetitt og vekt (Meld. St. 19 (2014-2015), s.159). Dette er en kjent bivirkning ved bruk av blant annet mange typer antipsykotika (Spigset, 2018, s. 215). Kortison og kortisol vil kunne gi bivirkninger som ved Cushings syndrom, i form av økt fett rundt både nakke og mage (Jenssen & Berg, 2018, s. 254).



Fedme kan ha sammenheng med spiseforstyrrelser og avhengighetsproblematikk (Holm & Kristensen, 2022, s. 386). Overspisingslidelse kjennetegnes av manglende kontroll over eget matinntak (Skårderud, 2021, s. 148). Denne mekanismen kan brukes for å mestre følelsesmessige vanskeligheter, og kan føre til alvorlig vektproblematikk (Håkonsen, 2017, s. 326). Tall fra organisasjonen ROS – rådgivning om spiseforstyrrelser, tilsier at omkring 40% av mennesker som lever med fedme vil passe kriteriene for overspisingslidelse (ROS, u.å.). Fedme kan også være en konsekvens av tidligere opplevde traumer. En studie, der deltakere hadde sykkelig fedme, viste at 91% hadde opplevd minimum én vesentlig, belastende livshendelse (Stranden et al., 2020, s. 7). Livsbelastende hendelser fra barndommen vil øke sannsynligheten for utvikling av fedme i voksen alder med 20-50% (Thomas et al., 2008, s. 1240).

Fedme skyldes sjelden en enkelt utløsende årsak, men vil forekomme ved et komplekst samspill mellom ulike risikofaktorer (Holm & Kristensen, 2022, s. 386; Thoresen, 2019, s. 249).

### **2.1.3 Sykdom og risiko relatert til fedme**

I Norge gir usunt kosthold flest tapte leveår på grunn av tidlig død (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 145). Høy KMI medvirker til anslagsvis 2 800 årlige dødsfall i Norge (Meyer & Bergh, 2023). Mennesker med fedme vil ha økt risiko for en rekke sykdommer som hypertensjon, koronar hjertesykdom, obstruktiv søvnapné, diabetes mellitus 2 og slag (Meyer & Bergh, 2023). Diabetes mellitus 2 eller insulinresistens hos mennesker med fedme gir en økt risiko for å få metabolsk syndrom, som igjen gir en forhøyet risiko for utvikling av blant annet hjerte- og karsykdommer (Thoresen et al., 2019, s. 250-251). Kvinner med fedme vil også kunne oppleve infertilitet som en konsekvens av vekten (Thoresen et al., 2019, s. 249). Økt fettvev kan gi en forhøyet risiko for en rekke typer kreft (Kreftforeningen, u.å.).

Høy kroppsvekt vil gi ytterligere belastning på ledd og muskler, og kan resultere i slitasjegikt i knær og hofter. Å holde seg i bevegelse generelt vil kunne oppleves anstrengende, også ytterligere anstrengende for pasientens respirasjon (Thoresen et al., 2019, s. 248).

#### **2.1.4 Fedme og psykisk helse**

Redusert fysisk allmenntilstand som følge av fedme over tid, vil kunne påvirke individets psykiske helse og livskvalitet (Thoresen et al., 2019, s. 249). Studier viser til at mellom 20 % og 60 % av mennesker med fedme har psykiske lidelser som angst, depresjon, spiseforstyrrelser og rusmisbruk (Sarwer & Polonsky, 2016, s. 2-3).

Vårt selvbilde, vil være relativt stabilisert over tid og vil ofte være uavhengig av situasjonen man befinner seg i. De aller fleste vil derfor ha et enten overveiende positivt eller negativt syn på seg selv (Håkonsen, 2014, s. 184). Pasienter som har lider av fedme, vil kunne oppleve at deres selvbilde blir påvirket av fedmen og følgeplager. Dette kan gjøre det vanskelig å se egne positive egenskaper (Sarwer & Polonsky, 2016, s. 4). Emosjonelt stress er vanlig (Hemmingsson, 2014, s. 16). Fysiske og emosjonelle plager knyttet til egen vekt, kan i noen tilfeller føre til et ønske om å isolere seg fra omverdenen. En studie viser til at pasienter med sykkelig fedme kan oppleve ensomhet og mangel på sosial støtte i hverdagen (Hörchner et al., 2002, s. 865).

Ved utsettelse for belastende livshendelser i barndommen, vil man ikke bare være utsatt for å utvikle fedme, men også ensomhet og sosial isolasjon (Gonzalez, 2020, s. 237).

I arbeidslivet kan pasienter med fedme oppleve at vekten påvirker deres evne til å utføre arbeidsoppgaver. Ved alvorlig fedme kan det bli aktuelt med sykemelding, grunnet komorbiditet, manglende evne til å utføre arbeidsoppgaver eller vanskeligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen (Helsedirektoratet, 2016). Videre vil stigmatisering i samfunnet og generelle negative stereotypier kunne ha en innflytelse på muligheten for ansettelse (Dahl et al., 2010, s. 71). Stigmatiseringen innebærer at man blir møtt av andre på en måte der forutinntatte oppfatninger og forventninger står i veien for å se individuelle egenskaper (Ingstad, 2021, s. 37-38). Mennesker med psykiske lidelser og mennesker med sykdommer som medfører utseendemessige endringer kan oppleve slik stigmatisering (Ingstad, 2021, s. 37). Pasienter med fedme sin opplevelse av stigmatisering i samfunnet grunnet egen vekt, vil kunne utvikle negative tanker rundt både egen fysikk og egenskaper som menneske. Følelsen av maktesløshet og ydmykelse, i tillegg til negative tanker om seg selv, vil være potensielle konsekvenser av stadig utsettelse for stigmatisering fra omverdenen (Mold & Forbes, 2013, s. 122; World Obesity Federation, u.å.).

## 2.2 Å oppleve akutt og kritisk sykdom med sykkelig fedme

Et menneske med sykkelig fedme har levd med tilstanden og eventuelle symptomer over en lengre periode. Kroniske sykdommer kan utvikle seg til kritisk sykdom. Innleggelsesårsaker ved somatiske sykehus kan ha bakgrunn i inntredelse av akutt eller kritisk sykdom, eller en kombinasjon av disse. Kritisk sykdom betegner en tilstand som er svært alvorlig, der pasienten har svikt i ett eller flere livsviktige organer (Stubberud, 2013, s. 17). Akutt somatisk sykdom inntreffer raskt, og i definisjonen inngår hjerteinfarkt, hjerneslag, akutt nyreskade og ulike kreftsykdommer (Stubberud, 2013, s. 17), sykdommer med økt risiko ved fedme.

Sykepleieren må se sykdommen i sammenheng med livssituasjonen til pasienten for å kunne forholde seg til pasientens sykdomsopplevelse (Stubberud, 2013, s. 15). Hvordan en pasient med sykkelig fedme opplever sin sykdomssituasjon, vil være individuelt. Hvilke konsekvenser sykdommen får for pasientens psykososiale behov påvirkes av en rekke faktorer.

Alvorlighetsgraden av sykdommen eller skaden, og om behandlingen er akutt eller planlagt vil ha betydning. Menneskets personlighet, utdanning, kognitive og emosjonelle faktorer og om pasienten har psykiske lidelser virker inn (Stubberud, 2013, s. 21). Tidligere vonde opplevelser i møtet med helsepersonell kan være en innspillende faktor for mennesker med sykkelig fedme. Emosjonelle faktorer som negativt selvbilde og et negativt kroppsbilde kan være tilstedeværende (Mold & Forbes, 2011, s. 122-124), og vil følgelig kunne påvirke konsekvensene av innleggelsen. Depressive symptomer (Mold & Forbes, 2011, s. 124), angst og avhengighetslidelser (Sarwer & Polonsky, 2016, s. 2-3), er lidelser som, hvis til stede, vil virke inn på de psykososiale konsekvensene. Samhandlingen med andre vil påvirkes av eget selvbilde, enten i positiv eller negativ retning (Håkonsen, 2014, s. 184).

Å bli diagnostisert med alvorlig sykdom kan medføre redsel og utrygghet for den syke. Ved akutt og eller kritisk sykdom blir pasienten stilt ovenfor store krav. Opplevelser av utrygghet og angst kan komme som følge av svikt i vitale funksjoner, smerter, ubehagelige prosedyrer og behandlingstiltak (Stubberud, 2013, s. 22). Å være avhengig av andres hjelp kan medføre opplevelser av sårbarhet. Sårbarhet kan beskrives som følelser av at egen identitet utsettes for risiko som følge av mangel på kontroll og fremmedgjøring (Stubberud, 2013, s. 23).

Sykehusets ukjente miljø, legemidler og kroppslige forandringer kan bidra til opplevelsen av fremmedgjøring (Stubberud, 2013, s. 24-25). Opplevelse av avmakt kan komme av frykt,

smerter, kvalme, ubehag og utmattelse (Tveiten, 2016, s. 115). Mennesker som opplever akutt og kritisk sykdom kan føle på avhumanisering, der de opplever seg selv mer som et objekt enn et menneske. Følelsen kan oppstå ved opplevelser av at ens integritet, autonomi og verdighet trues som følge av liten eller ingen kontroll i situasjonen. Undersøkelser, stell og prosedyrer utført av andre kan oppleves som nedverdiggende. Disse opplevelsene kan oppleves som mer eller mindre belastende, ettersom hvordan pleiepersonellet samhandler med pasienten (Stubberud, 2013, s. 25-26).

## **2.3 Personsentrert sykepleie**

På sengepost er sykepleien som utføres teknisk- og oppgaveorientert. Et prinsipp i personsentrert sykepleie er å samtidig som man følger prosedyrer og protokoller, evner å ha fokus på pasienten som en person med psykososiale behov (Eriksen, 2022, s. 729). Personsentrert sykepleie er underbygget i verdier som respekt, forståelse og retten til selvbestemmelse (Eriksen, 2022, s. 728). I rammeverket ansees sykepleier-pasient-relasjonen som grunnlaget for all behandling (Skovdahl, 2022, s. 104). Pasienter kan oppleve god psykososial støtte av en sykepleier de har møtt for første gang, og dette er ikke avhengig av at relasjonen er opparbeidet over tid (Eriksen, 2022, s. 730). Ved alvorlig sykdom vil håp og mestring være sentrale behov (Rustøen, 2016, s. 65). Sykepleier skal bidra pasienten med å mestre sykdom og lidelse, og til å finne mening i situasjonen (Haugan, 2016, s. 75). I rammeverket «Person-centred Practise Framework», utviklet av McCormack og McCance, forklares elementer som er viktige for utøvelsen av personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2017, s. 41). Sentrale elementer i rammeverket for oppgavens problemstilling trekkes frem.

### **2.3.1 Personsentrerte prosesser og pasientens tilfredshet**

Personsentrert sykepleie tilpasses etter pasientens ønsker og verdier, og pasienten skal oppleve å ha god brukermedvirkning. Pasientene skal få helhetlig pleie som tar utgangspunkt i samvalg (McCormack & McCance, 2017, s. 53-54). Sykepleieren må vise en evne til å oppfatte hvem individet bak pasientdiagnosene er (McCormack & McCance, 2017, s. 54). Dette innebærer å se forbi den sykelige fedmen, og å vite at alle pasientene med sykdommen ikke trenger helt lik pleie og behandling. En god samhandling mellom sykepleieren og

pasienten med fedme kan gi grunnlag for at pasienten deler informasjon om sine ønsker og behov, slik at sykepleier kan vurdere hensiktsmessige sykepleietiltak tilpasset individet (McCormack & McCance, 2017, s. 44). Sykepleieren skal bidra pasienten med å føle seg sterk og betrodd (Tveiten, 2016, s. 115).

Sykepleieren skal være til stede for pasienten og tilby sin ekspertise, som vil gi pasienten et bedre grunnlag for å selv kunne ta helsefremmende valg om pleie- og behandlingsforløp, samt styrke egenomsorg (McCormack & McCance, 2017, s. 55). Det vil være tilfeller der sykepleier må være mer streng, for å få gjennom helsefremmende, nødvendige tiltak (McCormack & McCance, 2017, s. 55), for eksempel å fremme pasientens mobilisering. Dette trenger ikke nødvendigvis å komme i veien for den personsentrerte samhandlingen, som skal ha grunnlag i en gjensidig ærlighet og respekt for hverandre (McCormack & McCance, 2017, s. 55).

### **2.3.2 Sykepleierens forutsetninger**

Sykepleierens egenskaper er forutsetninger for utøvelse av personsentrert sykepleie. Det forutsettes at sykepleieren er profesjonelt kompetent, sosialt kompetent, er bevisst egne vurderinger og har selvinnsikt (McCormack & McCance, 2017, s. 41). Disse egenskapene regnes som like verdifulle hver for seg, og det er kombinasjonen av dem som gjør en personsentrert sykepleier i stand til å tilpasse seg etter en kontekst i kontinuerlig endring (McCormack & McCance, 2017, s. 41-42).

Andelen mennesker med sykkelig fedme øker, og følgelig vil behovet for kompetanse om tilpasset og helhetlig pleie til disse menneskene øke. Dette forutsetter profesjonell kompetanse (McCormack & McCance, 2017, s. 42). Profesjonell kompetanse innebærer å kontinuerlig tilegne seg kunnskap i tråd med faglige oppdateringer og det dagsaktuelle behovet i praksis (McCormack & McCance, 2017, s. 42-43).

Den sosiale kompetansen innebærer en evne til å anvende effektiv verbal- og nonverbal kommunikasjon som viser hensyn til, samt forståelse og medfølelse for personens situasjon.

Den verbale kommunikasjonen omhandler tale og lytting, mens den non-verbale kommunikasjonen er ansiktsuttrykk, kroppsholdning, øyekontakt og berøring for eksempler (McCormack & McCance, 2017, s. 44). Gjensidig tillit mellom sykepleier og pasienten med fedme og en ikke-dømmende holdning skal tilstrebes (Skovdahl, 2022, s. 104). Dette vil danne grunnlaget for samvalg (McCormack & McCance, 2017, s. 44). Kommunikasjon mellom to individer baseres i stor grad på hva de vet om hverandre. Forståelse og kjennskap til for eksempel anamnese kan derfor være elementært for å tilpasse kommunikasjonen på en god måte. Det krever mot av sykepleier å skulle tre inn i den andres verden og ta initiativ til de viktige, personlige samtalene (McCormack & McCance, 2017, s. 44). Kommunikasjonen må tilpasses personens normer og livsverdier, for at sykepleieren skal kunne bidra til at pasienten finner mening og mestring i situasjonen, samt gi pasienten mulighet til å være seg selv (Skovdahl, 2022, s. 104). Kunnskap om belastninger og påkjenninger pasienten føler på og hvordan det påvirker hen, vil gi et bedre grunnlag for å kunne forstå menneskets lidelse, og da gjøre riktige vurderinger av situasjonen (Håkonsen, 2014, s. 210). Kommunikasjon som ikke er tilpasset individet, vil kunne øke opplevd sårbarhet for pasientene ved en innleggelse (McCormack & McCance, 2017, s. 44).

Sykepleiers holdninger rundt fedme vil kunne påvirke hvordan sykepleieren opptrer i samhandling med pasienten. Sykepleiers egen livshistorie og erfaringer vil innvirke på samhandlingen med pasienten. Hvordan sykepleier bygger relasjonen og engasjerer seg emosjonelt, farges av personlige meninger, tro og verdier (McCormack & McCance, 2017, s. 45). Personlige verdier reflekteres i holdninger. Holdninger har stor innflytelse på vår atferd, da de gjør en predisponert til å reagere på bestemte måter i møte med mennesker og situasjoner. Det krever bevissthet og arbeid for å endre holdninger (Håkonsen, 2014, s. 185). Selvinnsikt og evnen til å reflektere over egen atferd er viktig for personsentrert praksis (McCormack & McCance, 2017, s. 45).

### **2.3.3 Personsentrerte omgivelser og arbeidsmiljø**

Fysiske omgivelser spiller en viktig rolle for helsefremming og pleie (McCormack & McCance, 2017, s. 51). Personsentrerte omgivelser skal balansere estetikk og funksjon. Omgivelsene bør være utformet slik at de har en funksjon som fremmer pasienten med

fedmes verdighet, trygghet, privatliv og selvstendighet. Utformingen bør være tilpasset på en slik måte at det forbedrer pasientens og personalets helsefremmende resultater (McCormack & McCance, 2017, s. 51). Kollegene skal ha felles mål om å tilby pasientene personsentrert pleie, og også ha en personsentrert tilnærming til hverandre. Maktfordeling, autonomi, samt respekt for og verdsettelse av hverandre i kollegiet er viktig for å skape et positivt arbeidsmiljø der man kan tilby personsentrert pleie (McCormack & McCance, 2017, s. 50).

## **2.4 Lovverk, etikk & yrkesetiske retningslinjer**

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Sykepleieren skal ha en helsefremmende funksjon, og skal forebygge sykdom og lidelse. Den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg skal ivaretas (NSF, 2023), og tilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Sykepleier har ansvar for å understøtte menneskets ressurser, håp og mestring (NSF, 2023). Pasientens integritet respekteres, og sykepleier skal ta ansvar for at egen praksis er etisk forsvarlig (NSF, 2023). Det rettslige kravet om forvarlighet tillagt staten og kommunene, er å tilrettelegge virksomhetenes helsetjenester slik at den enkelte pasient gis et verdig, helhetlig- og koordinert helsetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Sykepleier skal arbeide for ressursmessige rammer som muliggjør god praksis (NSF, 2023), samt er rettslig pliktet å melde fra hvis pasientsikkerhet er truet (Helsepersonelloven, 1999, §17)

Arbeid på sykehus kan være preget av tidspress og ressursmangel, og hensiktsmessig planlegging og prioritering inngår i arbeidsbeskrivelsen. Sykepleier har et ansvar for at helsehjelpen som tilbyes ikke påfører institusjonen eller pasienter unødvendig tidstap eller utgifter (Helsepersonelloven, 1999, §6). Sykepleier skal holde seg faglig oppdatert, og kontinuerlig tilegne seg ny kunnskap (NSF, 2023). Arbeid i sykehus er i samarbeid med en tverrfaglig gruppe bestående av pleieassistenter, leger og studenter med flere. Sykepleier skal ivareta et faglig veiledningsansvar ved å bidra til at faglig oppdatert kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2023). Innunder veiledningsansvaret for kollegiet, skal sykepleier fremme et arbeidsmiljø med felles etiske verdier. Dette innebærer å motarbeide enhver form for diskriminerende atferd (NSF, 2023).

### **3 Metode**

I dette kapittelet vil studiens metode beskrives. Søkeprosessen og utvelgelse av artikler blir presentert og beskrevet. Bruk av øvrig litteratur begrunnes.

#### **3.1 Generell litteraturstudie**

Generell litteraturstudie er en syntese og analyse av publisert forskning rundt en problemstilling med relevans for klinisk praksis. Resultater fra flere studier analyseres for å beskrive den nåværende forståelsen rundt et bestemt emne, for å trekke konklusjoner med implikasjoner for klinisk praksis. De utvalgte studiene oppfyller satte inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt innehar funn som kan besvare problemstillingen (Popenoe et al., 2021, s. 175-176).

#### **3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler**

En rekke innledende søk ble utført i forskjellige databaser. Dette ga et innblikk i hva som finnes av litteratur om tematikken. Det endelige søket ble utført i referansedatabasen CINAHL, som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag.

Søket ble inndelt i tre søkeelementer. Disse tre søkeelementene ble kombinert med AND for å få artikler med avgrenset kontekst og pasientgruppe, samt det vi ønsket å utforske; erfaringene med samhandlingen. Flere emneord kombinert med OR ble lagt til hvert søkeelement. I de innledende søkene i databasen merket vi oss hvilke emneord artikler nær vår tematikk var emneindekserte med. Videre fikk vi veiledning av skolens bibliotek i å velge emneord til vår ønskede tematikk. «Scope note» i databasen ble brukt for å sikre at vi valgte passende emneord i forhold til databasens definisjon av dem. Vi var interessert i sykepleiers eller pasienters erfaringer og perspektiver. Henholdsvis ble «Nurse Attitudes», «Life Experience» og «Patient Attitudes», valgt. «Attitudes» i denne sammenhengen står for “views and feelings of” i CINAHL. “Work Experience”, går under “Life Experience” i emneord-hierarkiet i CINAHL. For å favne om nyere artikler som ikke er emneindekserte i databasen, ble det lagt til “keywords” i søkeelementene. Søkeelementene og valgte emneord er presentert i tabell 1.



Tabell 1: **Søkeelementer og valgte emneord**

<b>Kontekst</b> Sykepleie, sykehus	<b>Pasienten</b> Fedme	<b>Skal utforskes:</b> Samhandling, erfaringer
Patient Centered Care “person-centred care” Nurses+ Nursing Staff, Hospital+ Inpatients Hospital units+ Hospitals, Public+ «public health setting»	Obesity+ «obesity»	Nurse Patient Relations Communication+ “communication”  Nurse Attitudes Life experiences+ “lived experience” Patient Attitudes “patient experience”

For å finne artikler med den kunnskapen vi var ute etter hadde vi et sett med inklusjons- og eksklusjonskriterier artiklene skulle tilfredsstille. Vi var ute etter kunnskap fra vestlige land, da vi ikke ønsket at forskjeller i kultur og helsevesen skulle prege resultatene i for stor grad.

Tabell 2: **Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurderte forskningsartikler	Fagartikler Litteraturstudier Diskusjonsartikler Doktoravhandlinger
Voksne, over 18 år	Barn og ungdom Gravide Mennesker med kognitiv svikt
Pasienter med fedme	Pasienter med overvekt
Somatiske sykehus	Andre instanser i helsevesenet
Innleggelsesårsak ikke direkte relatert til fedme	Kontaktårsak direkte fedmerelatert. (Eks. vektreduksjon, livsstilsendringer, fedmeoperasjon)
Pasienter og/eller sykepleiere er deltakere, eventuelt tverrfaglig team med sykepleiere	Deltakere med helsepersonell uten sykepleiere inkludert i utvalget
Artikler med tema innen psykososial dimensjon	Tema spisset inn mot andre sykepleieutfordringer eks. forflytning, trykksår o.l.
Vestlige land	

I første omgang satte vi avgrensningen på utgivelsesdato (2013-2023). Vi så over det endelige søket hver for oss. Utvelgelsen av artiklene var basert på satte inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt kvalitetsvurdering av artiklene. To av ti artikler som oppfylte

kriteriene handlet om pasientenes erfaringer. Denne forskjellen var representativ for ulikheten i de innledende søkene vi hadde gjort. Det ble avgjort å ytterligere avgrense til publiseringsdato innen fem siste år i CINAHL (2018-2023). Slik kunne vi øke sannsynligheten for at faktisk gjennomførelse av studiene var av nyere dato. Etter denne ytterligere avgrensningen satt vi igjen med fem artikler. De to artiklene med pasientene som deltakergruppe var bevart i søket. Søkehistorikken og utvelgelse av artikler er presentert i tabell 3.

**Tabell 3: Søkehistorikk og utvalg av artikler**

Database og dato for søk	CINAHL, 26.11.2023
Søkeord og kombinasjoner	Patient Centered Care OR “person-centred care” OR Nurses+ OR Nursing Staff, Hospital+ OR Inpatients OR Hospital units+ OR Hospitals, Public+ OR «public health setting» AND Obesity+ OR «obesity» AND Nurse Patient Relations OR Communication+ OR “communication” OR Nurse Attitudes OR Life experiences+ OR “lived experience” OR Patient Attitudes OR “patient experience”
Avgrensinger i søket	Årstall: 2013-2023 Språk: engelsk
Antall treff totalt	167
Antall gjennomleste titler	167
Antall gjennomleste abstrakt	42
Antall gjennomleste fulltekstartikler	21
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
Ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier	Utgivelsesdato i databasen innen 5 seneste år (2018-2023)
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	5
Inkludert artikkel nummer 1	Crompvoets, Paige I, Cramm, Jane M, van Rossum, Elisabeth F. C & Nieboer, Anna P. (2022). Views of patients with obesity on person-centred care: A Q-methodology study. <i>Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care &amp; Health Policy</i> , 25(6) 3017-3026. <a href="https://doi.org/10.1111/hex.13609">https://doi.org/10.1111/hex.13609</a>
Inkludert artikkel nummer 2	Pazsa, F. M., Said, C. M., Haines, K. J., Silburn, E., Shackell, M., & Hitch, D. (2022). The lived experience of patients with obesity at a

	metropolitan public health setting. <i>BMC Health Services Research</i> , 22(1), 1–9. <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-022-08928-w">https://doi.org/10.1186/s12913-022-08928-w</a>
Inkludert artikkel nummer 3	Robstad, N., Söderhamn, U., & Fegran, L. (2018). Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study. <i>Journal of Clinical Nursing (John Wiley &amp; Sons, Inc.)</i> , 27(1–2), 386–395. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13937">https://doi.org/10.1111/jocn.13937</a>
Inkludert artikkel nummer 4	Hales, C., Coombs, M., & de Vries, K. (2018). The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study. <i>Australian Critical Care</i> , 31(1), 37–41. <a href="https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.02.070">https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.02.070</a>
Inkludert artikkel nummer 5	Tanneberger, A., & Ciupitu-Plath, C. (2018). Nurses' Weight Bias in Caring for Obese Patients: Do Weight Controllability Beliefs Influence the Provision of Care to Obese Patients? <i>Clinical Nursing Research</i> , 27(4), 414–432. <a href="https://doi.org/10.1177/1054773816687443">https://doi.org/10.1177/1054773816687443</a>

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Egenvalgt pensumlitteratur fra skolens bibliotek og emners kjernelitteratur er benyttet. Dette inkluderte bøker med fagstoff om fedme, psykologi og pensumbøker om sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter. Pensumbok av utviklerne av valgt rammeverk for personsentrert sykepleie er benyttet til teoretisk bakgrunn. Samtlig utvalgt pensumlitteratur er sekundærlitteratur, og det bør tas i betraktning at fagstoffet kan være oversatt og fortolket (Dalland, 2020, s. 152). Kvalitetsvurderte oversiktsstudier med sentral kunnskap for oppgavens tema og problemstilling er benyttet. Det er anvendt nettsteder til troverdige organisasjoner som FHI, WHO og World Obesity Federation, som er tilknyttet WHO. Troverdige nettsteder som Norsk Sykepleierforbund og Lovdata er brukt for å finne etiske retningslinjer og lovverk. Boken «Sykepleie og jus» av Olav Molven er benyttet for forklaring av innhold og rekkevidde av lovverk.

## 4 Resultater

I dette kapittelet vil de fem valgte forskningsartiklene presenteres. Artiklenes hensikt, metode, funn og kvalitetsvurdering i sjekklister presenteres i en matrise. Videre presenteres forskningsartiklenes resultater i en syntese.

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Crompvoets et al., (2022) Nederland	Views of patients with obesity on person - centred care: A Q - methodology study	Hensikten med studien var å utforske pasienter med fedmes syn på den relative viktigheten av ulike dimensjoner i personsentrert sykepleie.	Design: Q-metodisk studie Deltakere: Pasienter med fedme som hadde erfaring med sykehusinnleggelse (n=21). Datainnsamling: Lydfil av individuelle intervjuer. HtmlQ programvare ble brukt for å analysere data. Transkribert ordrett.	Pasientenes syn på hva som var viktigst i tilknytning til personsentrert pleie varierte. Ulike synspunkter ble identifisert. Blant disse var; «å bli lyttet til på en ikke-dømmende måte», «at alt går som planlagt», «kommunikasjon» og «uavhengighet». Helsepersonell sin evne til å ivareta pasientens verdighet ble utpekt som viktig på tvers av ulike synspunkt.	8/9 poeng. Vedlegg 1
Pazsa et al., (2022) Australia	The lived experience of patients with obesity at a	Hensikten med studien var å utforske og bedre forståelsen av opplevelsen mennesker	Design: Kvalitativ studie Deltakere: Pasienter med fedme tidligere innlagt på	Pasientene beskrev at mangel på adekvat tilpasset utstyr påvirket innleggelsen negativt	8/9 poeng Vedlegg 2

	metropolitan public health setting.	med fedme hadde ved innleggelse på sykehus.	sykehus (n=10) Datasamling: Lydfil av individuelle, semistrukturerte intervjuer.	på en rekke måter. Flere hadde en opplevelse av å føle seg som en byrde. Flere opplevde samtlige aspekter ved innleggelsen som nedverdiggende. Under innleggelsen hadde pasientene både positive og negative erfaringer med den mellommenneskelige interaksjonen med helsepersonellet.	
Robstad et al., (2018) Norge	Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study.	Målet med studien var å innhente en dypere forståelse av intensivsykepleiers opplevelse av å gi pleie til intensivpasienter med fedme.	Design: Kvalitativ studie. Deltakere: Intensivsykepleiere (n=13). Datasamling: Lydfil av individuelle, semistrukturerte intervjuer. Intervjuene ble analysert i henhold til en Gadamer-inspirert undersøkelsesmetode.	Intensivsykepleierne opplevde pleie til pasienter med fedme som emosjonelt krevende, og hadde tanker om pasientenes sårbarhet, annerledeshet og fysiske utfordringer. Sykepleierne var preget av en ambivalens, da de ønsket å tilby disse pasientene bedre pleie, men samtidig hadde negative holdninger til fedme. Sykepleierne opplevde frustrasjon i forhold til fysisk krevende arbeid og kollegers uvilje til pleie disse pasientene	9/9 poeng. Vedlegg 3
Hales et al., (2018)	The challenges in caring for morbidly	Hensikten med studien var å utforske medisin- og	Design: Kvalitativ studie.	Det oppsto betydelige utfordringer i pleien til	9/9 poeng. Vedlegg 4

New Zealand	obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study	sykepleiepraksis og holdninger i intensivbehandling, når det gis pleie til kritisk syke pasienter med sykelig fedme.	Deltakere: Intensivsykepleiere (n=67), leger (n=13), pasienter med fedme (n=7). Datainnsamling: Observasjoner på avdeling og lydfil av individuelle intervjuer. Dataen ble analysert ved bruk av « <i>Constant Comparative Method</i> ».	intensivpasienter med sykelig fedme. Hjelpemidler og utstyr var ikke utformet slik at pasientene opplevde verken komfort eller trygghet når det ble tatt i bruk. Usikkerhet rundt adekvat bruk av språk og terminologi knyttet til fedme, virket inn på samhandlingen.	
Tanneberger & Ciupitu-Plath (2018) Tyskland	Nurses' Weight Bias in Caring for Obese Patients: Do Weight Controllability Beliefs Influence the Provision of Care to Obese Patients?	Hensikten med studien var å undersøke i hvilken grad sykepleiere, i gitt setting, har stereotypiske syn på fedme og om de tror at pasienter med fedme får annen pleie sammenliknet med normalvektige pasienter. I tillegg å vurdere om sykepleieres tro på vektkontroll påvirket deres kliniske praksis.	Design: Tverrsnittstudie. Deltakere: Sykepleiere fra et akutt sykehus (n=73). Datainnsamling: Spørreundersøkelser. Deskriptiv analyse utført. Chi-square test brukt i analysen av data.	Det eksisterte negative holdninger til fedme blant sykepleierne. Disse holdningene var knyttet til tanker om manglende selvkontroll relatert til fedme. Høyere pleieintensitet, mangel på nødvendige ressurser og negative holdninger til fedme ble trukket frem som innvirkende på pleien til pasienter med fedme.	8/9 poeng. Vedlegg 5

## 4.2 Syntese av resultatene

Hovedfunnene i forskningsartiklene viste at kvalitet og tilgjengelighet på utstyr, kommunikasjon, holdninger og kunnskap var faktorer som påvirket samhandlingen mellom pasient og sykepleier. Pasientene og sykepleierne ettersøkte bedre ressursmessige forhold. Sykepleierne beskrev pleien til pasientene med sykkelig fedme som fysisk krevende. Problematikk rundt tilpasset utstyr og tilpasning av pleien etter pasientens tunge vekt bidro til situasjoner som opplevdes emosjonelt krevende for begge parter. Pasienter opplevde at deres verdighet ikke ble ivaretatt på en god måte når utstyr ikke passet dem. Flere sykepleiere opplevde pasientmøtene som emosjonelt krevende og hadde et syn på disse pasientene som ekstra sårbare. Frykt for å såre pasienten påvirket samhandlingen. Pasienter opplevde stillhet og passivitet som vanskelig. Pasienter verdsatte at helsepersonell viste et ønske om å prate med dem og bli kjent med dem på en ikke-dømmende måte. Det var ulike preferanser tilknyttet pleie og kommunikasjon blant pasientene. Det eksisterte negative holdninger hos flere av sykepleierne. Holdningene hadde sammenheng med forutinntatte oppfatninger relatert til pasientens fedme eller frustrasjon over fysisk krevende arbeid. Det kunne oppstå frustrasjon blant kolleger rundt fordeling av disse pasientene.

## 5 Diskusjon

Oppgavens diskusjon består av to deler, resultatdiskusjon og metodediskusjon. I resultatdiskusjonen blir funn i inkluderte forskningsartikler drøftet med utgangspunkt i problemstillingen, faglig kunnskapsgrunnlag, valgt rammeverk for personsentrert sykepleie, lovverk og etikk. Styrker og svakheter ved egen metode presenteres under metodediskusjon.

### 5.1 Resultatdiskusjon

Funn i studiene vil benyttes til å besvare problemstillingen *hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom sykepleier og pasienter med sykelig fedme*. Hovedfunnene i artiklene er styrende for diskusjonens struktur.

#### 5.1.1 Utstyr og fysisk arbeidsmiljø

Sykepleierne i studiene beskrev pleie til pasienter med sykelig fedme som fysisk krevende, og de var ofte avhengige av tilpasset utstyr og et større antall personell i pleieutførelsen (Hales et al. 2018, s. 39; Robstad et al. 2018, s. 391; Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 420). I studien fra akutt sykehuset i Tyskland, hendte det at utstyret ikke var tilgjengelig, og når sykepleierne hadde tilgang, rapporterte over halvparten at kvaliteten ikke var bedre enn middelmådig (Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 420). Ved de to norske intensivavdelingene ble arbeidet beskrevet som omfattende, til tross for tilgjengelig spesialisert utstyr (Robstad et al., 2018, s. 391). Helsepersonellet ved den australske intensivavdelingen trakk frem at utstyret med «riktig» vekt kapasitet ikke var utformet på en måte som støttet opp under pasientenes fysikk, og dette truet pasientsikkerheten. Eksempler var senger og stoler som var for smale og pasientheiser som var for stramme (Hales et al., 2018, s. 39). I studien om pasienterfaringer kom det frem at for smale stoler medførte at en pasient ble sengeliggende, og forsinkelse i levering av tilpasset seng medførte at en annen pasient måtte sove i stol. Mangel på tilpasset utstyr medførte økt lidelse, grunnet alvorlige følger som økte smerter (Pazsa et al., 2022, s. 4). Funnene samsvarer med annen forskning om sykepleie til pasienter med sykelig fedme, der det beskrives at utstyr som ikke passet utgjorde en trussel mot pasientsikkerheten og skapte engstelse hos pasienter (Ewens et al., 2022, s. 10). Staten og kommunenes rettslige krav om forsvarlighet innebærer å tilrettelegge for at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1).



Sykepleierens rettslige plikt er å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp så godt det lar seg gjøre, under eksisterende rammer (Helsepersonelloven, 1999, §4).

I den ene studien om pasienters preferanser tilknyttet personsentrert sykepleie, ble det å bli behandlet med verdighet og respekt trukket frem som viktig (Crompvoets et al., 2022, s. 3023). Pasienters verdighet ble truet når utstyr ikke passet (Pazsa et al., 2022, s. 4). Sykepleieren må tilpasse seg når det faglig-tekniske ikke fungerer optimalt, og i lys av funnene ha særlig fokus på ivaretagelse av pasientenes verdighet. Ved akutt og kritisk sykdom kan mangel på kontroll og avhengighet av pleiepersonell være krevende. Opplevelser av at ens integritet og verdighet trues er normale reaksjoner på at andre har adgang på egen kropp ved stell og prosedyrer (Stubberud, 2013, 26). Sykepleiere i den ene studien kunne oppleve det som emosjonelt krevende at pasientene med sykkelig fedme ble ekstra sårbare. Pleien ble invaderende grunnet det høye antallet personell som trengtes for å vende på og mobilisere pasienten i for eksempel stell (Robstad et al., 2018, s. 389). I tillegg kunne pasienter føle på et tap av verdighet når utstyr ikke passet dem. Dette gjaldt også klær (Pazsa et al., 2022, s. 4). Sykepleierne i den ene studien improviserte da utstyr ikke passet (Hales et al., 2018, s. 39). Bruk av for eksempel stikkklaken kan beskytte pasienten mot unødvendig eksponering og bidra til ivaretagelse av verdighet. Sykepleiere i den ene studien hadde behov for å beskytte pasientene mot at ytterligere personell entret rommet (Robstad et al., 2018, s. 390). Pasienter på sin side ønsket kommunikasjon og informasjon (Pazsa et al., 2022, s. 5; Crompvoets et al., 2022, s. 3023). I lys av dette, kan det være viktig å informere pasienten i forkant om at det vil være flere i for eksempel stell, og litt om hvordan det skal foregå, samt åpne opp for pasientens tanker om dette, for å gi pasienten økt kontroll.

Halvparten av pasientene i den ene studien dro frem at forflytningshjelpemidler som rullestoler ikke var tilgjengelig for dem. Dette fratok dem muligheten til å selvstendig kunne bevege seg rundt. Avhengighet av personalets hjelp ble større enn den trengte å være (Pazsa et al., 2022, s. 4-5). Ved akutt eller kritisk sykdom vil mening og mestring være sentrale behov (Skovdahl, 2022, s. 104). I lys av funnene utgjør utilpasset utstyr en trussel mot disse behovene, og gjør det utfordrende for sykepleier å overholde sitt etiske ansvar i å understøtte pasientens ressurser og ivareta behovet for mestring og økt kontroll (NSF, 2023). Flere av pasientene foretrakk en nyere del av virksomheten som inneholdt rom designet og møblert

etter pasienter med fedme sine behov (Pazsa et al., 2022, s. 5). Funnene fremhever at personsentrerte omgivelser har betydning for helsefremming, inkludert styrking av selvstendighet, privatliv og verdighet (McCormack & McCance, 2017, s. 51). Funnene i studiene underbygger at det finnes et behov for økt økonomisk prioritering. For eksempel er senger og rullestoler med tilpasset bredde og vektkapasitet er ikke tilholdt spesialiserte fedmeklinikker, behovet finnes på alle sykehusavdelinger. Det rettslige kravet tillagt staten og kommunene, innebærer å sørge for at virksomhetene har de ressursene tilgjengelig som trengs for en forsvarlig ivaretagelse av pasientene (Molven, 2019, s. 138). Sykepleier på sin side er pliktet til å melde fra når pasientsikkerheten er truet (Helsepersonelloven, 1999, §17). Kvalitetsforbedring avhenger av at personell som står nærmest pasienten viderefører informasjon til sin leder (Ingstad, 2019, s. 147). Videre vil kvalitetsforbedring avhenge av at leder har oversikt over avvik og følger disse opp (Ingstad, 2019, s. 143). Slik kan informasjonen bringes videre og gi grunnlag for forståelse av riktige implementeringstiltak.

Det kom frem at sykepleierne kviet seg for å pleie pasienter med sykkelig fedme (Robstad et al., 2018, s. 391; Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 425). Til tross for at det var relativt vanlig å få pasienter med sykkelig fedme på intensivavdelingene, så ble det hver gang behandlet som en ekstraordinær hendelse. Hendelsen medførte diskusjoner personalet imellom om pasientens tunge vekt og behovet for ekstra bemanning (Robstad et al., 2018, s. 390). Flere fryktet å pådra seg skader da arbeidet kunne være fysisk krevende og bestå av mange tunge løft (Robstad et al., 2018, s. 391). Ved akuttsykehuset kunne sykepleiere ha kontakt med pasientgruppen på daglig basis, og kjente at dette reduserte overskuddet deres (Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 425). Sykepleiere trakk frem at det kunne være vanskelig å skjule at de var slitne ovenfor pasientene. Fysisk anstrengelse gjorde at noen stønnet og sukket under utførelsen av tiltak (Robstad, 2018, s. 390). Samtidig kunne pasientene føle at de hadde skyld i arbeidsbyrden på grunn av vekten sin (Pazsa et al., 2022, s. 4).

Flere savnet tilstrekkelig bemanning (Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 425). Funn i studiene viser at det er behov for økt bemanning for å ivareta disse pasientene, og samtidig de andre pasientene på avdelingen. Staten og kommunens rettslige forsvarlighetsplikt om å tilrettelegge arbeidet slik at virksomhetene og helsepersonell er i stand til å overholde sine

lovpålagte plikter, innebærer å sikre tilstrekkelig bemanning (Molven, 2019, s. 138). I denne sammenheng vil betydningen av et godt samarbeid belyses. Studier viser at et godt samarbeid i kollegiet er en forutsetning for å tilby pleie av god kvalitet til pasienter med sykelig fedme (Ewens et al., 2022, s. 10). I den ene studien ble det beskrevet at kolleger kunne uttrykke en uvilje mot ansvar for pasientene, og dette kunne føre til en skjevfordeling av arbeidet som vekket frustrasjon (Robstad et al., 2018, s. 391). I rammeverket for personsentrert sykepleie trekkes viktigheten av et personsentrert arbeidsmiljø frem. Viktigheten av å bli sett og verdsatt (McCormack & McCance, 2017, s. 50), belyses av funnene. Funnene viser at arbeidet kan oppleves emosjonelt og fysisk krevende. Da kan det bety mye at kolleger anerkjenner dette og tilbyr hjelp og avlastning. Et godt samarbeid kan ha positiv innvirkning på samhandlingen med pasienten. Dette kan gi bedre forutsetninger og overskudd, til å være til stede med pasienten, og ivareta psykososiale behov.

### **5.1.2 Kommunikasjon**

Flere pasienter ettersøkte kommunikasjon i samhandling med pleiepersonalet (Pazsa et al., 2022, s. 5; Cromptvoets et al., 2022, s. 3021-3022). Mangelfull kommunikasjon kunne få negative emosjonelle konsekvenser. God kommunikasjon, på sin side, ble verdsatt (Pazsa et al., 2022, s. 5). Flere pasienter ønsket å bli sett, hørt, og involveres i pleieforløpet (Pazsa et al., 2022, s. 5; Cromptvoets et al., 2022, s. 3021-3023). Funnene understøttes i teori om personsentrert sykepleie, der det vektlegges at pasienter skal ha brukermedvirkning, og at pleien skal baseres på samvalg (McCormack & McCormack, 2017, s. 53-54). Annen forskning om sykepleie til pasienter med sykelig fedme viser at utfordringer ved kommunikasjon kan stå i veien for den gode relasjonen og samhandlingen med pasientene, som er helt essensiell (Ewens et al., 2022, s. 10). Sykepleierne i studiene kunne ha en frykt for å såre pasienten (Robstad et al., 2018, s. 390; Hales et al., 2018, s. 39), som igjen kan påvirke samhandlingen. Stillhet ble trukket frem fra pasienterfaringer, og kunne oppleves som vond (Pazsa et al., 2022, s. 5). Arbeidshverdagen på sykehus kan være hektisk. Tiltak som medisinske prosedyrer og stell innehar verdifull tid for samhandlingen. Vår erfaring fra situasjoner generelt, der det er behov for flere i utførelsen av stell og andre prosedyrer, har lært oss at det kan være hensiktsmessig å avtale på forhånd hvilke roller de ulike skal ha, før man entrer pasientrommet. Teamet kan for eksempel komme til enighet om hvem som har hovedansvar for samtale med pasienten, med forbehold om tilpasninger underveis. Denne

fremgangsmåten kan bidra til økt trygghet både for pasienten, og for personalet som skal inn i en situasjon som kan oppleves emosjonelt krevende.

Ved siden av å få ivaretatt grunnleggende behov som verdighet og kommunikasjon, viste en av studiene store variasjoner i ønsker og behov for samhandlingen (Cromptvoets et al., 2022, s. 3021). Pasientene hadde for eksempel ulike behov for empati og emosjonell støtte. Noen beskrev emosjonell støtte som viktig. Andre ønsket kommunikasjon av en mindre emosjonell karakter, og kunne tolke uttrykt emosjonell støtte negativt som uttrykt medlidenhet (Cromptvoets et al., 2022, s. 3022). Menneskene med sykkelig fedme ønsket å bli møtt og sett, uten fordømmelse (Cromptvoets et al., 2022, s. 3021-3022). Å ha en tilnærming som er i tråd med kravet som omsorgsfullhet innebærer å tilpasse kommunikasjonen til individet. Kommunikasjon som ikke er tilpasset individet, kan øke opplevd sårbarhet (McCormack & McCance, 2017, s. 44). Det belyses at sykepleier må kjenne til hva pasienten tenker og føler på, for forståelse og tilpasning av kommunikasjon og pleie (Håkonsen, 2014, s. 210). Funnene belyser at det krever mot av sykepleier å ta initiativ til de personlige samtalene, og tre inn i den andres verden (McCormack & McCance, 2017, s. 44). I denne sammenheng kan det tenkes at det ikke er riktig tid for de viktige, mest personlige samtalene, når det er flere personell inne på pasientrommet. Slike samtaler kan finne sted når sykepleier er alene med pasient, og slik tid bør prioriteres.

I annen forskning kom det frem at det var usikkerhet rundt hva som var riktig tid og sted for å ta opp temaet fedme med pasienten (Lumley et al., 2015, s. 3599). I den ene studien ble det trukket frem at usikkerhet rundt språk og ordbruk, bidro til kleinhet i samhandling med pasienten. Noen nevnte ikke fedmen i det hele tatt, mens andre brukte nøye gjennomtenkte ord. Personalets frykt for å virke dømmende eller såre pasienten ved å snakke om fedmen, kunne også medføre at pasienten ikke fikk klar informasjon om tiltakene og tilpasningene som måtte gjøres relatert til fedmen (Hales et al., 2018, s. 39-40). Pasienter kunne føle at det var vondt å bli stirret på, uten at noe ble sagt. Noen pasienter påpekte at det ville vært bedre å kunne kommunisere verbalt om vektproblemet (Pazsa et al., 2022, s. 5). Uansett om man bruker ord om fedmen eller ikke, understreker funnene viktigheten av flyt i kommunikasjon og informasjon (McCormack & McCance, 2017, s. 55). Det kan i lys av funnene om

pasientenes behov for kommunikasjon, hevdes at stillhet og kleinhet kan være like, eller mer skadelig, enn uheldig ordbruk.

Sykepleierne og legenes frykt for å såre pasienten eller fremstå fordomsfulle, kan også påvirke kommunikasjon om helsefremmende informasjon. Usikkerheten rundt passende språkbruk kunne hindre kommunikasjon om vekten, også i forhold til helsefremmende informasjon (Hales et al., 2018, s. 39). På en annen side kom det frem i den ene studien at noen av pasientene verdsatte at vekten ble adressert under sykehusinnleggelsen.

Sykehusinnleggelsen kunne få pasienter til å reflektere over egen vektens innvirkning på helsen, og noen så innleggelsen som en mulighet for å få hjelp og støtte med vektnedgang. En av informantene beskrev pleierne som fantastiske, da de bragte mat som var sunn og god (Pazsa et al., 2022, s. 6). I den andre studien fremkom det at pasientene som verdsatte emosjonell støtte, ønsket informasjon, og at dette bidro til opplevd brukermedvirkning. Pasienter i samme studie, som ønsket kommunikasjon av en mindre emosjonell karakter, verdsatte kunnskapsbasert og helsefremmende informasjon, selv om rådene kunne motstride egne preferanser (Cromptvoets et al., 2022, s. 3022). Dette viser til at en del av sykepleiers helsefremmende funksjon er å tilby sin ekspertise. Som påpekt i rammeverket for personsentrert sykepleie kan dette styrke brukermedvirkning og egenomsorg, og gi pasienten økt kontroll i situasjonen. Funnene belyser videre viktigheten av at informasjonen må tilpasses individet, og at kommunikasjon skal baseres på ærlighet og respekt (McCormack & McCance, 2017, s. 55). Selv om sykepleier kommuniserer frem helsefremmende råd relatert til vektnedgang, kan hen også kommunisere anerkjennelse og forståelse for kompleksiteten ved fedmen til pasienten, slik flere pasienter ettersøkte (Cromptvoets et al. 2022, s. 3022).

Det ble observert at kolleger kom med uforsiktlige og negative kommentarer relatert til pasientenes fedme. Dette kunne forekomme inne på pauserom, i korridorer, og til og med inne på pasientrom (Robstad, 2018, s. 390). Sett i sammenheng med at pasienter med sykkelig fedme kan ha skyldfølelse og føle seg til bry (Pazsa et al., 2022, s. 6), samt ha et negativt selvbilde (Sarwer & Polonsky, 2016, s. 4), er dette svært uheldig. Intensivsykepleierne, som reflekterte over pasientens potensielle skyld- og skamfølelse, forsøkte å avstå fra slik kommunikasjon i arbeidsmiljøet (Robstad, 2018, s. 390). Funnene belyser sykepleiers veiledningsansvar overfor kollegiet for fremming av etisk praksis (NSF, 2023). Det kan ha

mye å si at sykepleier går foran som et eksempel ved å både stå imot, og si fra til vedkommende som kommer med fordømmende ytringer.

### 5.1.3 Holdninger

Holdninger har stor innflytelse på atferd, og vil påvirke samhandlingen med andre (Håkonsen, 2014, s. 185). Personlige meninger og verdier påvirker hvordan sykepleier bygger relasjonen i samhandling med pasienten (McCormack & McCance, 2017, s. 45). Negative holdninger til fedme kan svekke personsentrert kommunikasjon og vekke mistillit hos pasienten (Phelan et al., 2015, s. 321). Det fantes negative holdninger til fedme blant sykepleierne i studiene (Robstad et al., 2018, s. 390; Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 426). To av studiene avdekket tanker og holdninger om at disse pasientene var annerledes enn andre pasienter, i forbindelse med at de var ekstra sårbare (Robstad et al. 2018, s. 390; Hales et al., 2018, s. 39). Det ble videre avdekket stereotypiske holdninger og tanker hos noen sykepleiere om at mennesker med sykkelig fedme var late eller hadde skyld i fedmen selv (Robstad et al., 2018, s. 391; Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 420-422) Den høye pleieintensiteten ble trukket frem i denne sammenheng, og ble av noen beskrevet som urettferdig ovenfor andre pasienter (Robstad et al., 2018, s. 391; Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 425). Funnene gir støtte til andre studier, som viser at helsepersonell kan ha negative holdninger og tanker i forhold pasientens eget ansvar for utviklingen av fedme (Mold & Forbes, 2011, s. 129). Negative holdninger, slik de som ble avdekket i studiene, kan påvirke samhandlingen negativt. Dårligere erfaringer fra interaksjoner med helsepersonell kan bidra til negativt selvbilde, som kan henge sammen med etterlevelse av helsefremmende livsstilvalg (Mold & Forbes, 2011, s. 124).

Selv om det eksisterte negative holdninger, samt ambivalente tanker og følelser, hadde flere sykepleiere ønsker om og fokus på pleie av bedre kvalitet til pasientene (Robstad et al., 2018, s. 390; Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 425) Mange dro frem at pasientene burde få pleie av god kvalitet, på lik linje med andre pasienter (Tanneberger & Ciupitu-Plath, 2018, s. 425). Andre studier viser til at helsepersonell har negative holdninger, men at holdningene er bedre enn blant generell befolkning. Dette hadde sammenheng med deres erfaringer i å pleie pasienter med fedme (Mold & Forbes, 2011, s. 129). I den ene studien reflekterte sykepleierne over at da de først ble kjent med disse pasientene, så oppfattet de dem som like vanlige som

andre (Robstad, 2018, s. 390). Med disse funnene kan det hevdes at forutinntatte holdninger, også de av mindre negativ karakter, bidro til at det var vanskelig for sykepleierne å se forbi fedmen, for å se mennesket bak. Pasienter, på sin side, dro frem viktigheten av å ikke bli forhåndsdømt (Cromptvoets et al., 2022, s. 3024). Dette synliggjør viktigheten av sykepleiers evne til refleksjon over egen atferd og holdninger (McCormack & McCance, 2017, s. 45).

#### **5.1.4 Kunnskap**

Sykepleierne fra de norske intensivavdelingene påpekte sammenhengen mellom negative holdninger og mangel på kunnskap. Egne holdninger ble utpekt som vanskelig å forholde seg til selv, og de anerkjente behov for å tilegne seg kunnskap om kompleksiteten ved fedme. En av sykepleierne sa at de ikke nødvendigvis hadde mer kunnskap om fedme enn andre (Robstad et al., 2018, s. 391). Funnet om at pasienter søkte anerkjennelse for fedme som en kompleks sykdom (Cromptvoets et al., 2022, s. 3022), underbygger påstanden om at økt kunnskap om kompleksiteten ved fedme vil være hensiktsmessig for den gode samhandlingen.

Funn i denne studien viser til at praktiske og fysiske utfordringer kan virke inn ved utførelsen av tiltak. Det har blitt påpekt at dårlig tilpasset utstyr kan medføre vanskeligheter ved utførelsen av prosedyrer. Annen forskning om sykepleie til pasienter med sykkelig fedme viser til at det var en utfordring at det var manglende kunnskap og ferdigheter ved bruken av utstyr. Dette var i tillegg til funnet om at studier viste en mangel på tilpasset utstyr (Ewens et al., 2022, s. 8), som her understrekes. I en studie, beskrev en fokusgruppe som hadde spesialisert kunnskap innen forflytning og mobilisering, at sykepleiere kan mangle viktig kunnskap innen feltet. Det ble påpekt at bedre ferdigheter kan redusere antall personell som trengs for utførelse, samt bedre ivaretagelse av pleiernes egne helse (Lumley et al., 2015, s. 3600).

Sykepleier er forpliktet til å holde seg faglig oppdatert, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2023). Funnene i denne studien gir støtte til rammeverket for personsentrert sykepleie, der viktigheten av å tilegne seg kunnskap i tråd med det dagsaktuelle behovet i praksis understrekes (McCormack & McCance, 2017, s. 42-43). Sykepleiernes ønske om å tilegne seg mer kunnskap om fedme, kan være elementært for forbedring av praksis (Ingstad,

2019, s. 147). På den andre siden kan man spørre seg om rammevilkårene når det kommer til kunnskapens tilgjengelighet. Det skal tilrettelegges for at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i helsetjenestene (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Noen sykehus, men ikke alle, har for eksempel protokoller, retningslinjer og prosedyrer for pleie av pasienter med sykkelig fedme (Ewens et al., 2022, s. 10). Funn i denne studien viser til at det er et behov for opplæring av sykepleiere i yrket. Det anerkjennes at fedme er et tabubelagt tema. Fedme kan ramme alle, også sykepleiere og studenter. I lys av funn i denne studien og annen forskning, kan det likevel hevdes at undervisning om fedme i utdanningen vil være et viktig steg i bedring av praksis.

## **5.2 Metodediskusjon**

Styrker og svakheter ved egen metode og gjennomført litteratursøk vurderes. Styrker og svakheter tilknyttet de inkluderte artiklene i studien vurderes.

### **5.2.1 Generell litteraturstudie**

En litteraturstudie systematiserer kunnskap. Kunnskap fra skriftlige kilder samles, gjennomgås kritisk og sammenfattes. Litteraturstudien kan gi oppdatert og økt forståelse av kunnskap på området som problemstillingen etterspør (Thidemann, 2019, s. 77-78). En svakhet ved generell litteraturstudie som metode er at forfatterens forutinntatte tanker og ideer om funnene kan påvirke resultatet i studien (Popenoe et al., 2021, s. 181). Egen førforståelse kan påvirke hvilke funn man ser etter. Klargjøring av hvilke tanker man har om fenomenet på forhånd kan motvirke denne effekten (Dalland, 2020, s. 60-61). Vi har begge erfaringer med pleie til pasienter med sykkelig fedme. Styrken ved å være to, var at det åpnet for samtaler der vi sammen kunne kartlegge egen førforståelse. Vi kodet funn i inkluderte artikler separat, og sammenlignet før vi systematiserte og kategoriserte disse. Dette bidro til inkludering av sentrale funn som den andre hadde oversett.

Rammer for oppgaven virket inn på studien. Satt ramme for oppgaven var inkludering av minimum fire artikler, men ikke for mange. Fem artikler kan være et smått utvalg når dybdekunnskap skal søkes om temaet. Begrensningen ved søket, ett søk i én database, kan



utelukke andre relevante artikler om temaet. Valget på databasen CINAHL viste seg å være hensiktsmessig for å få relevante artikler innen temaet.

### **5.2.2 Gjennomført litteratursøk**

Blant de 167 treffene, var flere artikler nær tematikken. Flere av artiklene handlet om barn og gravide. Noen handlet om eldre. Det ble likevel valgt å ikke avgrense til alder i databasen. Ved å gjøre dette, kunne vi mistet artikler som tilfredsstilte våre kriterier, grunnet manglende aldersgruppe-indeksering. Oppdeling av første søkeelement «kontekst», i et element for sykepleie og et annet element for sykehus, kan tenkes å ha utelukket artikler som ikke fylte kriteriet for kontekst. På en annen side ville søket ville blitt snevret mer inn med bruk av flere «AND», og flere relevante artikler kunne falt bort, særlig med tanke på de av nyere utgivelsesdato som enda ikke er emneindekserte i databasen.

### **5.2.3 Styrker og svakheter ved inkluderte artikler**

Utvelgelsen av artikler i søket, basert på kriteriene, ble gjort individuelt av begge studentene, for å sikre at ingen relevante artikler ble oversett. Ved å være to, kunne vi ha nyttige samtaler om hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som var hensiktsmessige å sette i forhold til problemstillingen. Det ble både inkludert studier med kvalitativt orienterte metoder og studier med kvantitativt orienterte metoder. Kvalitative og kvantitative metoder kan på hver sin måte bidra til en bedre forståelse av hvordan mennesker samhandler (Dalland, 2020, s. 54).

Ved å sette ytterligere inklusjonskriterium for publiseringsdato innen fem siste år, kan studien tilføre nyere, oppdatert kunnskap om området for problemstillingen. Samfunnet er i konstant endring og normer for sosial samhandling og holdninger kan skille seg nå fra ti år tilbake. Endringer som følge av politikk, økonomi og befolkningens behov for helsehjelp påvirker helsevesenet. Det samme kan sies for sykepleiefaget som kjennetegnes ved innovativ tilpasning etter samfunnet vi lever i. I denne sammenheng er for eksempel andelen mennesker med fedme økende.

Avgrensningen til vestlige land kan tenkes å minimere kulturelle forskjeller rundt holdninger og helsevesenets struktur. Kulturelle forskjeller kan likevel virke inn på resultatene, og vi har ikke bred kunnskap om slike forskjeller. Det må videre tas i betraktning at faktorer som utstyr, infrastruktur og arbeidsmiljø vil variere mellom ulike avdelinger og sykehus.

Innledningsvis ble det presisert at vi hovedsakelig ønsket å belyse samhandlingen mellom pasienter som har sykelig fedme og sykepleier. Det varierer hvordan fedme påvirker kroppen og kommer til utseendemessig uttrykk. Et menneske kan ha fedme grad 2, og likevel ha et tilnærmet normalvektig utseende. I innledende søk merket vi oss at flere forskningsartikler med helsepersonell som deltakere, anvendte begrepet «fedme». I artiklenes innhold, var det likevel tydelig at de omhandlet pleie til pasienter som hadde sykelig fedme. Av de fem inkluderte, hadde studiene til Robstad et al. (2018) og Tanneberger & Ciupitu-Plath (2018) ikke satt tydelig avgrensning i forhold til dette. Sykepleierne i disse studiene arbeidet på avdelinger der det ble rapportert om hyppige innleggelses av mennesker med sykelig fedme. Mangel på tydelig avgrensning kan forklares på bakgrunn av dette, da det kan være en gjensidig forståelse av hva forsker og sykepleieren legger i begrepet.

I studiene til Cromptvoets et al. (2022) og Pazsa et al. (2022) var det henholdsvis 21 og 10 informanter med sykelig fedme. Det bør vises forsiktighet med å generalisere funnene, med tanke på antall deltakere (Dalland, 2020, s. 138).

## 6 Konklusjon

Som sykepleiere vil vi møte de stigmatiserte gruppene i samfunnet, og vi skal gi dem faglig forsvarlig og helsefremmende pleie. En av disse gruppene er mennesker med sykkelig fedme. Studiene viser at sykepleiere ønsker å tilby pasientene bedre pleie enn det de klarer å tilby i dag. Arbeidet vil kunne være emosjonelt og fysisk krevende, og et godt kollegialt samarbeid vil være viktig. Mangel på utstyr og ressurser utgjør et problem og kan true pleiens forsvarlighet. Det er behov for bedre ressursmessige rammer for en faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis. Praktiske og fysiske utfordringer kunne påvirke begge parter emosjonelt og kunne vanskeliggjøre kommunikasjonen dem imellom. Kommunikasjonen kunne påvirkes av sykepleiers frykt for å såre pasienten. Stillhet og kleinhet kan motarbeides ved tiltak som ivaretar pasientens verdighet, samt fokus på verbal kommunikasjon under utførelse av prosedyrer.

Pasientene verdsatte kommunikasjon, informasjon og brukermedvirkning. Videre hadde pasientene ulike preferanser for pleie og kommunikasjon. For eksempel ønsket noen mer emosjonell støtte fra sykepleier, og andre ikke. Funnene understreker viktigheten av å bli kjent med pasienten, for å kunne tilpasse pleien til individet. Samtidig kunne sykepleiere ha vansker med å se forbi fedmen, og det eksisterte negative holdninger. Det var behov for anerkjennelse av fedme som en kompleks sykdom. Studiene avdekker behov for økt kunnskap, og bedre rammevilkår for kunnskapens tilgjengelighet.

## Referanseliste

- Berg, J. P. (2016). Sykdommer i endokrine organer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdommer og behandling* (2.utg., s. 371-384).
- Crompvoets, Paige I, Cramm, Jane M, van Rossum, Elisabeth F. C & Nieboer, Anna P. (2022). Views of patients with obesity on person-centred care: A Q-methodology study. *Health Expectations*, 25(6) 3017-3026. <https://doi.org/10.1111/hex.13609>
- Dahl, E., van der Wel, K. A. & Harsløf, I. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf/\\_attachment/inline/86c1686a-8166-4ff3-837b-55fc5dc8651f:54aa16a950124eb34669940d1db7c80f527f14b3/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf/_attachment/inline/86c1686a-8166-4ff3-837b-55fc5dc8651f:54aa16a950124eb34669940d1db7c80f527f14b3/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf)
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eget arbeid (2023). *Prosjektbeskrivelse*. Kandidatnummer 517 & 588. [Upublisert eksamensoppgave]. Lovisenberg Diakonale Høgskole.
- Eriksen, S. (2022) Menneskets psykososiale behov. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.) *Sykepleieboken 1: sykepleiens fundament* (6. utg., s. 715-735). Cappelen Damm Akademisk.
- Ewens, B., Kemp, V., Towell-Barnard, A. & Whitehead, L. (2022). The nursing care for people with class III obesity in an acute care setting: a scoping review. *BMC Nursing* 22(33), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00760-7>
- Gonzalez, M. T. (2021). Forståelse av fenomenene ensomhet og sosial isolasjon. I M. T. Gonzalez (Red.), *Ensomhet og sosial isolasjon* (1. utg., s. 234-241). Gyldendal Akademisk.

- Hales, C., Coombs, M., & de Vries, K. (2018). The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study. *Australian Critical Care*, 31(1), 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.02.070>
- Haugan, G. (2016) Mening – teori og forskning. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 73-90). Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2022) Kommunikasjon og samhandling. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.) *Sykepleieboken 1: sykepleiens fundament* (6. utg., s. 240-272). Cappelen Damm Akademisk.
- Holm, L. & Kristensen, S. T. (2018). Fedme som samfundsproblem. I L. Holm & S. T. Kristensen (Red.), *Mad, mennesker og måltider: samfundsvidenskabelige perspektiver* (3. utg., s. 383-391). Munksgaard.
- Hörchner, R., Tuinebreijet, W. E., Kelder, H. & van Urk, E. (2002). Coping Behaviors and Loneliness Among Obese Patients. *Obesity Surgery* 02(12), 864-868. <https://doi.org/10.1381/096089202320995718>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse I helsefag og sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2021). *Sosiologi i helsefag og sykepleie* (2. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T. & Berg, J. P. (2018). Legemidler ved diabetes mellitus og sykdommer i endokrine organer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3.utg., s. 241-256). Gyldendal Akademisk.

Kreftforeningen (u.å.). *Overvekt og kreft*. <https://kreftforeningen.no/forebygging/overvekt-og-kreft/>

Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdommer og behandling* (2.utg., s. 401-417).

Lumley, E., Homer, C. V., Palfreyman, S., Shackley, P., & Tod, A. M. (2015). A qualitative study to explore the attitude of clinical staff to the challenges of caring for obese patients. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3594–3604.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13016>

McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. utg). Wiley-Blackwell

Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Meyer, H. E. & Bergh, I. H. (2023, 20. oktober). *Overvekt og fedme i Noreg*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term=>

Mold, F. & Forbes, A. (2013), Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expectations*, 16(2) 119-142. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00699.x>

Molven, O. (2019) *Sykepleie og jus* (6. Utg.) Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pazsa, F. M., Said, C. M., Haines, K. J., Silburn, E., Shackell, M., & Hitch, D. (2022). The lived experience of patients with obesity at a metropolitan public health setting. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08928-w>
- Phelan S. M., Burgess D.J., Yeazel M.W., Hellerstedt W.L., Griffin J.M. & van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4) 319-326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175–186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Robstad, N., Söderhamn, U., & Fegran, L. (2018). Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 386–395. <https://doi.org/10.1111/jocn.13937>
- ROS. (u.å.). Overspisingslidelse. Rådgivning om spiseforstyrrelser. <https://nettros.no/fakunnskap/overspisingslidelse/>
- Rustøen, T. (2016) Håp. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 59-69). Cappelen Damm.
- Sarwer, D. B. & Polonsky, H. M. (2016). The Psychosocial Burden of Obesity. *Endocrinology and metabolism clinics of North America* 16(3), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.016>
- Skovdahl, K. (2022) Personsentrert sykepleie. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6. utg., s. 94-114) Cappelen Damm Akademisk.

- Skårderud, F. (2021). Spiseforstyrrelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 145-155). Gyldendal Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. (LOV-2022-12-16-92). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Spigset, O. (2018). Legemidler ved psykiske sykdommer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.). *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 207-223). Gyldendal Akademisk.
- Stranden, E., Gundersen, I. D., Getz, L., Kirkengen, A. L. & Mjølstad, B. P. (2020). Belastende livserfaringer blant pasienter med sykkelig overvekt. *Tidsskriftet – den norske legeforening*. 20(16), 1-11. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0103>
- Stubberud, D.-G. (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-37). Gyldendal Akademisk.
- Tanneberger, A., & Ciupitu-Plath, C. (2018). Nurses' Weight Bias in Caring for Obese Patients: Do Weight Controllability Beliefs Influence the Provision of Care to Obese Patients? *Clinical Nursing Research*, 27(4), 414–432. <https://doi.org/10.1177/1054773816687443>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.
- Thomas, C., Hyppönen, E. & Power, C. (2008). Obesity and Type 2 Diabetes Risk in Midadult Life: The Role of Childhood Adversity. *American Academy of Pediatrics* 08(5), 1240-1249. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2403>
- Tveiten, S. (2016) Empowerment som helsefremmende strategi i sykehuset. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 113-127). Cappelen Damm.



World Health Organization. (2021, 9. juni). *Obesity and overweight*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

World Obesity Atlas. (2023). *World Obesity Atlas 2023*. World Obesity Federation.

<https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-V5.pdf>

World Obesity Federation. (u.å.). *Weight Stigma*. [https://www.worldobesity.org/what-we-](https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma)

[do/our-policy-priorities/weight-stigma](https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma)

Aadland, A. (2018). Fysisk aktivitet og overvekt/fedme. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S.

Berntsen og S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (1. utg., s. 117-134). Cappelen Damm Akademisk.

## **Vedlegg**



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Crompvoets, P. I, Cramm, J. M., van Rossum E. F. C. & Nieboer, A. P. (2022). Views of patients with obesity on person-centred care: A Q-methology study. <i>Health Expectations</i> 22(6) 3017-3026. <a href="https://doi.org/10.1111/hex.13609">https://doi.org/10.1111/hex.13609</a>				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling? Formålet er presentert i abstrakt og mot slutten av innledningen. Formålet med studien er å bedre kunne imøtekomme pasienter med fedme. Dette ved å utforske pasienter med fedme sine syn på den relative viktigheten av dimensjonene i personsentrert sykepleie.	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Q-metodologi med forening av elementer fra kvantitativ og kvalitativ forskning ble anvendt. Q-metodologi utforsker menneskelig subjektivitet (viser til en persons perspektiv eller mening, spesielt følelser, tro og ønsker) og egner seg for å svare på problemstillingen. Gjennomførelse av valgt metode er godt beskrevet.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Pasienter med fedme ble det valgt ut pasienter med variasjoner innen alder, kjønn, sivilstatus og helsekompetanse, for å få et bredt spekter av syn på hva som er viktig innen personsentrert sykepleie. Det er satt tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier. pasient på sykehus. Utvalget på 21 pasienter er usikkert om er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Rekrutteringen via sykehus sikret, i jamfør med helsesystemets oppbygning i Nederland, at pasientene hadde erfaring både fra primærhelsetjenesten og sykehus. Behandlere ved en indremedisinsk avdeling, informerte pasienter om studien.			X



	Det er til en viss grad beskrevet egenskaper da pasientenes helsekompetanse ble vurdert individuelt ved hjelp av demografiske spørsmål.			
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Rekrutteringen er detaljert beskrevet, periode for datasamlingen oppgitt. Detaljert beskrivelse av hvordan standpunktene ble utformet. Sted og setting er definert, fire sykehus i Rotterdam-området i Nederland ved indremedisinske avdelinger. Datasamlingen er detaljert beskrevet – studien er reproducerbar.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Dataanalysen er detaljert beskrevet. Det er brukt PQMethod software. <sup>37</sup> i analysen.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Alle funn blir understøttet av et sitat i resultat-delen. Hovedfunnene kommer tydelig fram og har en oversiktlig inndeling knyttet til pasientens utsagn.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Funn understøttes av øvrig litteratur i diskusjonen. Resultatene oppleves å kunne brukes i praksis.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Eget underkapittel knyttet til studiens begrensninger og troverdighetene i egne funn blir diskutert.	X		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjørnespørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken



svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:				
Pazsa, F. M., Said, C. M., Haines, K. J., Silburn, E., Shackell, M., & Hitch, D. (2022). The lived experience of patients with obesity at a metropolitan public health setting. <i>BMC Health Services Research</i> 22(1), 1–9. <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-022-08928-w">https://doi.org/10.1186/s12913-022-08928-w</a>				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativt design med semistrukturelle intervjuer er velegnet når man skal undersøke og bedre forstå deltakernes erfaringer og tanker om sykehusinnleggelses. Interpretative phenomenological analysis (IPA) egner seg når det ønskes detaljerte vurderinger av levde erfaringer. IPA egner seg for å besvare temaer som er komplekse og emosjonelt ladde.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne hadde erfaring med å være innlagt på sykehus. Innleggelsesens varighet varierte fra 2 til 129 dager. Innleggelsesårsakene er beskrevet, og disse var ikke direkte relatert til pasientenes fedme. Syv deltakere hadde fedme grad 3, en fedme grad 2 og de resterende to var det ikke mulig å samle inn denne dataen på.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar:			X



	Studien ble gjennomført i Melbourne. Rekrutteringen er detaljert beskrevet. Deltakere som hadde vært innlagt ble identifisert via henvisninger til et «Bariatric Assessment Team». Det er gitt beskrivelse av dem som ikke ble inkludert i studien. Datasamlingen og setting for datasamlingen er beskrevet. Forskerne har brukt hjelpemidler for å minimere egne personlige implikasjoner innvirkning gjennom prosessen.			
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Programvare brukt til å analysere data. Individuell tematisk analyse av to av forskerne. Det ble brukt refleksiv (reflekterende) tematisk analyse. Analyseprosessen detaljert formulert, det ble gjort lydopptak som ble transkribert ordrett av en ekstern leverandør.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Studiens resultatdel er inndelt tematisk etter hovedfunn. Hvert funn har et tilhørende sitat i resultatdelen. I diskusjon blir funnene satt opp mot eksisterende forskning.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene gir innsikt i erfaringer, tanker og meninger til deltakerne som har alvorlig fedme. Funnene blir understøttet av øvrig litteratur i diskusjonen. I konklusjon blir det presentert hvordan og hvorfor funnene kan anvendes til forbedring av praksis. Økonomiske kostnader av implementering av forslag blir diskutert. Positivt at det er flere forslag som ikke trenger å koste mye penger. Styrker og svakheter ved studien bli diskutert.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er underbygget i resultatene og i diskusjonen av disse. Eks. behov for økt brukermedvirkning i utvikling av modeller for pleie til pasienter med fedme. Troverdigheten av egne funn er diskutert i eget underkapittel.	X		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		



\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](https://www.kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.





## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Robstad, N., Söderhamn, U., & Fegran, L. (2018). Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study. <i>Journal of Clinical Nursing (John Wiley &amp; Sons, Inc.)</i> , 27(1–2), 386–395. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13937">https://doi.org/10.1111/jocn.13937</a>				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studiedesignet oppleves velegnet i forhold til forskerens problemstilling. Et kvalitativt, hermeneutisk studie vil kunne gi en dypere forståelse av deltakernes erfaring. Det er gitt en begrunnelse for valg av metode knyttet til deres problemstilling. Gjennomførelse av valgt metode er godt beskrevet.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne oppleves representative for det fenomenet som er studert, da inklusjons- og eksklusjonskriteriene sikrer at de har tilstrekkelig med erfaring knyttet til å gi pleie til pasientgruppen. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet under rekrutteringsprosessen.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Settingen er definert for studien og settingen for datainnsamlingen er beskrevet. Deltakernes bakgrunn er beskrevet. Fremgangsmåten for studien er beskrevet og oppleves derfor reproducerbar. Hovedforsker	X		



	redegjør for egne personlige implikasjoner knyttet til eget arbeid i gitt setting.			
6.	Er analysemetoden beskrevet? <b>Kommentar:</b> Analyseprosessen er beskrevet. Alle intervjuer ble tatt opp med lydfil og deretter transkribert. Dataprogrammet NVivo 11 ble brukt for å analysere data og videre analysert i fire steg (Fleming et al., 2003).	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? <b>Kommentar:</b> De sentrale funnene i studien kommer klart frem, og er tematisert på en oversiktlig måte. Hvert resultat er understøttet av et sitat. Funnene som presenteres beskrives som de funnene med høyest svarprevalens.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? <b>Kommentar:</b> Utfallsmålene vurderes relevante knyttet til intensivsykepleiers utførelse av arbeid, samt overvekt og fedme som en global epidemi. Funnene understøttes av øvrig litteratur i diskusjon. Studien fremgangsmåte oppleves beskrevet tydelig nok til at den vil være reproducerbar. Relevans for klinisk praksis er beskrevet under eget kapittel.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** <b>Kommentar:</b> Konklusjonen baserer seg på funnene. Forskernes funns troverdighet ble sikret ved bruk av kriterier knyttet til valgt forskningsmetode. Funn er diskutert i sammenheng med det originale forskningsspørsmålet.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Hales, C., Coombs, M., & de Vries, K. (2018). The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study. Australian Critical Care, 31(1), 37–41. <a href="https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.02.0">https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.02.0</a>				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det er valgt et etnografisk design for å besvare problemstillingen. Dette oppleves gunstig for besvarelsen, da etnografi gjennomføres ved observasjon av, eller samtale med, mennesker i deres naturlige kontekst.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne i studien oppleves å kunne svare på problemstillingen. Alle deltakere jobbet tett med valgt pasientgruppe. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet. Utvalgsstrategien av deltakere og antall oppleves hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Det er redegjort for deltakernes autorisasjon/stilling i settingen.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Sted er definert og setting for datainnsamlingen er beskrevet. Utvalgelse av pasienter til studien er tilstrekkelig beskrevet. Studiens fremgangsmåte er beskrevet, og oppleves som reproduserbar.	X		



	Hovedforskerens personlige implikasjoner er gjort rede for.			
6.	Er analysemetoden beskrevet? <b>Kommentar:</b> Analyseprosessen er detaljert formulert. Analysen ble utført i tre steg hvor dataen først ble dekonstruert, systematisert og deretter rekonstruert og tematisert ut fra de mest relevante funnene. Resultatet av analysen ble deretter presentert og diskutert sammen med studiens deltakere for å verifisere funnene.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? <b>Kommentar:</b> Hovedfunnene i studien kommer tydelig frem og har basert inndelingen på disse. Hvert resultat er understøttet av et sitat. Med utgangspunkt i den innsamlede dataen var det to funn som ble utviklet, dette kan tyde på at dette er funnene med høyest svarprevalens.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? <b>Kommentar:</b> Funnene understøttes av øvrig litteratur. Studien har blitt inkludert i oversiktsstudier, som kan tyde på at resultatene kan brukes i praksis.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** <b>Kommentar:</b> Konklusjonen baseres på studiens funn. Troverdighet av egne funn blir beskrevet som ivaretatt gjennom kvalitetssjekk og detaljert revisjonsforsøk. Funnene diskuteres i sammenheng med det originale forskningsspørsmålet.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.



\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Tanneberger, A., & Ciupitu-Plath, C. (2018). Nurses' Weight Bias in Caring for Obese Patients: Do Weight Controllability Beliefs Influence the Provision of Care to Obese Patients? <i>Clinical Nursing Research</i> , 27(4), 414–432. <a href="https://doi.org/10.1177/1054773816687443">https://doi.org/10.1177/1054773816687443</a>				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: En tverrsnittstudie er utført, dette oppleves som en velegnet metode, da man ønsker objektive data knyttet til årsak-virkning-forhold. Mangler begrunnelse for hvorfor valgt metode er velegnet for deres problemstilling. Gjennomføring av valgt metode er beskrevet.			X
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Svarprevalensen ligger på 73%, noe som regnes som en tilstrekkelig respons i kvantitativ studie. Deltakerne oppleves representative for å kunne svare på problemstilling, da de jobber tett med pasientgruppen. Deltakernes bakgrunn er beskrevet.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Studiens fremgangsmåte er beskrevet og oppleves reproducerbar. Sted og settingen for datainnsamlingen er beskrevet. Rekrutteringsprosessen er beskrevet.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar:	X		



	Analyseprosessen er beskrevet. Datainnsamlingen og dataanalysen er standardisert.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: De sentrale hovedfunnene i studien kommer klart fram og er kategorisert i underkapitler på en oversiktlig måte. Noen av resultatene underbygges av sitater.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Funnene understøttes av øvrig litteratur i diskusjon. Kommer med konkrete forslag i diskusjon knyttet til overførbarhet til praksis og forbedringsforslag.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Diskuterer troverdigheten i egne funn i diskusjonen og i sammenheng med de originale forskningsspørsmålene.	X		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.